รายงานฉบับสมบูรณ์

การพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ข้อตกลงเลขที่ RAC 56008

โดย

หัวหน้าโครงการวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.ดุษฎี โยเหลา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2558

ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ..... 1-1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1-1

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย..... 1-2

1.3 ขอบเขตงาน..... 1-3

1.4 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย..... 1-5

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 1-7

บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 2-1

2.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ..... 2-2

2.2 ภาวะวิตกกังวล..... 2-2

2.3 สถานการณ์ของโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล..... 2-2

2.4 สาเหตุและผลของการเกิดโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ..... 2-3

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน..... 2-7

2.6 ผู้สูงอายุ การเพิ่มจำนวน และภาระในการดูแลของภาครัฐ..... 2-10

2.7 ข้อมูลการศึกษารูปแบบของการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จ..... 2-15

2.8 เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling)..... 2-23

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย..... 3-1

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย..... 3-1

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 3-6

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 3-8

3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล..... 3-15

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่..... 4-1

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลัง ความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลในครอบครัวและทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรายงานผลเป็นภาพรวมและรายภูมิภาค..... 4-2

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลัง ความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลในครอบครัวและทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรายงานผลตามแต่ละภูมิภาคเป็นรายจังหวัด..... 4-24

4.2.1 ภาคเหนือ (จังหวัดน่าน และจังหวัดเชียงราย)..... 4-24

4.2.2 ภาคใต้ (จังหวัดสงขลา และจังหวัดยะลา)..... 4-50

สารบัญ

หน้า

4.2.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน (จังหวัดนครพนม และจังหวัดสกลนคร)... 4-76
4.2.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดนครราชสีมา)..... 4-98
4.2.5 ภาคกลางและภาคตะวันออก (จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดฉะเชิงเทรา)..... 4-119
4.2.6 ภาคตะวันตก (จังหวัดราชบุรี และจังหวัดเพชรบุรี)..... 4-146
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล..... 4-172
4.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 4-172
4.3.2 ผลการทดสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์..... 4-176

บทที่ 5 รูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ครอบครัว และภาครัฐ..... 5-1
5.1 วางแผน : สำรวจชุมชน..... 5-3
5.2 ปฏิบัติการสร้างรูปแบบหรือโมเดล..... 5-19
5.3 วางแผนและปฏิบัติการใช้เรื่องเล่า..... 5-44
5.4 การสังเกตและการประเมินผลการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม..... 5-52

บทที่ 6 การใช้เรื่องเล่าเพื่อสร้างกลไกการดูแลอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้สูงอายุ..... 6-1
6.1 เรื่องเล่าของภาคกลางและภาคตะวันออก จ.ฉะเชิงเทรา..... 6-4
6.2 เรื่องเล่าของภาคใต้ จ.สงขลา..... 6-43
6.3 เรื่องเล่าของภาคเหนือ จ.น่าน..... 6-76
6.4 เรื่องเล่าของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จ.สกลนคร..... 6-107
6.5 เรื่องเล่าของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จ.นครราชสีมา..... 6-129
6.6 เรื่องเล่าของภาคตะวันตก จ.ราชบุรี..... 6-149
6.7 การสร้างเรื่องเล่าเพิ่มเติม..... 6-187

บทที่ 7 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... 7-1
7.1 วิธีวิจัย..... 7-1
7.2 สรุปผลการวิจัย..... 7-3
7.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้..... 7-9

สารบัญ

		หน้า
	บรรณานุกรม	**บ-1**
ภาคผนวก ก	รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ผ-2
ภาคผนวก ข	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่หนึ่ง (ฉบับสมบูรณ์)	ผ-4
ภาคผนวก ค	คู่มือการใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล	ผ-23
ภาคผนวก ง	เอกสารประกอบการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental Scanning)	ผ-36
ภาคผนวก จ	เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 1	ผ-46
ภาคผนวก ฉ	คู่มือเทคนิคการใช้เรื่องเล่า (Story telling) “เรื่องเล่าเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ”	ผ-103
ภาคผนวก ช	เอกสารประกอบการจัดกิจกรรม “ฐานเรียนรู้...ดูแลสูงวัย”	ผ-111
ภาคผนวก ซ	เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 2	ผ-139
ภาคผนวก ฌ	โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ผ-238

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลด้านประชากรบ่งชี้ว่าไทยเป็นประเทศหนึ่งเหมือนหลายประเทศอื่นทั่วโลกที่โครงสร้างของประชากรกำลังเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population ageing) กล่าวคือ ในขณะที่จำนวนประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-64 ปี) กำลังหดตัวลง แต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) กลับขยายตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่น ในปี 2533 อัตราส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรผู้สูงอายุเป็น 14:1 และปี 2543 เป็น 11:1 ปัจจุบันปี 2553 สัดส่วนนี้ลดลงเป็น 9:1 และคาดว่าจะเป็น 6:1 ในปี 2563 และเป็น 3:1 ในปี 2593 ซึ่งอัตราส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรผู้สูงอายุนี้ ในทางประชากรศาสตร์เรียกว่า Elderly Support Ratio หรืออัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นว่าโดยเฉลี่ยสำหรับประชากรผู้สูงอายุ 1 คนจะมีประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นแหล่งสร้างเศรษฐกิจรายได้มาสนับสนุนการดำรงชีวิตกี่คน โดยถ้าอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลง เป็น 3:1 เป็นการคาดคะเนว่าในปี 2593 ประชากรในวัยทำงาน 1 คน ต้องดูแลผู้สุงอายุ 3 คน ซึ่งย่อมก่อให้เกิดปัญหาในมิติต่างๆ ตามมามากมายเป็นลูกโซ่ ทั้งในส่วนที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเอง ต่อบุคคลวัยทำงานในครอบครัวที่ต้องรับภาระเฉลี่ยมากขึ้นไปจนถึงชุมชน สังคมและประเทศชาติที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมหาศาลเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้มากขึ้นตามลำดับ ดังนั้น หากรัฐ ชุมชน ครอบครัวและบุคคลแต่ละคนไม่มีการเตรียมการเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้ก็ย่อมก่อให้เกิดปัญหา ที่กระทบต่อความมั่นคงของชาติในทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

ในประเทศไทยมีกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย นโยบายของรัฐบาล กฎหมายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ กฎหมายที่เกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ กฎหมายที่เกี่ยวกับอายุเกิน 60 ให้ยังสามารถประกอบอาชีพได้ และการกระจายอำนาจให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยในพระราชบัญญัติการปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีการกระจายระบบ การบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น คือ ให้มีการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิต แก่ เด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาส (จุฑารัตน์ แก้วกัญญา, 2555) เมื่อศึกษาการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้แก่ ได้แก่ (1) กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัย (2) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รับผิดชอบด้านการจัดบริการด้านสังคม (3) กระทรวงศึกษาธิการ รับผิดชอบด้านการศึกษา ศิลปวัฒนธรรม และ (4) หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงคมนาคม และกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น จะเห็นว่า การจัดบริการที่เกิดขึ้นเน้นการช่วยเหลือทางปัจจัย 4 เป็นหลัก และยังไม่มีการศึกษาความสำเร็จของการที่ท้องถิ่นเข้ามาจัดบริการเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการดูแลด้านจิตใจและสังคม

จากผลการศึกษาประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุที่ผ่านมาในชุมชนต่างๆ โดยเน้นไปที่บทบาทขององค์การระดับชุมชน พบว่าบริการสวัสดิการสังคมที่จัดในชุมชนที่ดีทั้งปริมาณและคุณภาพ คือ บริการด้าน

สาธารณสุข ทั้งสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือการแจกบัตรผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุได้ใช้บริการค่อนข้างมาก พิจารณาทั้งจากสัดส่วนการได้รับบริการ ทั้งบริการสังคมทั่วไปและการได้รับปัจจัยสี่ นอกจากนี้การได้รับบริการจากผู้นำชุมชนมีสัดส่วนค่อนข้างสูง แต่เนื้อหาของบริการยังเป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้า เช่น แจกผ้าห่ม เสื้อผ้า ข้าวสาร ฯลฯ ส่วนบริการจากกลุ่มสังคมในชุมชนที่ได้รับความนิยม คือ ฌาปนกิจสงเคราะห์โดยเฉพาะแบบไม่จดทะเบียน ซึ่งเป็นการรวมตัวของชาวชุมชนตามธรรมชาติ เป็นสวัสดิการที่สร้างความมั่นใจและอบอุ่นใจให้แก่ชาวบ้านได้เป็นอย่างดี (ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2542) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ได้มีการพบประเด็นปัญหาที่ควรพิจารณาคือ การจัดตั้งกลุ่มหรือหน่วยงานในระดับชุมชนที่ไม่ได้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะนั้นอาจไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชนเท่าที่ควร ยกตัวอย่างเช่นผลการศึกษาเกี่ยวกับการบริการสังคมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ทั้งด้านปริมาณของบริการและคุณภาพ ซึ่งโดยวัตถุประสงค์ของการตั้งศูนย์คือ เป็นหน่วยงานที่จะช่วยประชาชนให้พ้นทุกข์ได้ไม่มากก็น้อย หรือไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการร่วมใจกันช่วยเหลือดูแลกันเอง อีกทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางให้ความช่วยเหลือตามแนวคิดสวัสดิการสังคมของผู้ที่รับผิดชอบยังมีอยู่จำกัด ทำให้มีการช่วยเหลือแต่เพียงผิวเผินเท่านั้น แต่กลับพบว่าจุดแข็งของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ที่ความเข้มแข็งของชุมชน โดยในชุมชนที่เข้มแข็ง ชาวบ้านมีความร่วมมือกันให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง นั่นคือการมีครอบครัวที่เข้มแข็ง ลูกหลานยังอาศัยอยู่ร่วมกัน ถือเป็นการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างดีที่สุด

การดูแลคุณภาพจิตใจของผู้สูงอายุมีความซับซ้อน เพราะปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลนั้น เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม สังคม ครอบครัวและผู้สูงอายุ การวิจัยเพื่อการป้องกันและแก้ไขอาการดังกล่าวจึงมิใช่การละเลย ปัจจัยอื่นๆ แต่ทำให้สามารถเข้าใจองค์ประกอบทุกอย่างที่เกี่ยวข้องและนำมาสู่การดำเนินการที่เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด และตัวผู้สูงอายุเอง ต้องมีความรู้ ความเข้าใจธรรมชาติของวงจรการเปลี่ยนแปลงของชีวิตมนุษย์ตลอดช่วงวัย เข้าใจและยอมรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ทั้งทางกายภาพและจิตภาพที่ส่งผลต่อความสงบสุขในการดำรงอยู่ของชีวิตตนทั้งด้านนอกและด้านใน เข้าใจวิถีทางการถ่วงดุลมิติต่างๆ ของชีวิตมิให้เอนเอียงสุดโต่งจนเสียสมดุลย์ เข้าใจหลักการพัฒนาจิตให้เข้มแข็ง พึ่งพาตนเองและเป็นที่พึ่งของผู้อื่นและสังคมได้ และการฝึกสติตามแนวพุทธหรือตามหลักการทางศาสนาที่บุคคลศรัทธา เป็นต้น

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

โครงการนี้เป็นการสร้างมาตรการใหม่ด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างให้เกิดกระบวนการทำงานของภาคประชาชนและรัฐ ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

<u>ระยะที่ 1 (6 เดือน)</u>

1) สำรวจความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และกลไกภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่แล้วในชุมชน

2) ศึกษาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล

3) ศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ (Model) ของการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยและต่างประเทศ

ระยะที่ 2 (1 ปี)

4) สร้างกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ครอบครัว และภาครัฐ

1.3 ขอบเขตงาน

1.3.1 ขอบเขตด้านประชากร (กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มตัวอย่าง)

หน่วยตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) โดยเลือกจากพื้นที่ครอบคลุม 6 ภูมิภาค โดยการสุ่มหลายขั้นตอน จำนวน 2 จังหวัดในแต่ละภูมิภาค (ดังแสดงรายชื่อจังหวัดกลุ่มตัวอย่างในตาราง 2) ในแต่ละจังหวัดสุ่ม อบต. ที่เป็นเขต ใน-นอกเมือง แล้วเลือกตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,072 คน ผู้ดูแลใกล้ชิด จำนวน 1,086 คน และ อสม. และ อผส. จำนวน 362 คน ทั้งนี้ ในส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (เช่น ในกรณีที่เป็นญาติของผู้สูงอายุ)

หน่วยตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย อบต. ในภูมิภาคละ 1 อบต. จำนวนทั้งสิ้น 6 แห่ง ในแต่ละ อบต. จะมีผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยพยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งนี้จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภทที่แตกต่างกันไปในแต่ละกิจกรรมของการวิจัย ซึ่งแสดงรายละเอียดไว้ในตาราง 3.2

1.3.2 ขอบเขตด้านการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล และตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษาข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานจริงด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2) จากผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลที่ได้ดำเนินการไปในขั้นตอนก่อนหน้า คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในระยะที่ 1 เมื่อสร้างแบบสอบถามทุกตัวแปรที่เกี่ยวข้องแล้วเสร็จ จึงได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนั้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาจำนวน 3 คน (ดังรายชื่อที่แสดงในเอกสารแนบ 1) ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้งทางด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎี ความครอบคลุมของเนื้อหาแบบสอบถาม และความเหมาะสมของรูปแบบและข้อคำถามต่างๆ

3) เมื่อได้ทำการปรับแบบสอบถาม (ฉบับร่าง) ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับตัวแทนกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานจริงด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชน จำนวน 10 คน และนำผลที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของตัวแทนเหล่านั้น และจัดรูปแบบของเครื่องมือวัดใหม่ให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภท (เช่น มีการเปลี่ยนมาใช้แบบสัมภาษณ์แทนแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น

ผู้สูงอายุ, มีการเพิ่มเติมข้อคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างการทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนในแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น)

4) ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานขอข้อมูลจำนวนและความชุกของโรคซึมเศร้าของคนไทยในกลุ่มผู้สูงอายุในภาพรวมทั้งประเทศจากกระทรวงสาธารณสุข

5) คัดเลือกจังหวัดในแต่ละภูมิภาคที่จะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยระยะที่ 1 โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ (ในระดับสูง) อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ในระดับต่ำ) และการมีเครือข่ายที่สามารถเข้าถึงพื้นที่ชุมชนนั้นๆ ได้

6) ประสานงานชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เครือข่ายผู้ประสานงานในพื้นที่ชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

7) จัดทำเอกสารแบบสอบถามทั้งหมด และส่งมอบให้ผู้ประสานงานจังหวัด

8) ผู้ประสานจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลภายในจังหวัดของตน และส่งแบบสอบถามที่เก็บข้อมูลแล้วเสร็จกลับมายังผู้วิจัย

9) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถามในการวิจัยระยะที่ 1 มาทำการลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การศึกษาความแปรปรวน การทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

10) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาประมวลผลและสรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยสรุปผลให้สอดคล้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในระยะที่ 1

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental scanning) ในพื้นที่แต่ละจังหวัดเพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการสัมภาษณ์เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือกลุ่มพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และกลุ่มที่สอง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2) การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต ที่กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างในชุมชนเดียวกันอยู่กลุ่มด้วยกัน โดยผู้วิจัยเสนอร่างโมเดลให้แต่ละกลุ่มได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็น ปรับแก้และลงข้อสรุปโมเดลที่เป็นปัจจุบันและอนาคต

3) การสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัวเพื่อรวบรวมความรู้เกี่ยวกับอาการทางกายและจิตของผู้สูงอายุและวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในแต่ละชุมชน โดยผู้ช่วยนักวิจัยหรือนักวิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในแต่ละชุมชนตามคู่มือเทคนิคการใช้เรื่องเล่า (storytelling)

4) การจัดฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัยเพื่อให้ความรู้และเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการเล่าเรื่อง การแสดงบทบาทสมมติ การแลกเปลี่ยนความรู้ การดูวีดิทัศน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยเชิญพยาบาลและช่างเทคนิคเกี่ยวกับการสร้างบ้านจำนวน 3 คน ร่วมกิจกรรมด้วยเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และในตอนท้ายของการเข้าร่วมฐานได้มีการมอบหมายงานให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวบันทึกเรื่องเล่าประทับใจของผู้สูงอายุ และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) บันทึกเรื่องการดูแล

ผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมจำนวน 10 เรื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ของแต่ละฐานโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกิจกรรม สังเกตและจดบันทึกข้อมูล

5) การจัดกิจกรรม 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เรื่องเล่า” เพื่อตรวจสอบว่าหลังจากได้มีการจัดกิจกรรมการสร้างและใช้เรื่องเล่าแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล อสม./อผส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ได้มีการนำความรู้ไปใช้อย่างไรและเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง 2) การพัฒนาโมเดลผู้สูงอายุ เพื่อต้องการปรับรูปแบบกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตให้มีความสมบูรณ์ที่สุด และ 3) กิจกรรม AAR เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนในรอบใหม่ในแต่ละจังหวัด และประเมินโครงการที่กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดให้มีการระดมสมองและอภิปรายร่วมกัน

1.4 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบ หมายถึง ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่าง องค์กรผู้ให้บริการ และองค์กรในชุมชน ที่ทำงานร่วมกัน อย่างมีความสำเร็จ ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ

กลไก หมายถึง เครื่องมือและโครงสร้างทางกายภาพ หรือสังคม ที่จำเป็นต่อความสำเร็จ ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ ได้แก่ เรื่องเล่าและกิจกรรมทางสังคม

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิติเตียน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้นสิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมต่างๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น วัดจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งพัฒนาโดย Radloff (1977) มีความเที่ยงตรง (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .90 สำหรับในประเทศไทย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ได้นำแบบวัด CES-D มาแปลเป็นภาษาไทยโดยถือคะแนนมาตรฐานตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป เป็นตัวชี้บ่งว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นค่าเดียวกับต้นฉบับต่างประเทศของ Radloff (1977)

ภาวะวิตกกังวล (State anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลโดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขณะนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ความกดดันของเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งความขัดแย้งที่มีอยู่ ซึ่งบุคคลไม่อาจหยุดความคิดคาดการณ์ที่เกินความเป็นจริงได้ ทำให้มีความรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวั่นวิตกกระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นอุปนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต วัดจากแบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger) ซึ่งมีชื่อเรียกว่า State-Trait-Anxiety Inventory (STAI) Form X-I ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี, ดร.สายฤดี วรกิจโภคาทรและ ดร.มาลี นิสสัยสุข (อ้างใน ชมชื่น สมประเสริฐ 2536 : 61) มีลักษณะคำถามเป็น การประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะตอบแบบสอบถาม หาก

คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย การหาคุณภาพของเครื่องมือ สปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al 1970 : 11) หาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Form X-I) โดยวิธี know technique โดยทำการศึกษาในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยรัฐฟลอริดา จำนวน197 คน ใน 4 สถานการณ์ที่แตกต่างกันคือ ภาวะผ่อนคลาย ภาวะปกติ ภาวะสอบ และภาวะเครียดจากการดูภาพยนตร์ ผลปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเรียงจากน้อยไปมากในสถานการณ์ทั้ง 4 ซึ่งแสดงว่าแบบประเมินมีความตรงตามโครงสร้างและเมื่อนำไปหาความเชื่อมั่น (reliability) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .83 - .92 ส่วนการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (Form X-II) ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test retest method) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .73-.86

ความสุขใจของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสุขที่เกิดจากการประเมินชีวิต ความเป็นอยู่ของตนเอง ในลักษณะที่เป็นการตัดสินใจทั่วๆไป ในด้านชีวิตส่วนตัว ชีวิตครอบครัว และชีวิตสังคม ว่าความเป็นอยู่ต่างๆ ดังกล่าวของบุคคลดำเนินไปอย่างใกล้เคียงความคาดหวังหรือมาตรฐานที่บุคคลตั้งไว้หรือไม่ อย่างไร แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1.ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การที่บุคคลตัดสินเชิงประเมินค่าคุณภาพชีวิตของตนเอง ใน 3 ด้าน คือ ชีวิตส่วนตัว ครอบครัวและสังคม ว่ามีความพึงพอใจในชีวิตด้านดังกล่าวอย่างไร

2.ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง หมายถึง การตัดสินคุณค่าของตน และการแสดงออกในรูปเจตคติที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยเฉพาะในเชิงการประเมินจากผู้อื่น โครงสร้างของภาพเกี่ยวกับตนเอง จึงค่อยพัฒนาจากความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ ทำให้เกิดมโนภาพของตนเองจากผลงาน ความสามารถคุณลักษณะต่างๆ ตามมาตรฐานของค่านิยมส่วนตน แล้วพัฒนาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเอง หรือความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

3.ความสัมพันธ์ด้านบวกกับผู้อื่น หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรายงานถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับครอบครัว และเพื่อน เช่น ความห่วงใย ความรู้สึกเข้าใจผู้อื่น เป็นผู้ที่สามารถให้ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เปิดเผยความรู้สึกหรือแสดงความห่วงใยต่อผู้อื่น วัดแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีข้อมูลเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม การส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการด้านต่างๆ การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ การช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุด้านจิตใจ การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้อาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การมีเครือข่ายการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อการพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุ

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสามารถและได้ปฏิบัติเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม การส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการด้านต่างๆ การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ การช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุด้านจิตใจ การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้อาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การมีเครือข่ายการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อการพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุ

เจตคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ มีความคิดในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความเต็มใจ ความสุข ความห่วงใยและใส่ใจผู้สูงอายุ สนใจงานการดูแลผู้สูงอายุ และรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานการดูแลผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นอย่างต่อเนื่อง และมีความพอใจที่เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมินของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพของการที่ตนได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมด้านต่างๆ 4 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ การได้รับกำลังใจ การเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ หรือการยอมรับ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจและเห็นว่าตนมีค่า
2. การสนับสนุนด้านสิ่งของที่จับต้องได้ (Tangible Support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือในสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น เงิน สิ่งของ บริการ รวมทั้งความช่วยเหลือเฉพาะอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับโดยตรง
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะหรือข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและจัดการกับปัญหาได้
4. การสนับสนุนด้านเครือข่าย (Network support) ได้แก่ การเป็นสมาชิกหรือเชื่อมโยงกับเครือข่ายทางสังคมต่างๆของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความสนใจ ความคิดเห็น และทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้ง รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคมนั้น

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งโดยการถามให้ผู้สูงอายุตอบ

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลงานที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ ข้อมูลที่แสดงความพร้อมของมาตรการของภาครัฐ ประชาชน และท้องถิ่นที่จะป้องกันและดูแลผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันว่ามีสภาพเป็นอย่างไร มีความพร้อมเพียงใดที่จะรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไปได้ นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนารูปแบบและกลไกเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการดำเนินการในชุมชนเองและประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน เพื่อเป็นต้นแบบการปฏิบัติที่สามารถเป็นตัวอย่างของการเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่นต่อไป ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ต่างๆ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำรูปแบบและกลไกเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในชุมชนของตนได้

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ยังทำให้ได้รับองค์ความรู้ที่ทำให้เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ และผลกระทบของการเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้สูงอายุของไทย ว่าสาเหตุทางสิ่งแวดล้อม สังคม ครอบครัว จิต และกาย มีผลอย่างไร อีกทั้งได้เพิ่มพูนความรู้ในการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความรู้ ทักษะที่เหมาะสมนั้นจะต้องดำเนินการอย่างไร ซึ่งการใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเป็นความรู้ในท้องถิ่นนั้น ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้สามารถเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานของหน่วยงานได้ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

บทที่ 2
การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2.2 ภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
2.3 สถานการณ์ของโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล
2.4 สาเหตุและผลของการเกิดโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
    2.4.1 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
    2.4.2 ผลของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
    2.4.3 สาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
    2.4.4 ผลของการเกิดโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
    2.5.1 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
    2.5.2 การดูแลผู้สูงอายุ
2.6 ผู้สูงอายุ การเพิ่มจำนวน และภาระในการดูแลของภาครัฐ
    2.6.1 ผู้สูงอายุ
    2.6.2 แนวโน้มการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย
    2.6.3 ภาระในการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ
2.7 ข้อมูลการศึกษารูปแบบของการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จ
    2.7.1 ความหมายของรูปแบบ
    2.7.2 หลักการเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
    2.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
2.8 เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling)
    2.8.1 ความหมาย
    2.8.2 ขั้นตอนการทำ Story telling
    2.8.3 การนำ Story telling ไปใช้

2.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ตำหนิตัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย (สถาบันสุขภาพจิต. 2544 : 10) คล้ายคลึงกันกับมาโนช หล่อตระกูล และ มาโนชย์ สุคนิชย์ (2546) ที่ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่ความเพลิดเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลง รู้สึกสะเทือนใจร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความสุขสบายใจหรือสดชื่นเหมือนเดิม หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เชื่องช้า เฉื่อยชา พูดน้อย คิดนาน อยู่เฉยๆ ได้นานๆ ความคิดเชื่องช้าลง รู้สึกชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า มีความคิดอยากตาย ซึ่งจากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าวพอจะสรุปได้ว่าเป็นภาวะที่จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ ทำให้เกิดพฤติกรรมในทางลบ เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ ไม่สดชื่น ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ แต่ถ้าบุคคลมีภาวะซึมเศร้าบ่อยครั้งและมีอาการต่างๆ ร่วมด้วย ทางการแพทย์ตรวจพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า โดยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยของ ICD (International Classification of Diseases and Health Related Problems) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) พัฒนาขึ้นโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) หมายถึง ผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้าหรือมีความเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 4 อาการขึ้นไป 1) เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด (มากกว่า 5 % ต่อเดือน) 2) นอนไม่หลับ 3) ความคิด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า หรือกระสับกระส่าย หงุดหงิด 4) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง 5) สมาธิความจำเสื่อม 6) มีความคิดอยากตาย 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า ตำหนิตนเอง โดยมีอาการเหล่านี้แทบทุกวัน และเป็นนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล.online)

2.2 ภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง การมีความวิตกกังวลเกินกว่าที่ควรจะเป็น คิดฟุ้งซ่าน สะดุ้งตกใจง่าย นอนไม่หลับ ใจลอย และหลงลืมง่าย ร่วมกับมีอาการจาก autonomic nervous system ทำงานมากเกินไป ทำให้เกิดอาการใจสั่น เหงื่อออก หายใจได้ไม่เต็มที่ มือเท้าชา แน่นท้อง เป็นต้น ภาวะนี้มักถูกมองข้ามหรือวินิจฉัยเป็นโรคอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักแจ้งแพทย์แต่อาการทางกาย ไม่คิดว่าเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลหรือปัญหาทางจิตใจ

เมื่อบุคคลมีลักษณะอาการทางกาย เช่น หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย แรงน้อย ไม่มีแรง หน้ามืด ใจสั่น ใจหวิวๆ เจ็บแน่นหน้าอก ปวดหัว เวียนหัว ตื้อๆ ปัสสาวะบ่อย ปวดแน่นท้อง จุกเสียด ลมขึ้นก้อนติดคอ มือสั่น ตัวสั่น ชาตามเนื้อตัว มือเท้าเย็น ลมวิ่ง ร่วมกับอาการทางจิตใจ เช่น เครียด กลุ้มใจ คิดฟุ้งซ่าน วิตกกังวลไปหมด หงุดหงิดง่าย ใจลอย สมาธิไม่ดี ขี้ลืม สะดุ้งตกใจง่าย หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หลายๆ อาจนำมาสู่การเป็นโรควิตกกังวลในกลุ่ม anxiety disorders ได้ (มาโนช หล่อตระกูล.online)

2.3 สถานการณ์ของโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด นั่นหมายถึงว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสีย

ด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัวและเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบใหม่ เรียกหน่วยวัดนี้ว่า “การสูญเสียปีสุขภาวะ” หรือ DALYS (disability adjusted life years) ซึ่งเป็นค่าที่บ่งถึงจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด โรคซึมเศร้าพบได้ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลการศึกษาแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ.2541-2545 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นในวัยผู้สูงอายุ (American Psychiatric Association.2005) ทั้งนี้ในแถบเอเชีย วาดา และคณะ(Wada.,& et al.2005) พบว่าผู้สูงอายุในเอเชียมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 29 และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2540 - 2549 พบว่าในกลุ่มเพศชายโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 15 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYS) ของโรคซึมเศร้ามีค่าสูงสุด สำหรับสถานการณ์ภาวะซึมโรคซึมเศร้าพบได้บ่อยมากในประชากรทั่วไป และพบว่าโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ 90 (Sirivanarungsun .P&;et al.2004) ต่อมามีผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทุก 100 คน จะมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 3 คน (ร้อยละ 2.8) โดยผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 3.5 และ 2.2 ตามลำดับ) และความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไปมีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 5.6) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีก็จะทำให้เกิดปัญหาตามมาทั้งกับตัวผู้ป่วย คนรอบข้างและกลายเป็นปัญหาสังคม(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายปี พ.ศ. 2551-2552)

ในส่วนของโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุนั้น โดยส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นด้วยโรคทางกาย เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคพาร์กินสัน โรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD) โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และภาวะลิ้นหัวใจหย่อน (Mitral valve prolapse) โรคทางระบบฮอร์โมน เช่น ความผิดปกติของฮอร์โมนธัยรอยด์ ภาวะคอร์ติซอลเกิน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะโลหิตจาง ยาต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของอาการวิตกกังวล เช่น ยาหรือสารกระตุ้นประสาท (รวมถึงคาเฟอีน) ยาติจิทาลิส ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงบางตัว (กลุ่มที่ยับยั้งเบต้า) ยาต้านเศร้ากลุ่มเอสเอสอาร์ไอ และยาต้านโคลิเนอร์จิก การค้นหาสาเหตุของโรคทางกายหรือยาที่เป็นต้นเหตุเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นอันดับแรก โดยไม่ต้องรีบร้อนใช้ยาคลายกังวล เมื่อรักษาโรคทางกายและแก้ไขสาเหตุความเครียดทางจิตใจได้แล้วแต่ยังมีอาการวิตกกังวลเหลืออยู่จึงจะให้ยารักษาต่อไป

2.4 สาเหตุและผลของการเกิดโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

2.4.1 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ทั้งปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ และสังคมแวดล้อม หรือจากหลายสาเหตุไม่ว่าจะเป็นกรรมพันธุ์ การใช้สารเสพติด ตกงาน ปัญหาการเงิน ปัญหาสุขภาพ ภาวะการมีบุตรยาก วัยทอง หรือแม้แต่การรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น อัลไซเมอร์ หรือมะเร็ง ซึ่งสาเหตุของโรคซึมเศร้าพอสรุปได้ดังนี้

2.4.1.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท

ในปัจจุบันอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากอะไร แต่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และ

การแสดงออกของอารมณ์ ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะเสียความสมดุล ทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป และยาต้านเศร้าส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้มีผลทำให้ระดับของสารสื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุลสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดี

2.4.1.2 พันธุกรรม

พันธุกรรมก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการเกิดโรคซึมเศร้าเพราะพบว่าในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้าคนอื่นๆ ในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า แต่อย่างไรก็ตามการถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณ 31-42% ดังนั้นถึงแม้มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกก็ไม่ได้เป็นกันทุกคน ยังคงมีสาเหตุและปัจจัยอื่นร่วมทำให้เกิดอาการของโรคนี้ขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นคนในครอบครัวและต้องมีสิ่งที่กระตุ้น เช่น ความเครียด ปัญหาครอบครัวต่างๆ

2.4.1.3 ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว

ลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งบางคนมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ตกงาน หย่าร้าง ถูกทอดทิ้งก็มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย เมื่อประสบปัญหาก็ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควร บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า

2.4.1.4 โรคต่างๆ ทางร่างกาย

โรคที่เกิดขึ้นทางร่างกายก็ยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น โรคหัวใจ ฯลฯ รวมไปถึงความเครียดต่างๆ เช่น การสูญเสีย การเงิน การงาน ปัญหาภายในครอบครัว เป็นต้น

ถึงแม้ว่าในขณะนี้ยังไม่สรุปชัดเจนว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุใด แต่พอสรุปในเบื้องต้นได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคของสารสื่อประสาทในสมองผิดปกติและพันธุกรรมโดยมีผลกระทบจากบุคลิกภาพและความเครียดในชีวิตจึงทำให้เกิดอาการป่วยขึ้น การเริ่มเกิดอาการนั้นอาจมีปัจจัยกระตุ้น เช่น สูญเสียคนที่ตนรัก ตกงาน การหย่าร้าง หรือบางครั้งไม่มีก็ได้ อย่างไรก็ตาม การมีสาเหตุที่เห็นชัดว่าเป็นมาจากความกดดันด้านจิตใจนี้ มิได้หมายความว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องปกติธรรมดาของคนเราหรือไม่จำเป็นต้องให้การรักษา การพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้นผิดปกติหรือไม่ เราดูจากการมีอาการต่าง ๆ และความรุนแรงของอาการเป็นหลัก ผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้นบ่งถึงภาวะของความผิดปกติที่จำต้องให้การช่วยเหลือ

ส่วนโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจเกิดขึ้นได้จากสาเหตุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ด้านร่างกาย

สาเหตุทางด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ พันธุกรรมหรือการมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางตัวในสมอง การมีพยาธิสภาพในสมองเช่นมีการเสื่อมของเซลล์ประสาท หรือมีการฝ่อของสมองบางส่วน หรือเป็นโรคทางกายที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคต่อมไทรอยด์ ฯลฯ หรือเป็นผลข้างเคียงจากยาที่รับประทานเป็นประจำ เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาขับปัสสาวะ หรือยารักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ

สาเหตุทางด้านจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ การไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสีย เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความ ผิดหวัง เสียใจ น้อยใจ หรือมีความเครียดในเรื่องต่างๆ ทำให้เกิดเป็นความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ โดยสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท การสูญเสียหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว การย้ายที่อยู่ เจ็บป่วยทางกายที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด หรือเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคข้อ โรคมะเร็ง เป็นต้น บุตรหลานไม่ปรองดองกัน ไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลาน เนื่องจากเห็นว่าอายุมากแล้ว ไม่ทันต่อเหตุการณ์ หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการมีบุคลิกภาพดั้งเดิมเป็นคนที่ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองในด้านลบบ่อยๆ หรือชอบพึ่งพาผู้อื่น

3) ด้านสังคม

สาเหตุทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมที่พบบ่อย ได้แก่ การปรับตัวไม่ได้ต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ไปตามยุคสมัย การประสบความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การทะเลาะเบาะแว้งของคนในครอบครัว เป็นต้น

2.4.2 ผลของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับความผิดปกติของเส้นเลือด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของโรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่โรคกระดูกพรุนและโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นกับผู้ใหญ่ ดังนั้นปัจจุบันนี้ถือว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบร่วมกับโรคอื่น เนื่องจากไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสมองเท่านั้น หากยังส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะอื่นๆ อีกหลายอย่างด้วย

ซึ่งผลกระทบจากโรคซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยนั้นไม่น้อยไปกว่าโรคทางร่างกายที่สำคัญอื่น ๆ การปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อภาระและปัญหาแก่ครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจและสังคม นอกจากผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้แล้ว โรคซึมเศร้านี้ยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางร่างกาย หรือทำให้โรคทางร่างกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้นได้

2.4.3 สาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

โรควิตกกังวลมักพบว่าเป็นภาวะเรื้อรังซึ่งปรากฏรูปแบบตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นจนถึงเกิดขึ้นทันทีหลังมีเหตุการณ์กระตุ้น โดยมีแนวโน้มจะกำเริบขึ้นเมื่อมีความเครียดสูง และมักมีอาการร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ เหงื่อออก กล้ามเนื้อหดเกร็ง ใจสั่น และความดันโลหิตสูง ซึ่งในบางครั้งอาจทำให้ล้าหรือหมดแรง

ในวัยสูงอายุภาวะวิตกกังวลอาจจะเป็นภาวะที่เกิดร่วมกับโรคทางกายที่พบบ่อย ได้แก่ โรคของระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด ปอดบวม โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และภาวะลิ้นหัวใจหย่อน (Mitral valve prolapse) โรคทางระบบฮอร์โมน เช่น ความผิดปกติของฮอร์โมนไทรอยด์ ภาวะคอร์ติซอลเกิน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะโลหิตจางยาต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของอาการวิตกกังวล เช่น ยาหรือสารกระตุ้นประสาท (รวมถึงคาเฟอีน) ยาติจิทาลิส ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงบางตัว (กลุ่มที่ยับยั้งเบต้า) ยาต้านเศร้ากลุ่มเอสเอสอร์ไอ และ ยาต้านโคลิเนอร์จิก สาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ มีดังนี้

2.4.3.1 พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

พันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของโรคนี้ผลจากงานวิจัยของ Kendler และคณะ ที่ได้ศึกษาคู่แฝดหญิงจำนวน 1,033 คู่ พบว่า คู่แฝดที่เป็นโรคกังวลมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุร้อยละ 30 ในขณะที่คู่แฝดที่เป็นโรคซึมเศร้ามีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุร้อยละ 70 และพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งทำให้เป็นโรคนี้ หรือเกิดจากลักษณะเฉพาะของตนเองหรือคนในครอบครัวที่เคยมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุเบื้องต้นทำให้มีภาวะวิตกกังวล หรือเกิดกับคนที่มีลักษณะนิสัย เช่น เป็นคนยึดติดกับความสมบูรณ์แบบและ/หรือขาดความมั่นใจในตนเอง หรือผู้ที่ผ่านช่วงเวลาของครอบครัวอย่างลำบากในวัยเด็ก ล้วนเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดโรควิตกกังวล

2.4.3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้

จากทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้พบว่าผู้ป่วยมักให้ความสนใจเรื่องราวที่เป็นอันตรายและรับเอาเรื่องราวดังกล่าวเข้าไว้ในพฤติกรรมการเรียนรู้ของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลง่าย มีผู้ตั้งข้อสมมติฐานว่าผู้ป่วยมักขาดการควบคุมอารมณ์ โดยเฉพาะความวิตกกังวล ทำให้มีโอกาสเป็นโรคนี้ง่าย

2.4.3.3 ปัจจัยทางชีวภาพ

จากผลการศึกษาในปัจจุบันพบว่า สารสื่อประสาทโดยเฉพาะ catecholamine, serotonin และ GABA อาจมีส่วนทำให้เป็นโรคนี้

2.4.3.4 ปัจจัยอื่นๆ เช่น

1) สถานการณ์ที่ตึงเครียดและความกดดันจากสังคมรอบข้าง เช่น ความกดดันจากการทำงาน จากครอบครัว การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท และความเครียดที่มาจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่เร่งรีบล้วนกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

2) ความวิตกกังวลอาจเป็นอาการหรือถูกกระตุ้นมาจากปัญหาสุขภาพบางอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป (Hyperthyroid) การตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตร วัยทองและภาวะก่อนมีประจำเดือน

3) การขาดสารอาหารประเภทวิตามินบีรวมและแร่ธาตุต่างๆ อย่างแมกนีเซียมและสังกะสีก็เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกินเหตุ แม้จะเป็นสภาวะทางอารมณ์ แต่จะเห็นได้ว่าสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจได้ และจากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุนั้น พบว่า เกิดจากการตกอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด มีความกดดันสูง ภาวะการสูญเสีย ผิดหวัง มีปัญหาสุขภาพ โรคภัยรุมเร้า นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะนิสัยส่วนตัว ในรายที่ยึดติดกับความสมบูรณ์แบบมากเกินไปเมื่อไม่เป็นอย่างที่หวัง หรือแม้กระทั่งความไม่มั่นใจในตนเอง ก็เป็นอีกสาเหตุทำให้เกิดความวิตกกังวลใจได้

2.4.4 ผลของการเกิดโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ความวิตกกังวลมิได้มีผลเพียงทำให้เกิดความไม่สบายใจ จิตใจและอารมณ์ปั่นป่วนเท่านั้น แต่ยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงมาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากความวิตกกังวลนั้นพอสรุปได้ 4 ด้าน ดังนี้ คือ (รัชนีวรรณ คำภา. 2552)

2.4.4.1 การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ฮอร์โมนประเภท อีพิเนฟริน (epinephrine) นอร์อีพิเนฟริน (nor epinephrine) และอดรีโนคอร์ติคอลฮอร์โมน (Adriano cortical hormone) จะถูกขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของเกลือ โซเดียมเกิดการเผาผลาญในร่างกายมากขึ้น และมีการทำลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2.4.4.2 การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เกิดขึ้นเนื่องจากระบบประสาทซิมพาเตติค (sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ คือหัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวสั่น เหงื่อออก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะบ่อย และท้องเสีย เป็นต้น

2.4.4.3 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้คือ ตกใจง่าย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย กระสับกระส่าย โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย หวาดหวั่น ขาดความสนใจ ฝันร้าย และเหนื่อยหน่าย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น

2.4.4.4 การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความจำและการรับรู้ จะลืมง่าย ครุ่นคิด หมกมุ่น การตัดสินใจไม่ดี ความสนใจลดลง การพูดติดขัด และมีการรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นในเรื่องเกี่ยวกับสาเหตุและผลของการเกิดโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าโรคภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นได้ตั้งแต่อาการเศร้าเล็กน้อยไปจนถึงโรคซึมเศร้าที่รุนแรงและพยายามฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้าแบบหนึ่งซึ่งเป็นสลับกับภาวะอารมณ์ดีผิดปกติได้ โรคซึมเศร้ามักดีขึ้นได้เอง และมักรักษาได้ผลดี ซึ่งสาเหตุของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ทั้งปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ และสังคมแวดล้อม เช่น พันธุกรรม การปรับตัว เป็นต้น ที่อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคต่างๆ ตามมาอีกมากมาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองอักเสบ โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ส่วนโรควิตกกังวลอาจมีความรุนแรงขึ้นๆ ลงๆ ได้เช่นเดียวกัน อาจเป็นได้ตั้งแต่รู้สึกตึงเครียดเพียงเล็กน้อยไปจนถึงเป็นมากๆ จนทำอะไรไม่ได้เลย ผู้ป่วยมักเข้าใจว่าอาการเหล่านี้เกิดจากโรคทางกาย สาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลก็อาจเกิดขึ้นมากจากหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม ความเครียด ความกดดัน เป็นต้น

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.5.1 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

สำหรับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ นับเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ทั้งในด้านสรีรวิทยาและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมต่างๆ สัมพันธภาพในสังคม บุคคลใกล้ชิด และการนึกถึงความตายที่ใกล้เข้ามา การเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และปัญหาทางด้านจิตใจ มักจะเกิดจากความรู้สึกสูญเสีย โดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเอง เช่น การเคยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้นำให้กับคนอื่น การเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากคนข้างเคียงเพื่อนฝูงหรือสังคมการขาดที่พึ่ง เช่น ผู้ใกล้ชิด เพื่อนสนิทถึงแก่กรรม เป็นต้น นอกจากนี้ การที่สุขภาพไม่แข็งแรงพอที่จะปฏิบัติภารกิจต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ ขาดการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่น บุตรหลานก็เติบโตมีครอบครัวแยกย้ายกันไป ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ ไม่สบายตามร่างกาย ปวดเมื่อย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปัญหาทางด้านสังคม ก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้มาก

ปัจจุบันสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า กลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 9.46 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 10.50 ในปี 2549 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี 2568 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.2546) โดยในปี 2593 ประเทศไทย จะมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 22 ล้านคนหรือประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในปี 2544 พบว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 14.0 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 7.9 นอกจากโรคเรื้อรังทางกายของผู้สูงอายุแล้ว ภาวะจิตใจเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากรายงานผลการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พ.ศ. 2548-2549 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบสาระสำคัญที่น่าสนใจ คือ ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 87) อ่อนเพลีย (ร้อยละ22.6) และนอนตื่นขึ้นมาไม่สดชื่น (ร้อยละ 20.6) ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรไทยผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งพบว่า ความรู้สึกที่เกิดกับผู้สูงอายุเป็นประจำสูงสุดคือ รู้สึกเบื่ออาหารหรือความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ4.0) รองลงมาคือ คิดมาก วิตกกังวลใจ (ร้อยละ 3.4) และหงุดหงิดรำคาญใจ (ร้อยละ 2.9) ทั้งนี้ความรู้สึกต่างๆ ดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้นผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของความรู้สึกต่างๆ ที่กล่าวมาสูงกว่าผู้สูงอายุชายเพราะเพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย บุคคลใกล้ชิด (บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง) และผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในบั้นปลาย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก สร้างอารมณ์ขันให้ผู้สูงอายุ เพราะจะช่วยลดความซึมเศร้าและความเหงา ก่อเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีความรักความอบอุ่นเกิดขึ้นภายในครอบครัว และควรกำหนดให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นยุทธศาสตร์หลักเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมตามวัยต่อไป(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2552) นอจากนี้ปัญหาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากภาครัฐตามระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนี้อาจมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการบริการของผู้สูงอายุ นอกจากขาดระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ยังขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรังที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุบริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุม และผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่แอบแฝงอยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น วัด เรือนจำ ชุมชนชนบทที่ห่างไกล ชนกลุ่มน้อย ระบบบริหารมีปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชน ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวก็มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคต ส่วนในเขตชนบท ยังขาดกลไกหลักที่จะดูแลระบบบริการให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทัศนคติและทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้านเชิงลึก ขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการโดยชุมชนเอง ขาดการส่งเสริมโอกาส

จากการที่รัฐบาลมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับหลักประกันด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 96.7 ใน พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 98.7 ใน พ.ศ. 2551 โดยมากกว่า 3 ใน 4 ได้รับสวัสดิการประเภทบัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง) รองลงมาได้รับสวัสดิการข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ ประมาณเกือบ 1 ใน 5 ในขณะที่ไม่ได้รับสวัสดิการใด ๆ ลดลงจากร้อยละ 3.3 ใน พ.ศ. 2546 เหลือเพียงร้อยละ 1.3 ใน พ.ศ. 2551(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .2552) แต่หากพิจารณาการรับรู้ถึงสิทธิ การใช้บริการตามสิทธิและความพึงพอใจในบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขโดยให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุเพียง 1 ใน 3 (ร้อยละ 34.4) รับรู้สิทธิประโยชน์ดังกล่าวและมาใช้

บริการตามสิทธิ 1 ใน 3 เช่นกัน (ร้อยละ 29.3) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.1) มีความพึงพอใจในบริการในระดับปานกลางถึงมาก แต่มีข้อสังเกตว่าการจัดบริการดังกล่าวก็ยังไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด ซึ่งดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. 2551)

2.5.2 การดูแลผู้สูงอายุ

ในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่พึงประสงค์นั้น จึงควรจะประกอบด้วยการดูแลที่ครบวงจรและต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการดูแลตนเอง การดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ การดูแลระดับชุมชน ไปถึงการดูแลในสถานบริการ การบริการสุขภาพในชุมชน ตามรูปแบบดังนี้ (นงลักษณ์ พะไกยะ. online)

1) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จะลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง โดยผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ ได้แก่ ญาติหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) หรือ อสม. โดยการบริการนี้ต้องได้รับการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายวิชาชีพ

2) ศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน อาจจะเหมาะสมในชนบท และในเขตเมืองบางแห่ง จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและชุมชนได้เข้ามาบริหารจัดการ สร้างเครือข่ายผู้สูงอายุช่วยเหลือซึ่งกันและกันการบริการสุขภาพในสถาบัน

3) สถานีอนามัย นอกจากจะให้บริการองค์รวมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพแล้ว ต้องทำหน้าที่ติดตามและสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อผส./อสม. รวมทั้งติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

4) โรงพยาบาล การให้บริการสุขภาพอาจต้องพิจารณาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

5) คลินิกผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 44 แห่ง แต่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน และเป็นบริการแบบเฉียบพลันมากกว่าเรื้อรัง

6) โรงพยาบาลเอกชน มีบริการแบบเรื้อรังปรากฏในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่ารัฐ แต่ก็ยังเป็นบริการในสถาบันมากกว่าชุมชน และมีความจำกัดการบริการอยู่ในเมืองใหญ่เพียงไม่กี่แห่ง

7) สถานพยาบาลผู้สูงอายุ ความต้องการบริการประเภทนี้มีมากขึ้น เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและไม่สามารถดูแลตนเองได้ในภาครัฐการให้บริการแบบนี้อาจแทรกอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

สังคมที่มองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุย่อมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต การรักษาวัฒนธรรมและค่านิยมของชาติต่อผู้สูงอายุ เช่น ประเพณีรดน้ำผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์จะทำให้เกิดการกระตุ้นเตือนความสนใจในเรื่องของผู้สูงอายุ ทำให้มีกิจกรรมในสังคมร่วมกัน นอกจากนี้ การจัดให้มีบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนการเตรียมแผนการในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว และการเงิน ส่งเสริมให้มีบริการหรือให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือตนเองให้มีความเป็นอิสระ โดยสังคมช่วยจัดหาความสะดวกสบายให้ตามสมควร ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น ในรูปแบบของสมาคมซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่พอมีความสามารถอยู่บ้าง และเต็มใจช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกันก็จะได้ประโยชน์ทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายรับความช่วยเหลือก็เกิดกำลังใจ ฝ่ายให้ความช่วยเหลือก็ได้รับความภูมิใจ (ศรีประภา ชัยสินธพ .online)

สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุคือ การส่งเสริมความสามารถให้ผู้สูงอายุได้ดูแลตนเองให้เต็มศักยภาพ และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จะช่วยส่งเสริมการสร้างคุณค่าในตนเอง ลดการพึ่งพา

เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีทักษะและความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง แนะนำแหล่งข้อมูลที่สามารถให้การช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวควรให้ความรัก ความอบอุ่น และกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เพื่อก่อให้เกิดระบบสนับสนุนที่ดีและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ

2.6 ผู้สูงอายุ การเพิ่มจำนวน และภาระในการดูแลของภาครัฐ

2.6.1 ผู้สูงอายุ

การกำหนดขอบเขตให้กับวัยสูงอายุนั้นโดยทั่วไปนิยมใช้เกณฑ์อายุเป็นหลักในการพิจารณา แต่ในความเป็นจริงแล้วสามารถกำหนดได้จากเกณฑ์ประเภทอื่นด้วย โดยที่กล่าวถึงกันมากประกอบไปด้วยเกณฑ์ 4 ประเภท (Counts; and Counts, 1985) ได้แก่ (1) ระดับอายุ (2) ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย (3) เหตุการณ์เชิงประวัติศาสตร์ และ (4) ภาวะทางสังคม ซึ่งเมื่อพิจารณาจากเกณฑ์ทั้งสี่ประเภทดังกล่าวนี้ พบว่าเกณฑ์กำหนดอายุตามปฏิทินมักใช้เป็นเกณฑ์ทางการในสังคมทั่วไป โดยมักกำหนดอายุของผู้สูงอายุตั้งต้นไว้ที่ 60 – 65 ปี เช่น องค์การอนามัยโลกและสหประชาชาติได้ให้คำนิยามผู้สูงอายุว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีการกำหนดเกณฑ์สำหรับการเกษียณอายุบุคคลทั่วไปเมื่อมีอายุ 60 ปี และในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ก็ให้คำนิยามไว้ว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปด้วยเช่นกัน (ปิยากร หวังมหาพร, 2554)

นอกจากนี้สหประชาชาติยังได้กำหนดว่าประเทศใดที่มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ ให้ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) แล้ว (ปิยากร หวังมหาพร, 2554) ซึ่งเมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 10.17 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.36 และร้อยละ 20.97 ใน พ.ศ.2553 และ พ.ศ.2555 ตามลำดับ ทำให้เห็นได้ว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว

2.6.2 แนวโน้มการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในปัจจุบัน สภาวการณ์ทางประชากรของประเทศมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว ไม่เฉพาะแต่จำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เท่านั้น แต่โครงสร้างทางอายุของประชากรก็เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรสูงวัยได้เพิ่มจำนวนขึ้นจนทำให้โครงสร้างทางอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จะเห็นได้จากข้อมูลประชากรคาดประมาณในประเทศไทยและสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ.2538 – 2553 สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) เทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด ทั้งในพื้นที่ทั่วประเทศและจำแนกตามแต่ละภูมิภาคล้วนมีสัดส่วนสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งสิ้น (เริ่มตั้งแต่ร้อยละ 8.11 – 11.36) ดังข้อมูลทางสถิติที่แสดงในตาราง 2.1 (คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538) และใน พ.ศ.2555 พบว่าสัดส่วนคาดประมาณของจำนวนผู้สูงอายุก็เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20.97 ของประชากรทั้งหมดเช่นกัน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) ในขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาจำนวนและสัดส่วนของประชากรแล้ว พบว่าในช่วง 20 – 30 ปีที่ผ่านมาจำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับประชากรสูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต

นั่นคือ จะเพิ่มจากประมาณ 5 ล้านคนในปัจจุบันเป็นประมาณ 10 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งอัตราดังกล่าวเป็นอัตราการเพิ่มของประชากรที่เร็วกว่าประชากรโดยรวมทั้งหมด โดยเห็นได้จากการที่ในระหว่าง พ.ศ.2523 – 2533 ประชากรสูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 47 แต่เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มระหว่าง พ.ศ.2523 – 2563 แล้วพบว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มสูงถึงกว่าร้อยละ 300 โดยใน พ.ศ.2533 มีผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปเพียงประมาณ 700,000 คน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,400,000 คนใน พ.ศ.2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นมากกว่า 2 ล้านคนใน พ.ศ.2563 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2542)

ตาราง 2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุในประเทศไทยทั่วประเทศและรายภูมิภาค พ.ศ.2538 – 2553
(ที่มา: คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538)

พ.ศ.	**ทั่วประเทศ**	กรุงเทพฯ	ปริมณฑล	ภาคกลางส่วนกลาง	ภาคใต้	ภาคตะวันตก	ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ
2538	**8.11**	6.59	7.46	11.81	7.83	9.66	8.68	7.17	9.54
2543	**9.19**	7.69	8.31	13.60	8.58	10.95	9.93	8.21	10.87
2548	**10.17**	8.61	8.94	14.73	9.21	11.84	11.08	9.45	11.88
2553	**11.36**	9.93	9.93	16.13	9.97	13.00	12.23	10.85	13.17

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรสูงอายุดังกล่าวซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนั้นเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุหลักที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงสภาวการณ์ทางประชากรของประเทศไทย นั่นคือการที่มีภาวะเจริญพันธุ์หรือภาวะการเกิดระดับสูงในอดีตอันเนื่องมาจากสมัยก่อนที่ครอบครัวนิยมมีบุตรมาก แต่ในขณะเดียวกันอัตราการตายกลับลดลงอย่างต่อเนื่องซึ่งเกิดจากทั้งความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข และการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ทำให้ประชากรสามารถมีรายได้เพื่อใช้จ่ายในการป้องกันรักษาสุขภาพได้มากขึ้น รวมถึงการพัฒนาต่างๆ ทางด้านสังคมที่ทำให้คนมีการศึกษาที่สูงขึ้นในด้านการป้องกันรักษาสุขภาพของตนเองและบุตร จึงทำให้ภาวะการตายลดลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ประชากรที่เคยอยู่ในช่วงวัยเด็กซึ่งเกิดมาเป็นจำนวนมากในอดีตนั้น ได้พากันทยอยเข้าสู่วัยแรงงานและเข้าสู่วัยสูงอายุในที่สุด

จากการศึกษาและค้นคว้าวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประชากรและผู้สูงอายุหลายแห่ง ทำให้พบว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุดังกล่าวนั้น สามารถทำให้เกิดผลกระทบและปัญหาในหลายๆ ด้านได้ในอนาคต จะเห็นได้จากผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรในแง่ของอายุที่ยืนยาวที่ส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการที่อัตราการตายของประชากรในประเทศไทยลดลง ประเด็นที่สำคัญและควรตระหนักถึงคือผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวขึ้นเรื่อยๆ นั้นจะเป็นการดำรงชีวิตอย่างมีภาวะสุขภาพที่ดีหรือสามารถพึ่งพาตนเองตลอดช่วงอายุที่ยืนยาวขึ้นด้วยหรือไม่ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวมากขึ้นแต่เต็มไปด้วยโรคภัยไข้เจ็บหรือไม่อาจพึ่งพาตนเองได้นั้น ปัญหาด้านผู้สูงอายุในสังคมก็จะเพิ่มมากขึ้นและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของภาระในการดูแลผู้สูงอายุอย่างแน่นอน ซึ่งจากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทยใน พ.ศ.2538 ที่ดำเนินการโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล, 2539) พบว่าการที่ประชากรไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นนั้น ไม่ได้หมายถึงการมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย แต่กลับเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนปีที่ผู้สูงอายุคาดหวังว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขภาพดี (Healthy life expectancy) ลดลงเป็น

ลำดับตามอายุของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในประชากรเพศชายและหญิง จึงสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุในประเทศไทยประสบคือปัญหาทางสุขภาพ โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนี้เป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ นำมาซึ่งปัญหาต่อเนื่องที่ผู้สูงอายุต้องประสบคือปัญหาทางเศรษฐกิจ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ และไม่สามารถรองรับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการรักษาสุขภาพได้

การที่ผู้สูงอายุประสบปัญหาทางด้านสุขภาพนั้น ไม่เพียงแต่นำมาซึ่งการประสบปัญหาทางเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่การที่ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยจนอาจไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้และต้องตกเป็นภาระของบุตรหลานในการดูแลนั้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาความกดดันทางจิตใจได้ และอาจนำมาซึ่งโรคทางจิตเวชและโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาจไม่มีการเตรียมตัวที่ดีก่อนการเป็นผู้สูงอายุทั้งในด้านเศรษฐกิจร่วมกับด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้น แนวทางที่สำคัญที่สังคมและหน่วยงานในทุกภาคส่วนควรตระหนักและให้ความสำคัญในการรองรับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุและการมีอายุที่ยืนยาวขึ้นนั้นคือการวางนโยบายและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ประชากรสูงอายุมีสุขภาพกายและจิตที่ดีควบคู่ไปกับการมีชีวิตที่ยืนยาว สามารถช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้โดยไม่เป็นภาระของบุตรหลานทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยเน้นนโยบายในเชิงป้องกันและเตรียมความพร้อมมากกว่านโยบายในเชิงแก้ไข เช่น การรณรงค์ให้มีการเตรียมตัวก่อนเป็นผู้สูงอายุ และมีมาตรการในการดูแลสุขภาพประชากรในช่วงวัยก่อนเป็นผู้สูงอายุให้แข็งแรงหรือลดโอกาสเจ็บป่วยลง เป็นต้น

2.6.3 ภาระในการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ

จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น ทำให้รัฐบาลรวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและตระหนักถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ผู้สูงอายุจะต้องประสบ เห็นได้จากการคำแถลงนโยบายของรัฐบาลสมัยต่างๆ ที่ให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนต่อนโยบายผู้สูงอายุ ระบุอยู่ในนโยบายแรงงานและนโยบายสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ปิยากร หวังมหาพร, 2554) เช่น 1) การสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ โดยจัดสรรเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่แสดงความจำนงโดยการขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับการสงเคราะห์ รวมทั้งขยายเพดานให้กู้ยืมจากกองทุนผู้สูงอายุเป็น 30,000 บาทต่อราย 2) การส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งประเทศให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในท้องถิ่น 3) การส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุโดยการกำหนดรูปแบบงานให้หลากหลายและเหมาะสมตามศักยภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งขยายโอกาสในการทำงานให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน และ 4) การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นบทบาทของสถาบันทางสังคม และส่งเสริมการนำศักยภาพของผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาประเทศ โดยเน้นการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาสู่สังคม รวมถึงการสร้างระบบประกันชราภาพเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมั่นคง เป็นต้น

บทบาทหนึ่งที่สำคัญของรัฐบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมากต่อการให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การกำหนดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องจัดบริการสาธารณะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) ได้ระบุถึงสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ ในมาตรา 11 ดังนี้

1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

9) การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว

10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

11) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

จากนโยบายของรัฐบาลและข้อกำหนดในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 จะเห็นได้ว่าบทบาทของหน่วยงานภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจะแบ่งได้เป็นสองแนวคิด โดยจำแนกตามมุมมองที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นหลัก แนวคิดแรกจะมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน ไม่สามารถหารายได้เพื่อเลี้ยงชีพตนเองได้ซึ่งทำให้รัฐมีหน้าที่โดยตรงในการสงเคราะห์ผู้สูงอายุประเภทนี้ ส่วนอีกแนวคิดหนึ่งมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ยังคงสามารถทำงานได้และยังคงสามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมได้ ซึ่งทำให้บทบาทหน้าที่ของรัฐจะเน้นไปที่การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือกันเองภายในชุมชน เมื่อมาพิจารณาลงไปในส่วนของภารกิจของหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ของภาครัฐที่จัดบริหารให้แก่ผู้สูงอายุแล้ว พบว่ามีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้แก่ 1) กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัย 2) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รับผิดชอบด้านการจัดบริการด้านสังคม 3) กระทรวงศึกษาธิการ รับผิดชอบด้านการศึกษา ศิลปวัฒนธรรม และ 4) หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงคมนาคม และกระทรวงมหาดไทย เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ทั้งนี้แต่ละหน่วยงานมีรายละเอียดของความรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ (เล็ก สมบัติ, 2545)

2.6.3.1 การดำเนินการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ

ถือเป็นการดำเนินงานหลักสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมีการพัฒนาในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านการบริหารจัดการ การศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการ การฝึกอบรม การประชุมวิชาการเพื่อระดมความคิดเห็นจากหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องและทั่วถึง และการออกกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นต้น

การจัดบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โครงการสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยงานระดับโรงพยาบาล การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ การเปิดคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้การรักษาพยาบาลเฉพาะกลุ่มและเน้นโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ การจัดตั้งสถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในกรมการแพทย์ การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุด้วยบัตรสงเคราะห์ในการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง

สำหรับการดำเนินการวิชาการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาความรู้ทางวิชาการควบคู่ไปกับการพัฒนาการบริหารจัดการด้วย โดยอยู่ในรูปแบบของการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรค และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป รวมถึงการสร้างและพัฒนาหลักสูตรการดูแลรักษาผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการอบรมพัฒนาความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา รวมทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชนในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเน้นด้านสุขภาพกายและจิตใจ

2.6.3.2 การดำเนินการด้านสังคม

เป็นการจัดบริการที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยมีกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นผู้ดำเนินงานหลัก ได้แก่ การช่วยให้มีที่อยู่อาศัย มีปัจจัยพื้นฐานเพียงพอต่อการดำรงชีวิต มีกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง และได้รับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและสังคม รวมถึงได้รับการศึกษาเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเองได้ โดยเน้นไปที่การดำเนินการจัดสวัสดิการพื้นฐานให้แก่ผู้สูงอายุด้วยการให้กรมประชาสงเคราะห์จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่คุ้มครองดูแลด้านปัจจัยสี่รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่สร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุที่เร่ร่อนหรือถูกทอดทิ้ง มีความลำบากยากจนและไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยให้เข้าพักในสถานสงเคราะห์จนกระทั่งเสียชีวิต เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือช่วงแบ่งเบาภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ แต่เมื่อจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นทำให้สถานสงเคราะห์คนชราทั่วประเทศไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในการใช้บริการ

นอกจากนี้ในปัจจุบัน กรมประชาสงเคราะห์ได้ปรับเปลี่ยนนโยบายเป็นการทำงานเชิงรุกให้มากขึ้น โดยพัฒนาการบริการที่เน้นการป้องกันฟื้นฟูและพัฒนาแก่ผู้สูงอายุ ให้ควบคู่ไปกับการรับอุปการะผู้สูงอายุ

2.6.3.3 การดำเนินการด้านการศึกษา

ผู้รับผิดชอบหลักในด้านนี้คือกรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ โดยได้จัดให้มีกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้การศึกษาเพื่อช่วยพัฒนาความรู้ของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับข่าวสารข้อมูลและเรียนรู้เพื่อที่จะดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข มีความมั่นคงและมีคุณค่าในสังคม โดยเน้นกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาชีพงานอดิเรก และสันทนาการ มีการจัดกิจกรรมในรูปแบบของหน่วยเคลื่อนที่ไปสู่ชุมชน และการจัดบริการในรูปของสื่อสิ่งพิมพ์ รายการวิทยุ และรายการโทรทัศน์ นอกจากนี้ยังได้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลักสูตรการศึกษานอกโรงเรียนสายสามัญวิชาครอบครัวศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ จัดทำหลักสูตรเนื้อหาแนวทางการจัดกิจกรรมการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.6.3.4 การดำเนินการด้านบริการอื่นๆ

นอกจากทั้งสามด้านที่กล่าวมา ยังมีหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการด้านอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น บริการด้านสาธารณูปโภค คือการลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟและรถประจำทาง และการจัดที่นั่งสำรองสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนบริการด้านการส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายและกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือโครงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการค่ายพักแรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมถึงการบริการลดอัตราค่าผ่านประตูในการเข้าชมมหรสพบันเทิง สถานที่ท่องเที่ยวและนันทนาการอื่นๆ เช่น พิพิธภัณฑ์ หรือสวนสัตว์ เป็นต้น

2.7 ข้อมูลการศึกษารูปแบบของการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จ

ในการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ (Model) ของการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยและต่างประเทศนั้น ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปข้อมูลการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยและต่างประเทศให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน โดยที่การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความหมายของรูปแบบ หลักการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ทั้งในและต่างประเทศ ตามลำดับ ดังนี้

2.7.1 ความหมายของรูปแบบ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของรูปแบบไว้หลายลักษณะ ดังนี้ Good (1973: 370) ได้รวบรวมความหมายของรูปแบบหรือแบบจำลองไว้ 4 ความหมาย คือ 1) รูปแบบเป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ 2) รูปแบบเป็นตัวอย่างสำหรับการเลียนแบบ 3) รูปแบบเป็นแผนภาพหรือภาพสามมิติที่เป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นหลักการหรือแนวคิด และ 4) รูปแบบเป็นชุดของปัจจัยหรือองค์ประกอบหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันรวมเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคมอาจเขียนเป็นสูตรคณิตศาสตร์หรือบรรยายด้วยภาษาก็ได้ ส่วน Smith & others (1980: 115) กล่าวว่ารูปแบบ หมายถึง การย่อส่วนของจริงให้เล็กลงเพื่อให้เข้าใจในข้อเท็จจริง ปรากฏการณ์หรือพฤติกรรมต่างๆ โดยการจัดวางแบบแผนให้เข้าใจง่ายขึ้นซึ่งเป็นเหมือนตัวแทนความจริงแต่มิใช่ข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น และ Bardo & Hartman (1982: 70) กล่าวว่า รูปแบบเป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นเพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญๆ ของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ดังนั้นรูปแบบจึงไม่ใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดทุกแง่ทุกมุม ส่วนการที่จะระบุว่ารูปแบบหนึ่งๆ จะต้องมีรายละเอียดมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสมหรือรูปแบบควรมีองค์ประกอบอะไรบ้างนั้นไม่ได้มีข้อกำหนดตายตัวทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์แต่ละอย่างและวัตถุประสงค์ของผู้สร้างรูปแบบที่ต้องการอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ อย่างไร กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบหมายถึง แบบจำลองที่สะท้อนภาพปรากฏการณ์หรือสภาพที่เป็นนามธรรมเพื่อเป็นตัวแทนในการอธิบายปรากฏการณ์หรือแสดงองค์ประกอบที่สำคัญๆ ของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือกระบวนการใดกระบวนการหนึ่งที่สามารถช่วยให้เข้าใจแนวคิด หลักการ กระบวนการ หรือกระบวนทัศน์ในเรื่องใดเรื่องนั้นๆ ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นและมองเห็นองค์ประกอบสำคัญๆ ได้อย่างชัดเจน

2.7.2 หลักการเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่ภาวการณ์เป็นสังคมผู้สูงอายุในขณะเดียวกันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่มีรายได้ต้องเป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ทั้งด้านสุขภาพ การเงิน ความเสื่อมจากเซลล์สมอง การขาดแคลนคนดูแล คนเข้าใจ และทุนทรัพย์ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมักมีอาการซึมเศร้า กังวล ได้ง่าย ถ้าไม่ตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุและให้การดูแลอย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุจะกลายเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศชาติในทุกด้าน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องสร้างรูปแบบและกลไกสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุซึ่งได้มีนักวิชาการที่เกี่ยวข้องได้เสนอแนะรูปแบบหลักการการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุมีดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช (2552:5) ที่ผ่านมาปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมักจะเน้นไปที่ปัญหาด้านสุขภาพ หากแต่ความเป็นจริงยังมีปัญหาเชิงระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและกำลังรอคอยการแก้ไขอย่างจริงจังในขณะเดียวกันหน่วยงานจากภาครัฐก็ได้จัดให้มีโครงการส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ ในหลายพื้นที่แต่กิจกรรมเหล่านั้นยังไม่ได้มีการบูรณาการอย่างเป็นระบบทำให้การดูแลผู้สูงอายุยังดำเนินไปในลักษณะแยกส่วน ดังนั้นเพื่อให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุเกิดการบูรณาการควรมีทิศทางการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เนื่องจากชุมชนเป็นผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุดและสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังจะเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจึงต้องอาศัยความร่วมแรงร่วมใจจากหลายภาคส่วนซึ่งไม่มีใครที่จะมองเห็นและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีเท่ากับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดนั่นก็คือชุมชนซึ่งเป็นฐานกำลังหลักของการแก้ไขปัญหา

Kanchanachitra (2007:10) การดูแลผู้สูงอายุจะแตกต่างจากการดูแลกลุ่มอายุอื่นๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแลในหลายรูปแบบทั้งการรักษาร่างกาย จิตใจ ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจสังคมจากครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ การใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดค่าใช้จ่าย ซึ่งภาครัฐแต่เพียงฝ่ายเดียวไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ดังนั้นการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพเป็นแนวคิดที่เน้นการแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของชุมชน การมองปัญหาแบบองค์รวม สามารถบูรณาการความรู้จากสหสาขาวิชาชีพมาใช้แก้ปัญหา การทำงานแบบหุ้นส่วน เน้นความโปร่งใส การมีส่วนร่วมของชุมชน มีทางเลือก เข้าถึงแหล่งข้อมูล กลุ่มช่วยเหลือกันเองฯ และ การเสริมพลังให้กับบุคคล ความเป็นอิสระ และสามารถพึ่งพาตนเองได้

สิรินทร ฉันสิริกาญจน (2552:27) กล่าวว่า หลักการการจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุควรจัดให้มีการบริการแบบบูรณาการเชิงรุกโดยเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้สูงอายุทุกคน เน้นระบบการดูแลต่อเนื่องทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้งเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการคัดกรอง การดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระยะสุดท้าย ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการที่จัดไว้ นอกจากนี้จัดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ก็มีส่วนสำคัญในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทุกระดับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ โดยดำเนินการจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดต่อไปนี้

1) การสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็งโดยสร้างความมั่นคงด้านการเงินทั้งครอบครัวและผู้สูงอายุ ส่งเสริมศักยภาพและความรู้ของผู้แล สร้างเสริมทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และให้มีการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน

2) การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแล ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบการพัฒนา เช่น จัดให้มีการเตรียมการก่อนสู่วัยสูงวัยทุกด้าน เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ความรู้และกิจกรรมทางสังคม จัดบริการสุขภาพและบริการสังคมเอื้อให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านและเกื้อกูลจากชุมชน โดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้ชัดเจน มีแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุทุกระดับโดยรัฐผลิตเองหรือเป็นผู้กำกับดูแล มีระบบการดูแลปฐมภูมิในชุมชนครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาตลอดช่วงชีวิต รวมทั้งมีระบบส่งต่อที่เหมาะสม จัดระบบบริการให้เข้าถึงได้โดยง่ายหรือมีระบบบริการเชิงรุกเข้าถึงผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีระบบดูแลผู้ดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาตามมา เช่นผู้ดูแลที่สูงอายุ กลุ่มที่มีภาระหน้าที่มากมาย หรือกลุ่มที่ต้องดูแลผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม

3) นโยบายชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งมีองค์ประกอบและรูปแบบกิจกรรมพัฒนาได้หลายประการ คือ ให้มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุโดยมีข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในแง่มุมต่างๆ จัดให้มีกองทุนสนับสนุนการดูแลตลอดจนการบริการสุขภาพและสังคมเพื่อผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีการพัฒนา / ช่วยเหลือด้านอาชีพและรายได้แก่ครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อให้คงศักยภาพที่จะดูแล มีบุคคล/คณะกรรมการรับผิดชอบการดำเนินการต่างๆ รวมทั้งกำกับดูแล สนับสนุนและกำกับดูแลงานบริการทางสุขภาพและสังคมให้สอดคล้องกับความต้องการ พัฒนาแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต

4) การจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน อาทิ การบริการด้านอาหาร (ธนาคารอาหาร/การจัดส่งอาหาร) การสนับสนุนให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ หรือการดูแลโดยเพื่อนบ้านหรือชุมชนการสนับสนุนยานพาหนะ การปรับลักษณะที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม รวมทั้งการจัดหาให้มีอุปกรณ์เสริม/อุปกรณ์เฉพาะช่วยในการดูแล

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (2555:35) กล่าวว่า การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างมีสุขภาวะภายใต้การเกื้อหนุนของเครือข่ายในชุมชนและการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ บริบทของชุมชนที่เอื้อต่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนและเกื้อกูลกันในแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกัน

2) แนวคิดในการพัฒนาระบบการบริการต้องเปลี่ยนให้มีการจัดบริการสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนทุกแห่ง

3) มีการจัดบริการสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนทุกแห่งแต่มีความครอบคลุมต่างกัน ส่วนใหญ่ยังคงมีลักษณะแยกส่วนเฉพาะเรื่อง ขาดความครอบคลุมและเชื่อมโยงโดยเฉพาะบริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้และต้องการผู้ดูแล

4) อปท. มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมากน้อยต่างกัน ขึ้นกับวิสัยทัศน์และศักยภาพผู้นำ ศักยภาพด้านการเงินความพร้อมของปัจจัยพื้นฐาน

5) แหล่งเงินสำหรับจัดบริการมาจากหลายแหล่ง นโยบายกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีงบประมาณลงไปในชุมชนมากขึ้นศักยภาพในการบริหารจัดการรวมถึงการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญ

ฐิติพงศ์ ศักดิ์ชัยสมบูรณ์ (2555:51-55) เสนอรูปแบบการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการของตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เป้าหมายเพื่อต้องการแก้ไขปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบองค์รวมกับทุกภาคส่วน โดยเครือข่ายที่มีอยู่ เช่น มส.ผส. สปสช. รพ.สต. รพช.พมจ. อสม. ซึ่งเป็นภาคีที่ทำเรื่องสุขภาพ/คุณภาพชีวิต เข้ามาทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ มีขั้นตอนการบูรณาการในพื้นที่ ตำบล

ท่างาม แบ่งออกเป็นการบูรณาการภายในและการบูรณาการภายนอก ในส่วนของการบูรณาการภายในจะมีการจัดทำแผนชุมชน ซึ่งกระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการ และแผนพัฒนาตำบลซึ่งท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการ จนกระทั่งออกมาเป็นข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่าย และกลายเป็นกิจกรรม/โครงการต่างๆ ส่วนการบูรณาการภายนอกเป็นเรื่องของมูลนิธิและองค์กรที่เราประสานขอรับการสนับสนุน จากนั้นก็จะนำเสนอโครงการ และออกมาเป็นกิจกรรม/โครงการต่างๆ เช่นเดียวกัน ซึ่งทั้งหมดนำไปสู่เป้าหมายในการทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ทำงานร่วมกับ มส.ผส. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่างาม และโรงพยาบาลอินท์บุรีผ่านกิจกรรม/งานผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมสามารถจับต้องได้ เช่น โครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โครงการซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุและสถานที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมอาสาสมัครจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ (รดน้ำขอพรผู้สูงอายุ) โครงการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงวัย ใส่ใจผู้สูงอายุ (กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ) กิจกรรมเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โครงการตลาดนัดการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมวัยสูงอายุ โครงการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนวัยสูงอายุ โครงการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานศาลาสร้างสุขผู้สูงวัย (ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ) โครงการบ้านน่าอยู่สำหรับคนพิการและผู้สูงอายุของมูลนิธิอาสาเพื่อนพึ่ง (ภา) ยามยาก สภากาชาดไทย

นอกจากนี้ Anilkrishna และคณะ (2012:525) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบร่วมมือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในชุมชนจากการสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุพบว่าการดูแลผู้สูงอายุแบบร่วมมือระหว่างชุมชนกับระบบการดูแลสุขภาพได้แก่ โรงพยาบาลปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพจิต โดยมีเป้าหมายพัฒนารูปแบบการประเมินภาวะซึมเศร้าและการวินิจฉัย และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าที่มีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานสุขภาพกับชุมชนหลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่ได้พัฒนาเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีอาการซึมเศร้าลดลงและชุมชนให้ความสนใจและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งมีกิจกรรมในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสมาชิกในชุมชน

Harkness ana DeMarco (2012:465) กล่าวว่า แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังโดยใช้ชุมชนเป็นฐานพัฒนามาจากการระบบการบริการสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลปฐมภูมิ นักพัฒนาครอบครัว และนักพัฒนาชุมชน การดำเนินการดูแลนั้นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพต้องใช้ความรู้ ทักษะเฉพาะและเน้นการดูแลสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน การดูแลในบริบทของชุมชน (Care within the Context of Community) จะตระหนักถึงบริบท วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ แหล่งประโยชน์ ครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเข้าถึงระบบสุขภาพในการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ระหว่างเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ในลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยผ่านกระบวนการประสานความร่วมมือในการดูแล (Collaborative Care) ร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เป็นต้น จะมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบร่วมกันมีการวางแผนและตั้งเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน

Chapman และคณะ (2003:253) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้นควรใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ ค้นหาและใช้ทุนทางสังคม และประสานการทำงานร่วมกันหลายฝ่ายและให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องตามปัญหาความต้องการแบบองค์รวม มีแนวปฏิบัติ ดังนี้ 1) การประเมินชุมชนเพื่อประเมินความต้องการของชุมชนและสิ่งที่ต้องการให้เปลี่ยนแปลงรวมทั้งการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพและค้นหาทุนทางสังคมในชุมชน ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคม เครือข่าย กลุ่มคน ความผูกพันของคนในชุมชน ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชน ก่อนนำไปสู่การดำเนินการ 2) การวางแผนดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนาแผนการดูแล กำหนดเป้าหมาย และวิธีการ ที่เหมาะสม ควรเปิดโอกาสให้

ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนการดูแลที่สอดคล้องตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม 3) การดำเนินการตามแผนการดูแล และ 4) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาหลักการเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ดังกล่าวในข้างต้น สังเคราะห์หลักการการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ได้ดังเป้าหมายในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ดูแลและแก้ปัญหาแบบองค์รวม ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บูรณาการความรู้จากสหสาขาวิชาชีพในการดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน มีการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ การดูแลและป้องกันปัญหาเชิงรุก ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในบริบทของชุมชน (Care within the Context of Community) การเข้าถึงระบบสุขภาพในการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ระหว่างเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย พัฒนากระบวนการประสานความร่วมมือในการดูแล (Collaborative Care) ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้ 1) การประเมินชุมชนเพื่อประเมินความต้องการของชุมชนและสิ่งที่ต้องการให้เปลี่ยนแปลงและค้นหาทุนทางสังคมในชุมชน 2) การวางแผนดูแลผู้สูงอายุ กำหนดเป้าหมาย และวิธีการโดยผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผน 3) การดำเนินการตามแผนการดูแล และ 4) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชน มีดังนี้

วันเพ็ญ ปัณราช และคณะ (2010: 360) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนใช้เวลาในการศึกษาในพื้นที่เป็นเวลา 12 เดือน ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้สูงอายุ 140 คน สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ 20 คน ผู้นำชุมชน 11 คน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน การศึกษาวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ การวิจัยระยะที่ 1 เป็นระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ ความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางอย่างและต้องพึ่งพาผู้อื่นบางอย่าง 3) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และ 4) ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแล ส่วนด้านปัญหาและความต้องการดูแล ประกอบด้วย 1) การต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วย 2) ต้องการความมั่นคงด้านการเงิน 3) ต้องการอยู่ในครอบครัวกับลูกหลาน และ 4) ต้องการการยอมรับจากชุมชน สำหรับรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การดูแลในลักษณะของภาคีหุ้นส่วนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในลักษณะของความสัมพันธ์ในแนวราบ 2) อยู่บนฐานของทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน 3) การดูแลนี้จะมีส่วนในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน และ 4) ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนช่วยเหลือของศูนย์สุขภาพชุมชน องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น และ

ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมประกอบด้วย 1) มีระบบสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับลูกหลาน และ 3) ดำเนินการให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและกองทุนชุมชน เพื่อให้เป็นสวัสดิการในการให้การดูแลช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

กวินารัตน์ สุทธิสุคนธ์ และ คณะ (2557) ศึกษาศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นในการจัดการดูแลผู้สูงอายุทุพพลภาพในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นในการจัดการดูแลผู้สูงอายุทุพพลภาพในชุมชน ปัญหาอุปสรรค ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน และข้อเสนอแนะโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยพบว่า องค์กรท้องถิ่นมีการจัดการดูแลผู้สูงอายุทุพพลภาพโดยใช้หลักการจัดการ 4 M ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร ผู้บริหารนายกเทศบาล อบต. และหน่วยงานสาธารณสุข อสม. ลงเยี่ยมบ้าน 2) ด้านงบประมาณ สนับสนุนงบประมาณให้เจ้าหน้าที่รพสต. อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือ และ 4) ด้านการจัดการ มีการจัดตั้งโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน การจัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. สื่อสารประชาสัมพันธ์ บริการรถ-รับส่งผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง ความต้องการของผู้สูงอายุทุพพลภาพ คือ ต้องการให้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care Center) ในชุมชน มีบุคลากรทางการแพทย์ หรือ ผู้ที่ผ่านการอบรมดูแลผู้สูงอายุสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดูแล มีการปรับภูมิทัศน์สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเริ่มต้นเดือนละ 1,000 บาท และมีสายด่วนโดยตรงกับเทศบาล หรือ อบต. ในพื้นที่สำหรับติดต่อประสานงานเวลามีเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ องค์กรท้องถิ่นไม่มีบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุทุพพลภาพ และขาดความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัว ข้อเสนอแนะ คือ เครือข่ายภาคี ครอบครัว ชุมชน ควรบูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยการจัดอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล สนับสนุนเงิน หรืออุปกรณ์ออกกำลังกายและเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งร่วมจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care Center)

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาญ และคณะ (2012) ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจชุมชนแบบเร่งด่วน ศึกษาข้อมูลมือสอง การสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา สะท้อนแนวคิด และการสอบทานข้อมูล ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 2) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม และการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทาง และ 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ เริ่มต้นจากการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับบุคคล และระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชน ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับ

เป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

จินตหรา เดชบุรัมย์ และคณะ (2556) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มุ่งศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ขาดโอกาสทางสังคม และพัฒนาภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 857 ราย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่มติดสังคมจำนวน 817 ราย 2) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 29 ราย 3) กลุ่มติดเตียง จำนวน 11 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 40 ราย กระบวนการดำเนินงานวิจัยมี 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) ก่อนดำเนินการ เช่น การประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนการดำเนินงานร่วมกัน แต่งตั้งคณะกรรมการ 2) ขณะดำเนินการ เช่น การออกเยี่ยมบ้านโดยทีมงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ 3) หลังดำเนินการ เช่น ประเมินผลและติดตามผลเครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินกระบวนการเยี่ยม (IN-HOME-SSS) และแบบประเมิน ADL ผลการวิจัยจากกระบวนการดำเนินการตามวงจรเดมมิ่ง (Deming) P–D–C–A (Plan Do check Action) พบว่า หลังการดำเนินการผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมีพัฒนาการด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องพึ่งพาคนอื่นลดลง จากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 5 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ที่สามารถดูแลตัวเองได้แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ลดลง จากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 22.5

เจริญชัย หมื่นห่อ (2012: 43-54) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านราชควาย ตำบลนาราชควาย อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) เป็นเครื่องมือในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมวางแผนโดยการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนไทยลาวอีสานและไทยเวียดนาม ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มและใช้เป็นที่สำหรับทำนาปลูกข้าว มีประชากรจำนวน 3,331 คน มีปัญหาทางด้านสุขภาพป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปวดเอว การจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุในชุมชน (Appreciation) 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนา (Influence) และ 3) ขั้นตอนการกำหนดแนวปฏิบัติ (Control) เป็นการนำโครงการมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการอย่างละเอียด ซึ่งประกอบด้วย โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย โครงการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และโครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผลการดำเนินโครงการ พบว่า ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดีขึ้น ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและมีความสุข

อังคณาพร สอนง่าย และคณะ (2551) ศึกษาการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก: ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทของอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เป็นการศึกษาใน

ระยะที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ วิธีการดำเนินการวิจัยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์ลึก และการสังเกต) และเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อาศัยอยู่กับคู่สามีภรรยาหรือกับครอบครัวที่มีลูกหลานอยู่ด้วย รายได้ได้รับจากลูกหลาน ลูกสาวหรือผู้สูงอายุหญิงจะมีบทบาทในการปรุงอาหาร กิจวัตรประจำวัน คือ การทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เลี้ยงหลาน ช่วยงานในไร่นา หรือนอนเล่นกับบ้าน ปัญหาสุขภาพที่พบมีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพกายที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ต้อกระจก ไขมันในเลือดสูง โรคกระเพาะอาหาร และโรคเก๊าท์ เป็นต้น และใช้บริการด้านสุขภาพจากศูนย์บริการสุขภาพหรือซื้อยารับประทานเอง ปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ความเครียด สาเหตุเนื่องจากเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมชมรม พบว่า ผู้สูงอายุหญิงเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากกว่าผู้สูงอายุชาย เหตุผลที่เข้าร่วมเพราะต้องการตรวจสุขภาพ ชอบออกกำลังกาย มีความสุขที่ได้พบหมอ กลัวจะถูกตัดเงิน 500 บาทจาก อบต. สำหรับผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ชอบออกกำลังกายอยู่กับบ้านด้วยตนเอง ทำงานบ้านหรืองานในไร่นา ดูทีวี หรือพูดคุยกับกลุ่มเพื่อนตามความสนใจมากกว่า และพบว่า ในชุมชนมีกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ได้แก่ กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นทุกเดือนๆ ละครั้งได้รับงบสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ละ 400 บาทต่อครั้ง กิจกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มแกนนำเยาวชนของตำบลที่ได้รับงบสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเวลา 1 ปี กิจกรรมที่จัด ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต สันทนาการ และการนวดแพทย์แผนไทย เป็นต้น งานวิจัยเรื่องนี้ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการ แผนที่ต้องดำเนินการต่อคือ การประชุมวางแผนร่วมกันระหว่างวิทยาลัยฯ ทีมสุขภาพ และแกนนำของชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อหาแนวทางที่วิทยาลัยจะมีส่วนช่วยเหลือชุมชนในการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ต่อไป

สุมาลี เอี่ยมสมัย และคณะ (2555) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่างขึ้นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 2) หาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือมีปัญหาโรคเรื้อรัง และไม่มีผู้ดูแลในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง จำนวน 17 คน และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง จำนวน 46 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสำรวจการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการดูแลผู้สูงอายุ ความคิดเห็น และศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่างอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ค่าสถิติคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test, One way ANOVA และ Content analysis ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่างภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่างภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในการดูแลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแนะนำวิธีการให้ความรู้ เอกสารและแหล่งเรียนรู้ต่างๆ รวมทั้งพี่เลี้ยงเพื่อเป็นที่ปรึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ SINGTONG MODEL ประกอบด้วย Superintendent, Individual, Network, Government, Team Organization, Nice, Group Home การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละครั้งมีการ

ดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกต 4) ขั้นสะท้อนผล 5) ขั้นปรับปรุง ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นและศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นและศักยภาพของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทิตยาวดี อินทรางกูร (2552:102) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาวิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครในชุมชนออัดเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่อพัฒนาวิธีการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายคือ อาสาสมัคร 10 คน ผู้สูงอายุ 50 คน รวม 60 คน พื้นที่ศึกษาเลือกแบบเจาะจง คือ ชุมชนหน้าสถานีรถไฟ เทศบาลเมืองบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง สังเกตจดบันทึกอย่างมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินงาน และประเมินผล ผลการศึกษา พบว่า 1) จากการศึกษาสภาพการณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องรับยาประจำ มีพฤติกรรมดูแลส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม อปท. ให้ความสำคัญการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย หน่วยงานมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไม่ชัดเจน เน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย 2) การพัฒนางาน พบว่า อาสาสมัครให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัวได้เหมาะสม มั่นใจและใช้คู่มือในการดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้อง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีความพึงพอใจในการทำงาน ด้านผู้สูงอายุให้ความสนใจการดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ตื่นตัวการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนมีความพึงพอใจที่ชุมชนให้การดูแล ครอบครัวหรือผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุได้เหมาะสม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีนโยบายและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน ชุมชนมีส่วนร่วม เกิดการประสานงานและทำงานเป็นทีม

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชน กล่าวโดยสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพเป็นโรคทางกายและทางจิตใจ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา วางแผนช่วยเหลือและวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการประสานงานกับระบบสุขภาพและทำงานเป็นทีมและมีการประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.8 เทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling)

2.8.1 ความหมาย

การเล่าเรื่อง (Story telling) เป็นวิถีทางในการเก็บข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ถือว่าเป็นวิธีวิทยาเรื่องเล่า (Narrative Method) ที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรื่องของผู้ให้ข้อมูลผ่านวิธีการเล่าเรื่อง ให้ความสำคัญกับเสียงและประสบการณ์ที่ผ่านการเล่าเรื่องโดยผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยทราบและรับรู้ถึงชีวิตของผู้ให้ข้อมูล การเล่าเรื่องจึงเป็นวิถีที่ทำให้เกิดการค้นพบ ค้นหา และความหมายของเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาจากผู้ให้ข้อมูล การประยุกต์ใช้เรื่องเล่าจึงต้องมีการประยุกต์ใช้และศึกษาอย่างเป็นองค์รวมโดยไม่ละทิ้ง เพิกเฉย ต่อรายละเอียดต่างๆที่ปรากฏในเรื่องเล่านั้น นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญคือ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะต้องเล่าเรื่องของตัวเองในภาษาของตน ภาษาเป็นพลังในการจัดระบบเรื่องเล่า และเป็นแม่พิมพ์ของเรื่องเล่า เรื่องเล่ามีความแตกต่างหลากหลายขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของผู้เล่าแต่ละบุคคล การวิเคราะห์เรื่องเล่าจึงต้องวิเคราะห์ผ่านโครงสร้างของภาษาที่ใช้ รูปแบบในการเล่าเรื่องมิได้เพียงสะท้อนลักษณะเฉพาะของผู้เล่าเท่านั้น

โครงสร้างของเรื่องเล่าเองยังสามารถแสดงถึงสถานภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มุมมองต่อภาษา ตัวตน และโลกของผู้เล่าเรื่องได้ด้วย

Van Manen (1991) และ Bishop and Glynn (1999) ให้ความหมายการเล่าเรื่องในลักษณะเดียวกันว่า การเล่าเรื่องเป็นรูปแบบของการสร้างทฤษฎีในชีวิตประจำวัน ผ่านเรื่องเล่า ซึ่งช่วยให้เข้าใจเรื่องทั้งที่เป็นรูปธรรม นามธรรมและสามารถเข้าถึงได้

นอกจากนี้ Atkinson (2006) ได้นิยามการศึกษาประวัติชีวิตหรือเรื่องเล่าประสบการณ์ชีวิตว่าเป็นเรื่องที่บุคคลเลือกที่จะเล่าเกี่ยวกับชีวิตตนเอง เป็นการบอกเล่าที่สมบูรณ์และซื่อสัตย์เท่าที่จะทำได้ การบอกเล่าจะขึ้นอยู่กับความทรงจำและสิ่งที่ผู้เล่าต้องการจะให้ผู้อื่นรู้ โดยมักเป็นการสัมภาษณ์ที่มีการชี้นำในที่นี้คือผู้วิจัยเพื่อให้เป็นไปตามกรอบของการศึกษา เรื่องของระยะเวลานั้นสามารถครอบคลุมได้ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยสิ่งที่เล่านั้นมักรวมเอาเหตุการณ์สำคัญ ประสบการณ์ และความรู้สึกในช่วงชีวิต ร้อยเรียงเข้าด้วยกัน เพื่อผู้เล่าจักเป็นส่วนหนึ่งของประวัติศาสตร์สังคม โดยรูปแบบในการนำเสนอประวัติชีวิตนั้นอาจทำได้ในหลายวิธี แต่มีหลักการคือ เป็นการบอกเล่าให้คนอื่นทราบว่าเราเป็นใครและตัวเราเข้าไปเกี่ยวข้องกับอะไรผ่านสิ่งที่ทำในชีวิตประจำวันและในทุกขั้นตอนของชีวิตเป็นอย่างไร มีการแบ่งปันตัวตนของเรากับคนที่มาเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นความโดดเดี่ยว สังคม หรือการเล่นในวัยเด็ก พิธีกรรมช่วงเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นการแต่งงาน หรือ การเลี้ยงอำลาเกษียณอายุ ฯลฯ ดังนั้นความทรงจำ ประสบการณ์ และคุณค่าร่วมต่างๆ เหล่านั้นจะมีชีวิตชีวาขึ้นมาอีกครั้งผ่านการบอกเล่าสู่ผู้อื่นในเรื่องเกี่ยวกับตนเอง หรือเป็นการนำสิ่งเหล่านั้นเก็บไว้ในรูปแบบที่ยืนนานกว่าตัวเราเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า เรื่องที่ใช้ในการเล่าในที่นี้หมายถึงเรื่องเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต การที่ผู้เล่านำประสบการณ์ของตนมาเล่านั้น ทำให้ผู้เล่ามีอำนาจในการต่อรอง เนื่องจากความเชื่อที่ว่า การเล่าเรื่องของตนเอง ไม่มีใครรู้ดีไปกว่าผู้เล่า เรื่องเล่ายังเป็นสิ่งที่อยู่ในชีวิตประจำวันที่เราได้ปฏิบัติในทุกวัน การเล่าเรื่องผู้เล่าถือเป็นองค์ประธานที่ไม่สามารถแยกอารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติจากสิ่งที่เล่า เรื่องเล่าถูกประกอบสร้างจากมิติของเวลา ภูมิศาสตร์ การเมือง วัฒนธรรม และสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดรูปแบบของการเล่าเรื่องที่แตกต่างกันออกไป เรื่องเล่าจึงทำหน้าที่ตอบโต้และเปิดเผยให้เห็นถึงกลไกการทำงานของระบบโครงสร้างทางสังคมที่ครอบงำปัจเจกนั้นๆอยู่ ซึ่งผู้เล่าได้แสดงออกมาในเนื้อหาเหล่านั้น ดังที่ Robert Atkinson (1998 อ้างใน กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ ,2552) ได้กล่าวใน Contexts and Use of Life Stories ว่าเรื่องเล่าหรือการศึกษาประวัติชีวิตนั้น ความสำคัญอยู่ที่ความพยายามทำความเข้าใจตำแหน่งของผู้อื่นในชีวิต หรือการอธิบายตัวเองที่สัมพันธ์กับคนอื่น เพื่อให้เสียงเหล่านั้นเป็นที่ได้ยิน เพื่อให้ผู้เล่าได้พูดเพื่อตนเองและพูดเกี่ยวกับตนเองก่อน Atkinson เชื่อว่าหากเราต้องการรู้จักประสบการณ์และทัศนะของปัจเจกบุคคล หนทางที่ดีที่สุดคือการฟังเจ้าของเสียงนั้น ดังนั้นในการเล่าเรื่องจึงควรจะเล่าจากถ้อยคำของเจ้าของเรื่องเอง ในแง่นี้ผู้เล่าจึงเป็นผู้ตีความคนแรก ผ่านการสร้างความจริงส่วนตัว และเรื่องที่เล่า ส่วนผู้ศึกษาก็คือผู้ที่เข้าไปเรียนรู้จากสิ่งที่ต้องการ (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ ,2552)

อย่างไรก็ดี แม้ว่าการใช้เทคนิคการเล่าเรื่องนั้น ผู้เล่าเรื่องจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญมากที่สุด แต่หากผู้ใช้เทคนิคดังกล่าวขาดทักษะที่สำคัญในการใช้เทคนิคการเล่าเรื่องนั้น ก็อาจส่งผลความสมบูรณ์ของเรื่องเล่าตามที่ผู้วิจัยต้องการคำตอบมาเพื่อตอบคำถามในการศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยที่ใช้เทคนิคการเล่าเรื่องควรมีทักษะที่สำคัญในการดำเนินการดังนี้ (Barbara Czarniawska, 2004 อ้างใน กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ ,2552) ดังนี้ 1) ทักษะการสังเกตการสร้างเรื่องราวที่เกิดขึ้น ต้องมีทักษะการจำแนกความแตกต่างระหว่างเรื่องราวในฐานะสิ่งที่เกิดขึ้นไล่เรียงไปตามระยะเวลา (Chronological accounts) และเรื่องราวในฐานะที่เป็นเรื่องเล่าที่

มีการกำหนดโครงเรื่อง (Emplotted narratives) ทั้งนี้ การทำความเข้าใจกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นอย่างไล่เรียงไปตามเวลาปฏิทินนั้นมีลักษณะเป็นการย้อนนึกไปในอดีต (retrospective process) แต่ทว่า ไม่ได้แสดงให้เห็นว่า เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นร้อยรัดเข้าด้วยกัน ในลักษณะของเรื่องเล่ากันได้อย่างไร 2) ทักษะการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เป็นการที่คนสองคนมาแสวงหาความรู้ร่วมกันและทำความเข้าใจต่อกันโดยอาศัยบทสนทนาที่เป็นบทสนทนาอันแสนธรรมดาอย่างที่สุด การสัมภาษณ์เป็นเสมือนการปฏิสังสรรค์และเป็นพื้นที่แห่งการผลิตเรื่องเล่าให้เกิดขึ้น โดยนำทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic interactionism) มาเป็นฐานคิดในการสัมภาษณ์ของนักวิจัยแนวเรื่องเล่า 3) ทักษะการทำความเข้าใจการหลีกเลี่ยงชี้แจงเหตุผลของคู่สนทนา ผู้วิจัยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลอะไร เมื่อเรามีพันธะอยู่กับพฤติกรรมการกระทำที่เกิดขึ้นเป็นประจำ และการกระทำนั้นสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมที่ให้การยอมรับต่อพฤติกรรมนั้นๆ 4) ทักษะการตีความเรื่องราว (Interpret the stories: what do they say?) 5) ทักษะการวิเคราะห์เรื่องราว (Analyze the stories: how do they say?) หรือการอ่านเรื่องเล่า (Reading narratives) เป็นการวิเคราะห์และการตีความหมายเรื่องราวที่คู่สนทนาได้พูดคุยกับนักวิจัย ได้พัฒนา “การตีความสามระดับ” (Hermeneutic triad) ขึ้นมาเป็นเครื่องมือช่วยในการจำแนกแยกแยะและวิเคราะห์ตีความเรื่องราวของนักวิจัยแนวเรื่องเล่า คือ การสร้างความกระจ่างชัด (Explication) การอภิปรายความ (Explanation) และการสำรวจค้น (Exploration) 6) ทักษะการรื้อสร้างเรื่องราว (Deconstruct the stories: unmake them) คือการถอดความให้เห็นตรรกะที่มีความหมายอันขัดแย้งกัน 7) ทักษะการสร้างเรื่อง (Put your own story) และ 8) ทักษะการแยกแยะ/เชื่อมโยงกับเรื่องราวอื่นๆ (Set it against/together with other stories) (กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ ,2552)

2.8.2 ขั้นตอนการทำ Story telling

ในการศึกษาที่ใช้เรื่องเล่าในการศึกษามักเน้นความหมายของภาษา (Narrative semantics) โดยเน้นแนวเรื่องเล่าที่รวมศูนย์ความสนใจอยู่ที่เนื้อหา (contents) อันมากมายของเรื่องเล่าที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของบุคคลผู้เล่าเรื่องเป็นสำคัญ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาที่มีมาตรฐาน (Standard content-analytic techniques) ในการวิเคราะห์เรื่องราว หรือสิ่งที่นักวิจัยเก็บรวบรวมในลักษณะของเรื่องเล่า เช่น การถามด้วยคำถามที่เปิดให้ผู้ตอบเล่าเรื่องราว การวิจัยแนวเรื่องเล่าที่เน้นความหมายของภาษาหรือความหมายของเรื่องเล่า บางครั้งเรียกว่า การวิจัยเรื่องเล่าที่มีศูนย์กลางอยู่ที่ประสบการณ์ (experience-centred narrative research) (Wendy Patterson, 2008 อ้างใน กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ ,2552) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ คือ

1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักวิจัยและผู้เล่าเรื่อง โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา สิ่งที่ต้องการศึกษาหรือต้องการให้เล่าแก่ผู้ให้ข้อมูลและแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้ให้ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้เปิดเผย เช่น ชื่อนามสกุล

2) ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องจากจากประสบการณ์และนำถ้อยคำที่มีการพูดออกมาไปสู่การเรียบเรียงเป็นตัวบทลายลักษณ์อักษร ตรวจสอบว่ามีความครบถ้วนและน่าเชื่อถือได้ เพียงไร โดยในการเล่าเรื่องนักวิจัยได้ให้ผู้เล่าเรื่องตามวัตถุประสงค์การศึกษาโดยในเรื่องเล่าแต่ละเรื่อง ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญดังต่อไปนี้ (Eric Miller,2011)

2.1) ตัวละครในเรื่องเล่า (Characters) มีใครบ้าง

2.2) สถานที่ (Place)

2.3) เวลา (Time) : ต่อเนื่อง หรือ ก้าวข้ามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2.4) เค้าโครงเรื่อง (Storyline or Plot)

2.5) องค์ประกอบทางประสาทสัมผัส (Sensory Elements): กลิ่น รส สี พื้นผิวและอื่นๆ

2.6) วัตถุ (Objects) : เช่น เครื่องแต่งกาย ของใช้

2.7) ลักษณะทางกายภาพและทัศนคติของตัวละคร (Physical gestures, and attitudes)

2.8) อารมณ์ความรู้สึกในเรื่อง (Emotions in the story) : ตัวละคร ผู้เล่าและผู้ฟัง

2.9) มุมมองของผู้เล่าเรื่อง (Narrator's Point of View) : ใครเป็นคนเล่า? เป็นเรื่องราวที่ถูกบอกโดยตัวละครในเรื่องนี้หรือไม่?)

2.10) โทนเสียงและลักษณะเสียงของผู้เล่า (Narrator's Tone of Voice, Style): สบายๆ เป็นทางการ อื่น ๆ ?)

2.11) ใจความสำคัญของเรื่อง (Theme) : ความหมาย ศีลธรรม ข้อความ ความคิด) ซึ่งองค์ประกอบข้อนี้ได้มาจากการวิเคราะห์ สรุปจากองค์ประกอบที่ 2.1 - 2.10

3) ผู้วิจัยตีความหมายจากเรื่องเล่านั้น

2.8.3 การนำ Story telling ไปใช้

ในการนำ Story telling ไปใช้นั้นสามารถนำไปในใช้ได้หลายลักษณะโดยเฉพาะการนำไปใช้โดยอาศัยพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) เป็นแนวทางในการนำไปใช้ เช่น ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ใช้ในการแปลงความรู้ที่ไม่ชัดแจ้ง (Tacit Knowledge) ให้เป็นความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ใช้ในการช่วยยกระดับ/เพิ่มคุณค่า ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล ใช้ในการเพิ่มช่องทางการแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ และ Best Practice ใช้เป็นเครื่องมือสำคัญช่วยในการพัฒนาวัฒนธรรมการทำงาน การเรียนรู้ และการร่วมมือของบุคคลในองค์กรอย่างสร้างสรรค์ รวมทั้งนำใช้เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ด้วยการออกแบบกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะการออกแบบกิจกรรมนั้น ผู้ใช้เรื่องเล่าต้องพิจารณาว่าเรื่องเล่าจะนำไปใช้อย่างไร โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังต่อไปนี้

1) เรื่องเล่าที่นำมาใช้นั้นสามารถกระตุ้นและมีค่าน่าจดจำเพียงพอสำหรับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในการเรียนรู้หรือไม่ และถ้าเป็นเช่นนั้นเพราะเหตุใด

2) ผลลัพธ์ที่ต้องการให้กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในการเรียนรู้ได้รับคืออะไร

3) ผลลัพธ์เหล่านี้สามารถวัดได้หรือไม่ และถ้าได้ จะวัดอย่างไร

4) กิจกรรมการเล่าเรื่องลักษณะใดที่เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในการเรียนรู้

5) เราจะจัดการกับการเปิดเผยเรื่องราวที่ไม่เหมาะสมอย่างไร

6) กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในการเรียนรู้และผู้ใช้เรื่องเล่าต้องใช้อะไรเพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมบ้าง

7) ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมเล่าเรื่อง การทดลอง อุปกรณ์

8) ใครเกี่ยวข้องในช่วงต่างๆ เช่น ช่วงการออกแบบกิจกรรม การทดลอง และการสะท้อนผล

9) เมื่อใดที่กิจกรรมจะพร้อมใช้กับกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในการเรียนรู้

10) มีการประเมินกิจกรรมอย่างไร

2.8.4 งานวิจัยที่ใช้ Story Telling

งานวิจัยที่นำเทคนิคการเล่าเรื่องไปใช้นั้นมักเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องการข้อมูลที่มีความลุ่มลึกและเน้นความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคล เช่น

จรรยา รับศิริเจริญ (2552) ศึกษาการประยุกต์ใช้เทคนิคการสังสรรค์อย่างอิสระในการทำวิจัยเรื่องเล่า: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้กระทำและผู้ถูกกระทำจากความรุนแรงในครอบครัว พบว่า เป็นไปตามขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นสร้างความสัมพันธภาพก่อนใช้เทคนิคเล่าเรื่อง ขั้นตอนการใช้เทคนิคเรื่องเล่า ผู้วิจัยมักใช้เทคนิค/ทักษะ 4 ประการ คือ ทวนความ ใช้คำถามปลายเปิด สะท้อนความรู้สึก และสรุปความ และขั้นการประยุกต์ใช้เทคนิคการสังสรรค์อย่างอิสระ พบว่า ต้องใช้เสริมกันทักษะอื่นๆ เช่น ทักษะการฟัง นอกจากนี้ยังพบว่า ทักษะการฟังเป็นทักษะที่สำคัญที่สุดในการใช้เทคนิคการเล่าเรื่องและต้องตระหนักถึงปัญหาเชิงจริยธรรมอย่างเคร่งครัดทุกขั้นตอน

ปฤษณา ชนะวรรษ และคณะ. (2556). ศึกษาการเรียนรู้ความพอเพียงของชีวิตในเรือนจำและชีวิตหลังได้รับอิสรภาพโครงการกำลังใจฯ : การน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในเรือนจำด้วยวิธีวิทยาการศึกษาจากเรื่องเล่า โดยการศึกษาเรื่องเล่าของผู้ต้องขังซึ่งมีเรื่องเล่าของตนเองที่หลากหลาย การเข้าถึงเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตของผู้ต้องขังอย่างละเอียด นับตั้งแต่ประวัติศาสตร์ของชีวิต การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว การศึกษา ชีวิตในวัยเด็ก เส้นทางของการก้าวพลาดในชีวิตสู่การเป็นผู้ต้องหาและผู้ต้องขัง ประสบการณ์ชีวิตที่ได้เรียนรู้ในเรือนจำและเรือนจำชั่วคราว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอบรมและการปฏิบัติหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและความพร้อมในการน้อมนำเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ในชีวิตประจำวันหลังพ้นโทษ ทั้งนี้ ผู้วิจัยต้องศึกษาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ต้องขังซึ่งหมายรวมผู้บริหารของเรือนจำ ผู้คุมหรือเจ้าหน้าที่ในเรือนจำและเจ้าหน้าที่ควบคุมความประพฤติของสำนักงานคุมประพฤติด้วย

บทที่ 3
ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยสาเหตุทางจิตสังคมและผลของการเป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลของผู้สูงอายุไทยครั้งนี้ รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนดำเนินการสำรวจและวิเคราะห์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 (ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1-3)

หน่วยตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) โดยเลือกจากพื้นที่ครอบคลุม 6 ภูมิภาค โดยการสุ่มหลายขั้นตอน จำนวน 2 จังหวัดในแต่ละภูมิภาค (ดังแสดงรายชื่อจังหวัดกลุ่มตัวอย่างในตาราง 3.1) ในแต่ละจังหวัดสุ่ม อบต. ที่เป็นเขตใน-นอกเมือง แล้วเลือกตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใกล้ชิด และ อสม./อผส. ทั้งนี้ ในส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

ตาราง 3.1 รายชื่อจังหวัดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยระยะที่หนึ่ง

ภูมิภาค	จังหวัดที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง	ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2556[1]		จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยระยะที่หนึ่ง (คน)		
		จำนวนผู้ป่วยคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (คน)	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ร้อยละ)	ผู้สูงอายุ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน
ภาคกลางและตะวันออก	สมุทรปราการ	23,647	25.83	90	90	30
	ฉะเชิงเทรา	13,238	29.36	90	90	30
ภาคเหนือ	น่าน	9,150	34.46	90	90	30
	เชียงราย	22,870	35.14	90	90	30
ภาคใต้	สงขลา	24,684	32.06	89	90	30
	ยะลา	8,288	30.54	90	89	30
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน	นครพนม	15,111	40.42	90	90	30
	สกลนคร	24,210	33.16	90	90	30
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	นครราชสีมา	56,797	30.73	84	97	32
	อุบลราชธานี	38,986	42.48	90	90	30
ภาคตะวันตก	ราชบุรี	16,591	29.41	90	90	30
	เพชรบุรี	9,201	31.26	89	90	30
			รวม	**1,072**	**1,086**	**362**

[1] กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2556*.

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติคือ เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล หรือมีแนวโน้มหรือความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคดังกล่าว (เช่น กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่เช่น แผ่นดินไหว ครอบครัวที่มีหนี้สิน พิการทางร่างกาย เป็นต้น), มีความเต็มใจในการให้สัมภาษณ์, อยู่ในจังหวัดนั้นๆ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,072 คน ส่วน**ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดรายบุคคล** คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ที่ดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง (จาก 24 ชั่วโมง) เช่น ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน บุตรหลาน ญาติ พยาบาลส่วนตัว เป็นต้น ที่สามารถอ่านออกเขียนได้, มีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม, อยู่ในจังหวัดนั้นๆ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,086 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างประเภทสุดท้าย คือ **ทีมงานเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน** คือ ทีมงานผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น ที่สามารถอ่านออกเขียนได้, มีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม, อยู่ในจังหวัดนั้นๆ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 362 คน

การวิจัยระยะที่ 2 (ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 4)
กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 มีดังตาราง 3.2 นี้

ตาราง 3.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่สอง

ครั้งที่	กิจกรรมหลัก	กลุ่มตัวอย่าง	
		ภูมิภาค/จังหวัด	กลุ่มตัวอย่าง
1	การสำรวจสภาพแวดล้อม (environmental scanning) ในพื้นที่แต่ละจังหวัดเพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน	ภาคกลาง ต.โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 10 คน
		ภาคเหนือ ต.ส้าน จ.น่าน	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 6 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 6 คน
		ภาคใต้ ต.ระโนด จ.สงขลา	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 5 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 9 คน
		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน บ้านแมด จ.สกลนคร	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 8 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 8 คน

ครั้งที่	กิจกรรมหลัก	กลุ่มตัวอย่าง	
		ภูมิภาค/จังหวัด	กลุ่มตัวอย่าง
		ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนล่าง ชุมชนเมือง จ.นครราชสีมา	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 7 คน
		ภาคตะวันตก ต.บางแพ จ.ราชบุรี	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 6 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 6 คน
2	การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต ที่กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง ต.โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 4 คน
		ภาคเหนือ ต.ส้าน จ.น่าน	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 4 คน
		ภาคใต้ ต.ระโนด จ.สงขลา	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 4 คน
		ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบน บ้านแมด จ.สกลนคร	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 4 คน
		ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนล่าง ชุมชนเมือง จ.นครราชสีมา	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 4 คน
		ภาคตะวันตก ต.บางแพ จ.ราชบุรี	พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 3 คน
3	การสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัว เพื่อรวบรวมความรู้เกี่ยวกับอาการทางกายและจิตของผู้สูงอายุ	ภาคกลาง ต.โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา	ผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัว จำนวน 11 คน
		ภาคเหนือ ต.ส้าน จ.น่าน	ผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัว จำนวน 10 คน
		ภาคใต้ ต.ระโนด จ.สงขลา	ผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัว จำนวน 10 คน

ครั้งที่	กิจกรรมหลัก	กลุ่มตัวอย่าง	
		ภูมิภาค/จังหวัด	กลุ่มตัวอย่าง
	และวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในแต่ละชุมชน	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน บ้านแมด จ.สกลนคร	ผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัว จำนวน 8 คน
		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ชุมชนเมือง จ.นครราชสีมา	ผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัว จำนวน 10 คน
		ภาคตะวันตก ต.บางแพ จ.ราชบุรี	ผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัว จำนวน 12 คน
4	การจัดฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัยเพื่อให้ความรู้และเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการเล่าเรื่อง การแสดงบทบาทสมมติ การแลกเปลี่ยนความรู้ การดูวิดีทัศน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยเชิญพยาบาลและช่างเทคนิคเกี่ยวกับการสร้างบ้านร่วมกิจกรรมด้วยเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และในตอนท้ายของการเข้าร่วมฐานได้มีการมอบหมายงานให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวบันทึกเรื่องเล่าประทับใจของผู้สูงอายุ และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) บันทึกเรื่องการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	ภาคกลาง ต.โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 18 คน พยาบาลและช่างเทคนิคจำนวน 2 คน
		ภาคเหนือ ต.ส้าน จ.น่าน	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 10 คน พยาบาล / นักวิชาการสาธารณสุขและช่างเทคนิคจำนวน 4 คน
		ภาคใต้ ต.ระโนด จ.สงขลา	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 16 คน พยาบาลและช่างเทคนิคจำนวน 4 คน
		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน บ้านแมด จ.สกลนคร	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 10 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 10 คน
		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ชุมชนเมือง จ.นครราชสีมา	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 14 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 6 คน
		ภาคตะวันตก ต.บางแพ จ.ราชบุรี	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และ

ครั้งที่	กิจกรรมหลัก	กลุ่มตัวอย่าง	
		ภูมิภาค/จังหวัด	กลุ่มตัวอย่าง
	ผู้สูงอายุในครอบครัว รวมจำนวน 10 เรื่อง		ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 14 คน พยาบาล / นักวิชาการสาธารณสุขและช่างเทคนิค จำนวน 5 คน
5	การจัดกิจกรรม 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เรื่องเล่า” เพื่อตรวจสอบว่าหลังจากได้มีการจัดกิจกรรมการสร้างและใช้เรื่องเล่าแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล อสม./อผส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ได้มีการนำความรู้ไปใช้อย่างไรและเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง 2) การพัฒนาโมเดลผู้สูงอายุ เพื่อต้องการปรับรูปแบบกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตให้มีความสมบูรณ์ที่สุด และ 3) กิจกรรม AAR เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนในรอบใหม่ในแต่ละจังหวัดและประเมินโครงการที่กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง ต.โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา	นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน เป็นทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้วย จำนวน 3 คน เป็นเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 1 คน
		ภาคเหนือ ต.ส้าน จ.น่าน	พยาบาล จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 2 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 2 คน
		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน บ้านแมด จ.สกลนคร	พยาบาล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 2 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 2 คน
		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ชุมชนเมือง จ.นครราชสีมา	พยาบาล จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 2 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 3 คน
		ภาคตะวันตก ต.บางแพ จ.ราชบุรี	นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) จำนวน 2 คน และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 2 คน

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1 (ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1-3)

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยโดยแบ่งการดำเนินการได้ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล และตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษาข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานจริงด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2) จากผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลที่ได้ดำเนินการไปในขั้นตอนก่อนหน้า คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในระยะที่ 1 เมื่อสร้างแบบสอบถามทุกตัวแปรที่เกี่ยวข้องแล้วเสร็จ จึงได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนั้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาจำนวน 3 คน (ดังรายชื่อที่แสดงในเอกสารแนบ 1) ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้งทางด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎี ความครอบคลุมของเนื้อหาแบบสอบถาม และความเหมาะสมของรูปแบบและข้อคำถามต่างๆ

3) เมื่อได้ทำการปรับแบบสอบถาม (ฉบับร่าง) ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับตัวแทนกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานจริงด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชน จำนวน 10 คน และนำผลที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของตัวแทนเหล่านั้น และจัดรูปแบบของเครื่องมือวัดใหม่ให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภท (เช่น มีการเปลี่ยนมาใช้แบบสัมภาษณ์แทนแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ, มีการเพิ่มเติมข้อคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างการทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนในแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น)

4) ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานขอข้อมูลจำนวนและความชุกของโรคซึมเศร้าของคนไทยในกลุ่มผู้สูงอายุในภาพรวมทั้งประเทศจากกระทรวงสาธารณสุข

5) คัดเลือกจังหวัดในแต่ละภูมิภาคที่จะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยระยะที่ 1 โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ (ในระดับสูง), อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ในระดับต่ำ),และการมีเครือข่ายที่สามารถเข้าถึงพื้นที่ชุมชนนั้นๆ ได้

6) ประสานงานชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เครือข่ายผู้ประสานงานในพื้นที่ชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยมีรายละเอียดของคู่มือที่ใช้ในการชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลสำหรับผู้ประสานงานจังหวัดแสดงดังภาคผนวก ค

7) จัดทำเอกสารแบบสอบถามทั้งหมด และส่งมอบให้ผู้ประสานงานจังหวัด

8) ผู้ประสานงานจังหวัดดำเนินการเก็บข้อมูลภายในจังหวัดของตน โดยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น **ผู้สูงอายุ** ให้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ถามและกรอกข้อมูลลงไปในแบบสัมภาษณ์ (โดยผู้สัมภาษณ์ อาจเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน บุตรหลาน ญาติ พยาบาลส่วนตัว หรือผู้อื่นที่ผู้ประสานงานเห็นว่ามีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำการสัมภาษณ์ได้) โดยไม่จำกัดเวลาในการตอบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็น**ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดรายบุคคล และทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน** ให้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านและเขียนคำตอบลงในแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยไม่จำกัดเวลาในการตอบ

9) ผู้ประสานงานจังหวัดส่งแบบสอบถามที่เก็บข้อมูลแล้วเสร็จกลับมายังผู้วิจัย

การวิจัยระยะที่ 2 (ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 4)
การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยระยะที่สอง มีดังตาราง 3.3 นี้

ตาราง 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยระยะที่สอง

ครั้งที่	กิจกรรมหลัก	การเก็บรวบรวมข้อมูล
1	การสำรวจสภาพแวดล้อม (environmental scanning) ในพื้นที่แต่ละจังหวัดเพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน	ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1-29 กันยายน 2557 ณ อบต. หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการสัมภาษณ์เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือกลุ่มพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และกลุ่มที่สอง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
2	การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต ที่กรุงเทพมหานคร	ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดการสนทนากลุ่มให้กลุ่มตัวอย่างในชุมชนเดียวกันอยู่กลุ่มด้วยกัน ในวันที่ 4-5 พฤศจิกายน 2557 ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ พระรามหก กรุงเทพฯ โดยผู้วิจัยเสนอร่างโมเดลให้แต่ละกลุ่มได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็น ปรับแก้และลงข้อสรุปโมเดลที่เป็นปัจจุบันและอนาคต
3	การสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัวเพื่อรวบรวมความรู้เกี่ยวกับอาการทางกายและจิตของผู้สูงอายุและวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในแต่ละชุมชน	ผู้ช่วยนักวิจัยหรือนักวิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในแต่ละชุมชนตามคู่มือเทคนิคการใช้เรื่องเล่า (storytelling)
4	การจัดฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัยเพื่อให้ความรู้และเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการเล่าเรื่อง การแสดงบทบาทสมมติ การแลกเปลี่ยนความรู้ การดูวิดีทัศน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยเชิญพยาบาลและช่างเทคนิคเกี่ยวกับการสร้างบ้านร่วมกิจกรรมด้วยเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และในตอนท้ายของการเข้าร่วมฐานได้มีการมอบหมายงานให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวบันทึกเรื่องเล่าประทับใจของผู้สูงอายุและให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)	กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ของแต่ละฐานโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกิจกรรม สังเกตและจดบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ได้จัดกิจกรรมและเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 10-29 ธันวาคม 2557 ณ อบต. หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่	กิจกรรมหลัก	การเก็บรวบรวมข้อมูล
	บันทึกเรื่องการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมจำนวน 10 เรื่อง	
5	การจัดกิจกรรม 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เรื่องเล่า” เพื่อตรวจสอบว่าหลังจากได้มีการจัดกิจกรรมการสร้างและใช้เรื่องเล่าแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล อสม./อผส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ได้มีการนำความรู้ไปใช้อย่างไรและเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง 2) การพัฒนาโมเดลผู้สูงอายุ เพื่อต้องการปรับรูปแบบกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตให้มีความสมบูรณ์ที่สุด และ 3) กิจกรรม AAR เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนในรอบใหม่ในแต่ละจังหวัด และประเมินโครงการที่กรุงเทพมหานคร	ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดให้มีการระดมสมองและอภิปรายร่วมกัน ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2558 ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ พระรามหก กรุงเทพฯ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1 (ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1-3)

จากผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในระยะที่ 1 เมื่อสร้างแบบสอบถามทุกตัวแปรที่เกี่ยวข้องแล้วเสร็จ จึงได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนั้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาจำนวน 3 คน (ดังรายชื่อที่แสดงในภาคผนวก ก) ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้งทางด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎี ความครอบคลุมของเนื้อหาแบบสอบถาม และความเหมาะสมของรูปแบบและข้อคำถามต่างๆ จากนั้นจึงทำการปรับแบบสอบถาม (ฉบับร่าง) ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับตัวแทนกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานจริงด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชน จำนวน 10 คน และนำผลที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของตัวแทนเหล่านั้น และจัดรูปแบบของเครื่องมือวัดใหม่ให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภท (เช่น มีการเปลี่ยนมาใช้แบบสัมภาษณ์แทนแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ, มีการเพิ่มเติมข้อคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างการทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนในแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น) ทำให้ในท้ายที่สุด จึงได้มาซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลฉบับสมบูรณ์ จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์ฉบับสำหรับผู้สูงอายุ (ดังแสดงในภาคผนวก ข)
2) แบบสอบถามฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว (ดังแสดงในภาคผนวก ข)
3) แบบสอบถามฉบับสำหรับทีมงานเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ดังแสดงในภาคผนวก ข)

ทั้งนี้สามารถแสดงรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลฉบับสมบูรณ์แต่ละประเภทได้ดังต่อไปนี้

3.3.1 แบบสัมภาษณ์ฉบับสำหรับผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยให้ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แบ่งออกเป็น 7 ตอน (แสดงรายละเอียดเครื่องมือดังภาคผนวก ข) โดยแต่ละตอนมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศของผู้สูงอายุ อายุ อาชีพที่เคยทำก่อนอายุ 60 ปี อาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบัน และที่อยู่ปัจจุบันของผู้สูงอายุ

2) แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งพัฒนาโดย Radloff (1977) มีความเที่ยงตรง (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .90 สำหรับในประเทศไทย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ได้นำแบบวัด CES-D มาแปลเป็นภาษาไทยโดยถือคะแนนมาตรฐานตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป เป็นตัวชี้บ่งว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นค่าเดียวกับต้นฉบับต่างประเทศของ Radloff (1977) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยจะสอบว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับคำถามเชิงลบจะให้คะแนน 1, 2, 3, 4 ถ้าตอบว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์) นานๆครั้ง (1-2 วันใน 1 สัปดาห์) เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันใน 1 สัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5-7 วันใน 1 สัปดาห์) และให้คะแนนตรงข้ามในกรณีคำถามเชิงบวก

<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u> การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย และกำหนดให้แบ่งระดับค่าเฉลี่ยดังนี้

1.000-1.750	หมายถึง	ไม่ค่อยซึมเศร้า
1.751-2.500	หมายถึง	ซึมเศร้านานๆ ครั้ง
2.501-3.250	หมายถึง	ซึมเศร้าค่อนข้างบ่อย
3.251-4.000	หมายถึง	ซึมเศร้าบ่อยครั้ง

3) แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger) ซึ่งมีชื่อเรียกว่า State-Trait-Anxiety Inventory (STAI) Form X-I ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี, ดร.สายฤดี วรกิจโภคาทร และ ดร.มาลี นิสสัยสุข (อ้างใน ชมชื่น สมประเสริฐ 2536 : 61) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็น การประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะตอบแบบสอบถาม โดยตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือบ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์) ค่อนข้างบ่อย (3-4 วันต่อสัปดาห์) นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) และไม่เลย สำหรับการหาคุณภาพของเครื่องมือ สปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al 1970 : 11) หาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Form X-I) โดยวิธี know technique โดยทำการศึกษาในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยรัฐฟลอริดา จำนวน197 คน ใน 4 สถานการณ์ที่แตกต่างกันคือ ภาวะผ่อนคลาย ภาวะปกติ ภาวะสอบ และภาวะเครียดจากการดูภาพยนตร์ ผลปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตก

กังวลขณะเผชิญมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเรียงจากน้อยไปมากในสถานการณ์ทั้ง 4 ซึ่งแสดงว่าแบบประเมินมีความตรงตามโครงสร้างและเมื่อนำไปหาความเชื่อมั่น (reliability) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .83-.92 ส่วนการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (Form X-II) ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test retest method) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .73-.86

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย และกำหนดให้แบ่งระดับค่าเฉลี่ยดังนี้

1.000-1.750	หมายถึง	ไม่ค่อยวิตกกังวล
1.751-2.500	หมายถึง	วิตกกังวลน้อย
2.501-3.250	หมายถึง	วิตกกังวลปานกลาง
3.251-4.000	หมายถึง	วิตกกังวลมาก

4) แบบสัมภาษณ์สาเหตุและผลของภาวะซึมเศร้า เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับผลของภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 ข้อ สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วย 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่รู้ ซึ่งเวลาถามแต่ละข้อแล้วขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านทวนตัวเลือกทั้งสามตัวเลือกทุกครั้งก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบนอกจากนี้ยังเป็นการให้เวลาผู้สูงอายุได้คิดทบทวนก่อนตอบด้วย

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัด และกำหนดให้แบ่งระดับคะแนนรวมดังนี้

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

1.00-5.00	หมายถึง	ไม่ค่อยเป็นสาเหตุ
5.01-10.00	หมายถึง	เป็นสาเหตุน้อย
10.01-15.00	หมายถึง	เป็นสาเหตุปานกลาง
15.01-20.00	หมายถึง	เป็นสาเหตุมาก

ผลของภาวะซึมเศร้า

1.00-2.00	หมายถึง	ไม่ค่อยเป็นผล
2.01-3.00	หมายถึง	เป็นผลน้อย
3.01-4.00	หมายถึง	เป็นผลปานกลาง
4.01-5.00	หมายถึง	เป็นผลมาก

5) แบบสัมภาษณ์สาเหตุและผลของภาวะวิตกกังวล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะวิตกกังวล จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับผลของภาวะวิตกกังวล จำนวน 3 ข้อใหญ่ สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วย 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่รู้ ซึ่งเวลาถามแต่ละข้อแล้วขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านทวนตัวเลือกทั้งสามตัวเลือกทุกครั้งก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบนอกจากนี้ยังเป็นการให้เวลาผู้สูงอายุได้คิดทบทวนก่อนตอบด้วย

<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u> การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัด และกำหนดให้แบ่งระดับคะแนนรวมดังนี้

สาเหตุของภาวะวิตกกังวล

1.00-5.00	หมายถึง	ไม่ค่อยเป็นสาเหตุ
5.01-10.00	หมายถึง	เป็นสาเหตุน้อย
10.01-15.00	หมายถึง	เป็นสาเหตุปานกลาง
15.01-20.00	หมายถึง	เป็นสาเหตุมาก

ผลของภาวะวิตกกังวล

1.00-2.00	หมายถึง	ไม่ค่อยเป็นผล
2.01-3.00	หมายถึง	เป็นผลน้อย
3.01-4.00	หมายถึง	เป็นผลปานกลาง
4.01-5.00	หมายถึง	เป็นผลมาก

6) แบบสัมภาษณ์ความสุขใจของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นความสุขที่เกิดจากการประเมินชีวิต ความเป็นอยู่ของตนเอง ในลักษณะที่เป็นการตัดสินใจทั่วๆไป ในด้านชีวิตส่วนตัว ชีวิตครอบครัว และชีวิตสังคม ว่าความเป็นอยู่ต่างๆดังกล่าวของบุคคลดำเนินไปอย่างใกล้เคียงความคาดหวังหรือมาตรฐานที่บุคคลตั้งไว้หรือไม่อย่างไร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ซึ่งการเลือกคำตอบนั้นเมื่อผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สัมภาษณ์บอกให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบแค่ 2 ตัวเลือกก่อน คือ เห็นด้วย กับ ไม่เห็นด้วย เมื่อผู้สูงอายุเลือกได้แล้วให้ถามต่อว่าที่ เห็นด้วย นั้นเห็นด้วย มาก หรือน้อย และถ้าไม่เห็นด้วย ก็ให้ถามต่อว่า ไม่เห็นด้วย มาก หรือน้อย หลังจากผู้สูงอายุเลือกได้แล้วผู้สัมภาษณ์จึงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น อนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามว่าเห็นด้วยมาก ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถ้าเห็นด้วยน้อยให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ค่อนข้างเห็นด้วย” ในทางกลับกัน ถ้าตอบว่าไม่เห็นด้วยมาก ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่เห็นด้วย” ถ้าตอบไม่เห็นด้วยน้อยให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่ค่อยเห็นด้วย”

<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u> การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย และกำหนดให้แบ่งระดับค่าเฉลี่ยดังนี้

1.000-1.750	หมายถึง	ไม่ค่อยมีความสุขใจ
1.751-2.500	หมายถึง	มีความสุขใจปานกลาง
2.501-3.250	หมายถึง	มีความสุขใจมาก
3.251-4.000	หมายถึง	มีความสุขใจมากที่สุด

7) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นการประเมินของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพของการที่ตนได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมในด้านต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านสิ่งของที่จับต้องได้ (Tangible Support)

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) และการสนับสนุนด้านเครือข่าย (Network support) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งโดยการถามให้ผู้สูงอายุตอบ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ไม่ค่อยจริง และไม่จริงเลย ซึ่งการเลือกคำตอบนั้นเมื่อผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สัมภาษณ์บอกให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบแค่ 2 ตัวเลือกก่อน คือ จริง กับ ไม่จริง เมื่อผู้สูงอายุเลือกได้แล้วให้ถามต่อว่าที่ตอบจริงนั้น มาก หรือน้อย และถ้าตอบไม่จริง ก็ให้ถามต่อว่าไม่จริงมาก หรือน้อย หลังจากผู้สูงอายุเลือกได้แล้วผู้สัมภาษณ์จึงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น อนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามว่าจริงมาก ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “จริงที่สุด” ถ้าจริงน้อยให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ค่อนข้างจริง” ในทางกลับกัน ถ้าตอบว่าไม่จริงมาก ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่ค่อยจริง” ถ้าตอบไม่จริงน้อยให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่จริงเลย”

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย และกำหนดให้แบ่งระดับค่าเฉลี่ยดังนี้

1.000-1.750	หมายถึง	ไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนทางสังคม
1.751-2.500	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
2.501-3.250	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
3.251-4.000	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

3.3.2 แบบสอบถามฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว และแบบสอบถามฉบับสำหรับทีมงานเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นแบบสอบถามที่มีส่วนประกอบเหมือนกัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้เป็นผู้อ่านข้อคำถามและตอบคำถามด้วยตนเองโดยไม่จำกัดเวลา ประกอบด้วยข้อคำถามที่แบ่งออกเป็น 5 ตอน (แสดงรายละเอียดเครื่องมือดังภาคผนวก ข) โดยแต่ละตอนมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 6 ข้อ ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ (ให้ระบุจำนวนปี) (4) ผู้สูงอายุที่กำลังดูแลอยู่ (ซึ่งเป็นคนเดียวกับที่ได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ฉบับผู้สูงอายุ) มีปัญหาโรคใด (5) ผู้สูงอายุที่กำลังดูแลอยู่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ตอบในรูปแบบใด (6) ให้พิจารณาว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ (ตามที่ได้ระบุในข้อ 4) สามารถทำแต่ละกิจกรรมที่กำหนดให้ จำนวน 6 กิจกรรม ได้เพียงใด โดยมีตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ ทำได้ด้วยตนเอง ต้องมีคนช่วย หรือพอทำได้บ้างแต่ต้องมีผู้อื่นช่วย ทำไม่ได้ด้วยตนเอง ส่วนแบบสอบถามฉบับสำหรับทีมงานเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 9 ข้อ ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) การเป็นทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุลักษณะใด (4) ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ (ให้ระบุจำนวนปี) (5) ประเภทของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลในชุมชนของท่าน (6) การทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชนของท่าน มีทีมงานรับผิดชอบหรือไม่ ถ้าตอบว่า ไม่มี ให้ไปทำแบบสอบถามต่อในตอนที่ 1 ถ้าตอบว่า มี ให้ตอบต่อในข้อ 7-9 ซึ่งได้แก่ (7) ทีมงานประกอบด้วยใครบ้าง (8) บทบาทของทีมงาน ประกอบด้วยอะไรบ้าง (9) ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วม ประกอบด้วยหน่วยงานใดบ้าง (10) ท่านต้องการความรู้และทักษะอะไรบ้าง ในการทำงานร่วมกับทีมงานที่ท่านเลือกในข้อ 9 (11) ท่านต้องการความรู้และทักษะอะไรบ้าง ในการปฏิบัติงานเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) การประเมินความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า และไม่รู้ และ (2) การประเมินความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ และไม่รู้

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัด และกำหนดให้แบ่งระดับคะแนนรวมดังนี้

0-5.66	หมายถึง	มีความรู้ฯ น้อย
5.67-11.33	หมายถึง	มีความรู้ฯ ปานกลาง
11.34-17.00	หมายถึง	มีความรู้ฯ มาก

3) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) การประเมินความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล และไม่รู้ และ (2) การประเมินความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ และไม่รู้

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัด และกำหนดให้แบ่งระดับคะแนนรวมดังนี้

0-5.66	หมายถึง	มีความรู้ฯ น้อย
5.67-11.33	หมายถึง	มีความรู้ฯ ปานกลาง
11.34-17.00	หมายถึง	มีความรู้ฯ มาก

4) แบบสอบถามทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) การประเมินทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ และ (2) การประเมินทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ ตัวเลือกมี 2 ลักษณะ คือ ทำได้ และทำไม่ได้

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัด และกำหนดให้แบ่งระดับคะแนนรวมดังนี้

0-5.66	หมายถึง	มีทักษะฯ น้อย
5.67-11.33	หมายถึง	มีทักษะฯ ปานกลาง
11.34-17.00	หมายถึง	มีทักษะฯ มาก

5) แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน การคิดคะแนน คิดโดยรวมคะแนนทุกข้อในแบบวัดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย และกำหนดให้แบ่งระดับค่าเฉลี่ยดังนี้

1.00-2.00	หมายถึง	มีทัศนคติฯ ทางลบ
2.01-3.00	หมายถึง	มีทัศนคติฯ ปานกลาง
3.01-4.00	หมายถึง	มีทัศนคติฯ ทางบวก

การวิจัยระยะที่ 2 (ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 4)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยระยะที่สอง ประกอบด้วยดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์การสำรวจสภาพแวดล้อม (environmental scanning) ดังแสดงในภาคผนวก ง ซึ่งมีแนวคำถามหลัก ดังนี้

1.1) แนวคำถามหลักเพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- รัฐหรือเอกชนหรือองค์การอื่นๆ ที่อยู่ภายนอกชุมชนมีสวัสดิการในการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
- ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมภายนอกชุมชนปัจจุบันมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
- สื่อและเทคโนโลยีในปัจจุบันมีผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

1.2) แนวคำถามหลักเพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ (พยาบาล อสม. อผส.)

- ท่านเห็นว่าปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนหรือองค์การอื่นๆ ที่อยู่ภายนอกชุมชนมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
- ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมภายนอกชุมชนปัจจุบันมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
- สื่อและเทคโนโลยีในปัจจุบันมีผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

1.3) แนวคำถามหลักเพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายในของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

- ในชุมชนท่านชื่นชม/ชอบสิ่งใดมากที่สุด
- รัฐหรือเอกชนหรือองค์การอื่นๆ ที่อยู่ภายในชุมชนมีสวัสดิการในการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
- ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมภายในชุมชนปัจจุบันมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
- ท่านมีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านอย่างไร
- ท่านมีการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุอย่างไร

1.4) แนวคำถามหลักเพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายในของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ (พยาบาล อสม. อผส.)

- ในชุมชนของท่านมีระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง

- กิจกรรมที่มีในชุมชน / วัฒนธรรมในชุมชนของท่าน / ทุนชุมชนที่ท่านคิดว่าชุมชนท่านมีคืออะไรบ้าง

- รัฐหรือเอกชนหรือองค์การอื่นๆ ที่อยู่ภายในชุมชนมีสวัสดิการในการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร

- ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมภายในชุมชนปัจจุบันมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร

- ท่านมีการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุอย่างไร

- ท่านต้องการการสนับสนุนอะไรจากภาครัฐ ภาคเอกชนหรือชุมชนในการปฏิบติหน้าที่ดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (เช่น สวัสดิการ ความรู้ การยกย่อง)

- ท่านคิดว่าในอนาคตการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนควรมีแนวทางอย่างไร

2) เอกสารประกอบการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม (ดังแสดงในภาคผนวก จ) ซึ่งประกอบด้วยโมเดลกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตของแต่ละชุมชนที่ผู้วิจัยสรุปโดยการวิเคราะห์จากข้อมูลของกิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อนำไปให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มของแต่ละชุมชนพิจารณาปรับแก้ให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันและอนาคตที่ต้องการ

3) คู่มือเทคนิคการใช้เรื่องเล่า (story telling) ดังแสดงในภาคผนวก ฉ เป็นคู่มือที่ผู้สัมภาษณ์ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพื่อให้ได้เรื่องเล่าชุมชนละ 10 เรื่อง

4) เอกสารประกอบกิจกรรมฐานเรียนรู้ดูแลสูงวัย (ดังแสดงในภาคผนวก ช) ประกอบด้วย เอกสารในการดำเนินกิจกรรม 3 ฐาน คือ ฐานที่ 1 ให้เล่าเรื่องในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า ฐานที่ 2 ให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับอาการและวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าโดยการแสดงบทบาทสมมติ ฐานที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับบ้านที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและช่องทางติดต่อหน่วยงานต่างๆที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยให้ดูวิดีทัศน์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และในตอนท้ายของการเข้าร่วมฐานได้มอบหมายงานให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวบันทึกเรื่องเล่าประทับใจของผู้สูงอายุ และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) บันทึกเรื่องการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมจำนวน 10 เรื่อง

5) เอกสารประกอบการจัดกิจกรรม 3 กิจกรรม (ดังแสดงในภาคผนวก ซ) ได้แก่ 1) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เรื่องเล่า” จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล อสม./อผส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 2) กิจกรรมการพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน และ 3) กิจกรรมการทบทวนการปฏิบัติงาน (AAR)

3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยระยะที่ 1 นี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในรูปแบบของ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยเป็นสถิติที่มุ่งนำเสนอสารสนเทศเพื่อใช้บรรยายสรุปลักษณะของกลุ่มตัวอย่างหรือประชากรว่าเป็นอย่างไร มีลำดับและสถิติที่ใช้ดังนี้

- การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) เป็นการนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่หรือประเภท และนำเสนอในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ เพื่อแสดงจำนวนของข้อมูล (ในการวิจัยครั้งนี้ ความถี่ คือ จำนวนคน) ว่าแต่ละข้อมูลนั้นมีกี่จำนวนอย่างเป็นระเบียบ และสะดวกในการนำไปใช้

- การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Measure of Central Tendency) เป็นการหาค่ากลาง ที่เป็นตัวแทนของข้อมูลแต่ละชุด เพื่อใช้สรุปผลของข้อมูลในภาพรวม โดยในการวิจัยนี้ใช้ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithematic Mean หรือ Mean) ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากการนำข้อมูลทุกจำนวนมารวมกันแล้วหารเฉลี่ยด้วยจำนวนข้อมูลทั้งหมด

สูตรการคำนวณ คือ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต = $\frac{\sum x}{N}$

เมื่อ $\sum x$ คือ ผลบวกของข้อมูลทุกจำนวน

N คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

- การวัดตำแหน่งและการเปรียบเทียบ เป็นวิธีการหาค่าที่ระบุตำแหน่งของข้อมูล หรือแสดงการเปรียบเทียบระหว่างข้อมูล ในการวิจัยนี้ใช้การคำนวณอัตราส่วน (Ratio) ซึ่งเป็นการนำข้อมูลเชิงปริมาณ 2 ตัว/กลุ่ม มาเปรียบเทียบในลักษณะของข้อมูลหนึ่งเป็นกี่เท่าของอีกข้อมูลหนึ่ง หรือข้อมูลที่สนใจต่อข้อมูลทั้งหมด และใช้การแสดงร้อยละ (Percentage) ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่เปรียบเทียบจำนวนที่สนใจกับกับจำนวนทั้งหมดที่เป็นจำนวนเต็มร้อย

สูตรการคำนวณ คือ ค่าร้อยละ = $\frac{n}{N} \times 100$

เมื่อ n คือ จำนวนที่สนใจ

N คือ จำนวนทั้งหมด

- การวัดการกระจาย (Measure of Variability) เป็นวิธีการหาค่าที่ใช้แสดงความแตกต่างของข้อมูลแต่ละตัวในแต่ละชุด ที่ทำให้การเปรียบเทียบผลค่าวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางของข้อมูลมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในกรณีที่ค่าวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางมีค่าเท่ากัน คณะผู้วิจัยจะต้องนำค่าจากการวัดการกระจายมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้พิจารณาความแตกต่างในระดับมากหรือน้อยโดยในการวิจัยนี้ใช้ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.) ซึ่งเป็นค่าของการวัดการกระจายที่ได้หาได้จากรากที่สองของคะแนนทุกค่าที่เบี่ยงเบนไปจากค่าเฉลี่ยของข้อมูลยกกำลังสอง

สูตรการคำนวณ คือ S.D. = $\sqrt{\frac{\sum(x-\bar{x})^2}{n-1}}$

เมื่อ $(x-\bar{x})$ คือ ผลรวมของทุกค่าที่ห่างจากค่ากลางของข้อมูล

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ในส่วนของสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ซึ่งหมายถึง สถิติที่ใช้ในการสรุปอ้างอิงข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปยังข้อมูลของประชากร มีลำดับและสถิติที่ใช้ ได้แก่

- การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance : ANOVA) เป็นวิธีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มประชากรตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ใช้ในการทดสอบเพื่อวิเคราะหความสัมพันธระหวางตัวแปรอิสระหรือตัวแปรตนตัวเดียวกับตัวแปรตามเพียงตัวเดียว เพื่อศึกษาความสัมพันธของตัวแปรอิสระหรือตัวแปรตนวาจะสงผลอยางไรกับตัวแปรตาม โดยพิจารณาจากค่า F (สถิติ F-test) เป็นค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่มากกว่าสองค่า ซึ่งในกรณีที่มีตัวแปรอิสระ 1 ตัวจะเรียกว่าการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ในการวิเคราะห์ความ

แปรปรวนนั้นจะมีสมมติฐานสองข้อ โดยสมมติฐานไร้นัยสำคัญ (Null Hypothesis)กำหนดให้ค่าเฉลี่ยแต่ละกลุ่มมีค่าเท่ากัน ส่วนสมมติฐานทางเลือก (Alternative Hypothesis) กำหนดให้มีค่าเฉลี่ยอย่างน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน ค่า F คำนวณได้จาก ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม หารด้วยความแปรปรวนภายในกลุ่ม หากค่า F ที่คำนวณได้นั้นมีค่า *p* ที่น้อยกว่าค่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ (เช่น .05, .01, .001) แสดงว่าค่าเฉลี่ยของประชากรหลายกลุ่มนั้นแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ค่า *p* (*p*-value)เป็นค่าความน่าจะเป็นหรือโอกาสผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิเสธสมมติฐานไร้นัยสำคัญ (Null Hypothesis) ที่เป็นจริงโดย หากค่า *p* มีค่าน้อยกว่าค่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ (ได้แก่ .05, .01, .001) แสดงว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลายๆ กลุ่มที่นำมาทดสอบสมมติฐานนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

-ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(Correlation Coefficient) เป็นวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างตัวแปรว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งความสัมพันธ์อาจเป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือทิศทางตรงข้ามกัน ทั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะมีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง 1 หากค่า r มีค่าเข้าใกล้ -1 หรือ +1 แสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันสูง โดยเครื่องหมาย + หรือ – เป็นเพียงการบอกทิศทางความสัมพันธ์ และหากมีค่าเป็น 0 แสดงว่าตัวแปรนั้นไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ทั้งนี้ถ้าตัวแปรหนึ่งเปลี่ยนแปลงค่าไป จะทำให้อีกตัวแปรหนึ่งเปลี่ยนแปลงค่าไปด้วย

ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์อิทธิพลเชิงสาเหตุ (Path analysis) โดยวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural equation modeling) ของข้อมูล ซึ่งเป็นเทคนิควิธีที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของตัวแปร ทั้งอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ตัวแปรหนึ่งมีต่ออีกตัวแปรหนึ่ง

ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้น ไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) สถิติในวิเคราะห์มีความแตกต่างกันไปตามเป้าหมายของการวิเคราะห์ นั่นหมายความว่า ในบางขั้นตอนอาจมีลำดับการวิเคราะห์ตามที่กำหนดไว้ข้างต้นครบถ้วน แต่ในบางขั้นตอนอาจมีลำดับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเพียงบางตัว 2) ค่าร้อยละที่นำเสนอจะมีฐานคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มข้อมูล ผู้ใช้รายงานสามารถพิจารณาฐานการคำนวณได้จากจำนวนผู้ตอบของแต่ละตัวเลือก ซึ่งได้แสดงเป็นจำนวนคนประกอบไว้ในการนำเสนอ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่สอง ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่

บทนี้เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะที่ 1 ข้อที่ 1 “สำรวจความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และกลไกภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่แล้วในชุมชน” ซึ่งในการดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังกล่าวนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดรายบุคคล และทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว และแบบสอบถามฉบับสำหรับทีมงานเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในขั้นตอนนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์เพื่อวิเคราะห์ความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ทั้งในภาพรวมทุกภูมิภาค และนำเสนอแยกเป็นรายจังหวัด ทั้งนี้ ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ตอน ได้แก่

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลัง ความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลในครอบครัวและทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรายงานผลเป็นภาพรวมและรายภูมิภาค

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลัง ความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลในครอบครัวและทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรายงานผลตามแต่ละภูมิภาคเป็นรายจังหวัด

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลัง ความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลในครอบครัวและทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรายงานผลเป็นภาพรวมและรายภูมิภาค

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างตามภาพรวมและรายภูมิภาค (n = 1,086 คน)

ภูมิภาค	ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง		ภาคกลางและภาคตะวันออก		ภาคตะวันตก		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
เพศ	**180**	**100**	**179**	**100**	**180**	**100**	**187**	**100**	**180**	**100**	**180**	**100**	**1086**	**100**
ชาย	42	23.3	29	16.2	51	28.3	41	21.9	46	25.6	27	15.0	236	21.7
หญิง	138	76.7	150	83.8	128	71.1	145	77.5	133	73.9	153	85.0	847	78.0
ไม่ระบุ	-	-	-	-	1	0.6	1	0.5	1	0.6	-	-	3	.3
อายุ	**180**	**100**	**179**	**100**	**180**	**100**	**187**	**100**	**180**	**100**	**180**	**100**	**1086**	**100**
< 30 ปี	21	11.7	31	17.3	18	10.0	20	10.7	15	8.3	18	10.0	123	11.3
30-34 ปี	11	6.1	27	15.1	12	6.7	15	8.0	13	7.2	20	11.1	98	9.0
35-39 ปี	19	10.6	24	13.4	29	16.1	28	15.0	16	8.9	22	12.2	138	12.7
40-44 ปี	27	15.0	22	12.3	32	17.8	36	19.3	37	20.6	31	17.2	185	17.0
45-49 ปี	32	17.8	26	14.5	21	11.7	37	19.8	21	11.7	28	15.6	165	15.2
≥ 50 ปี	70	38.9	49	27.4	68	37.8	51	27.3	78	43.3	61	33.9	377	34.7
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	**180**	**100**	**179**	**100**	**180**	**100**	**187**	**100**	**180**	**100**	**180**	**100**	**1086**	**100**
< 3 ปี	33	18.3	35	19.6	43	23.9	41	21.9	40	22.2	29	16.1	221	20.3
3-5 ปี	29	16.1	52	29.1	42	23.3	40	21.4	44	24.4	48	26.7	255	23.5
6-9 ปี	23	12.8	17	9.5	20	11.1	24	12.8	25	13.9	32	17.8	141	13.0
10-14 ปี	43	23.9	38	21.2	28	15.6	45	24.1	36	20.0	28	15.6	218	20.1
15-19 ปี	17	9.4	10	5.6	16	8.9	10	5.3	7	3.9	8	4.4	68	6.3
≥ 20 ปี	35	19.4	27	15.1	31	17.2	27	14.4	28	15.6	35	19.4	183	16.9
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่มีปัญหาโรคใด	**180**	**100**	**179**	**100**	**180**	**100**	**187**	**100**	**180**	**100**	**180**	**100**	**1086**	**100**
โรคซึมเศร้า	53	29.4	27	15.1	43	23.9	31	16.6	33	18.3	50	27.8	237	21.8
โรควิตกกังวล	71	39.4	59	33.0	65	36.1	82	43.9	64	35.6	65	36.1	406	37.4
ไม่รู้	43	23.9	78	43.6	66	36.7	64	34.2	73	40.6	60	33.3	384	35.4
ไม่ระบุ	13	7.3	15	8.4	6	3.3	10	5.3	10	5.6	5	2.8	59	5.4
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่	**180**	**100**	**179**	**100**	**180**	**100**	**187**	**100**	**180**	**100**	**180**	**100**	**1086**	**100**

ภูมิภาค	ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง		ภาคกลางและภาคตะวันออก		ภาคตะวันตก		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
เกี่ยวข้องกับท่าน เป็น														
พ่อแม่	120	66.7	106	59.2	112	62.2	119	63.6	109	60.6	131	72.8	697	64.2
พี่น้อง	5	2.8	5	2.8	9	5.0	3	1.6	4	2.2	6	3.3	32	2.9
ปู่ย่าตายาย	26	14.4	26	14.5	24	13.3	31	16.6	14	7.8	13	7.2	134	12.3
ลุงป้าน้าอา	3	1.7	13	7.3	8	4.4	11	5.9	19	10.6	9	5.0	63	5.8
อื่น ๆ	23	12.8	28	15.6	27	15.0	21	11.2	33	18.3	21	11.7	153	14.1
ไม่ระบุ	3	1.7	1	0.6	-	-	2	1.1	1	0.6	-	-	7	0.7
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในครอบครัว	**180**	**100**	**179**	**100**	**180**	**100**	**187**	**100**	**180**	**100**	**180**	**100**	**1086**	**100**
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	84	46.7	95	53.1	125	69.4	90	48.1	88	48.9	77	42.8	559	51.5
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	45	25.0	47	26.3	30	16.7	70	37.4	37	20.6	56	31.1	285	26.2
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	51	28.3	37	20.7	25	13.9	27	14.4	55	30.6	47	26.1	242	22.3

จากตาราง 4.1 เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 1,086 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 847 คน (ร้อยละ 78.0) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 377 คน (ร้อยละ 34.7) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ 3-5 ปี จำนวน 255 คน (ร้อยละ 23.5) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 406 คน (ร้อยละ 37.4) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 697 คน (ร้อยละ 64.2) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 559 คน (ร้อยละ 51.5)

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่าง “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” แยกตามรายภูมิภาค พบว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างของภาคเหนือ มีจำนวน 180 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 138 คน (ร้อยละ 76.7) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน (ร้อยละ 38.9) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 43 คน (ร้อยละ 23.9) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 71 คน (ร้อยละ 39.4) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 120 คน (ร้อยละ 66.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 84 คน (ร้อยละ 46.7)

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของภาคใต้ มีจำนวน 179 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 คน (ร้อยละ 83.8) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 49 คน (ร้อยละ 27.4) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 52 คน (ร้อยละ 29.1) ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่เป็นโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้า จำนวน 78 คน (ร้อยละ 43.6) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็น

พ่อแม่ จำนวน 106 คน (ร้อยละ 59.2) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 95 คน (ร้อยละ 53.1)

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีจำนวน 180 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 128 คน (ร้อยละ 71.1) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 68 คน (ร้อยละ 37.8) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 43 คน (ร้อยละ 23.9) ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่เป็นโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้า จำนวน 66 คน (ร้อยละ 36.7) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 112 คน (ร้อยละ 62.2) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 125 คน (ร้อยละ 69.4)

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีจำนวน 187 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 145 คน (ร้อยละ 77.5) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 51 คน (ร้อยละ 27.3) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 45 คน (ร้อยละ 24.1) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 82 คน (ร้อยละ 43.9) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 119 คน (ร้อยละ 63.6) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 48.1)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างของภาคกลางและภาคตะวันออก มีจำนวน 180 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 133 คน (ร้อยละ 73.9) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 78 คน (ร้อยละ 43.3) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 44 คน (ร้อยละ24.4) ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่เป็นโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าจำนวน 73 คน (ร้อยละ 40.6) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 109 คน (ร้อยละ 60.6) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 88 คน (ร้อยละ 48.9)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างของภาคตะวันตก มีจำนวน 180 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 153 คน (ร้อยละ 85.0) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 61 คน (ร้อยละ 33.9) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ26.7) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวลจำนวน 65 คน (ร้อยละ 36.1) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 131 คน (ร้อยละ 72.8) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 77 คน (ร้อยละ 42.8)

ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างตามภาพรวมและรายภูมิภาค (n = 362 คน)

ภูมิภาค	**ภาคเหนือ**		**ภาคใต้**		**ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน**		**ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง**		**ภาคกลางและภาคตะวันออก**		**ภาคตะวันตก**		**รวม**	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
เพศ	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**
ชาย	10	16.7	3	5.0	10	16.7	7	11.3	9	15.0	4	6.7	43	11.9
หญิง	50	83.3	57	95.0	50	83.3	54	87.1	51	85.0	56	93.3	318	87.8
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-	1	1.6	-	-	-	-	1	0.3
อายุ	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**
< 30 ปี	6	10.0	13	21.7	9	15.0	13	21.0	4	6.7	4	6.7	49	13.5
30-34 ปี	1	1.7	4	6.7	10	16.7	5	8.1	3	5.0	1	1.7	24	6.6
35-39 ปี	3	5.0	8	13.3	3	5.0	7	11.3	6	10.0	16	26.7	43	11.9
40-44 ปี	12	20.0	14	23.3	12	20.0	10	16.1	6	10.0	15	25.0	69	19.1
45-49 ปี	17	28.3	10	16.7	10	16.7	10	16.1	6	10.0	13	21.7	66	18.2
≥ 50 ปี	21	35.0	11	18.3	16	26.7	17	27.4	35	58.3	11	18.3	111	30.7
ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**
อสม.	26	43.3	37	61.7	23	38.3	24	38.7	35	58.3	6	10.0	151	41.7
อผส.	6	10.0	-	-	2	3.3	1	1.6	2	3.3	1	1.7	12	3.3
พยาบาลวิชาชีพ	12	20.0	12	20.0	19	31.7	18	29.0	9	15.0	42	70.0	112	30.9
ผู้ช่วยพยาบาล	1	1.7	2	3.3	-	-	1	1.6	-	-	1	1.7	5	1.4
อื่น ๆ	13	21.7	9	15.0	15	25.0	17	27.4	10	16.7	10	16.7	74	20.4
ไม่ระบุ	2	3.3	-	-	1	1.7	1	1.6	4	6.7	-	-	8	2.2
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**
< 3 ปี	11	18.3	6	10.0	15	25.0	23	37.1	16	26.7	11	18.3	82	22.7
3-5 ปี	15	25.0	22	36.7	17	28.3	13	21.0	17	28.3	10	16.7	94	26.0
6-9 ปี	11	18.3	16	26.7	9	15.0	5	8.1	7	11.7	3	5.0	51	14.1
10-14 ปี	11	18.3	8	13.3	7	11.7	12	19.4	10	16.7	20	33.3	68	18.8
15-19 ปี	6	10.0	6	10.0	5	8.3	4	6.5	3	5.0	8	13.3	32	8.8
≥ 20 ปี	6	10.0	2	3.3	7	11.7	5	8.1	7	11.7	8	13.3	35	9.7
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชน *(เลือกได้มากกว่า*	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**

ภูมิภาค	ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง		ภาคกลางและภาคตะวันออก		ภาคตะวันตก		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
หนึ่งข้อ)														
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	52	86.7	52	86.7	60	100	55	88.7	46	76.7	58	96.7	323	89.2
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	43	71.7	41	68.3	55	91.7	49	79.0	50	83.3	57	95.0	295	81.5
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	41	68.3	25	41.7	39	65.0	43	69.4	36	60.0	51	85.0	235	64.9
การมีทีมงานรับผิดชอบในการทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชน	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**
มี	48	80.0	57	95.0	58	96.7	57	91.9	47	78.3	59	98.3	326	90.1
ไม่มี	10	16.7	3	5.0	2	3.3	4	6.5	10	16.7	-	-	29	8.0
ไม่ระบุ	2	3.3	-	-	-	-	1	1.6	3	5.0	1	1.7	7	1.9
องค์ประกอบของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**
แพทย์	2	3.3	15	25.0	24	40.0	35	56.5	6	10.0	31	51.7	113	31.2
พยาบาล	17	28.3	39	65.0	49	81.7	41	66.1	30	50.0	55	91.7	231	63.8
นักสังคมสงเคราะห์	2	3.3	5	8.3	3	5.0	1	1.6	1	1.7	3	5.0	15	4.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	36	60.0	45	75.0	44	73.3	45	72.6	42	70.0	36	60.0	248	68.5
นักจิตวิทยา	1	1.7	19	31.7	11	18.3	45	72.6	1	1.7	15	25.0	68	18.8
อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.)	11	18.3	9	15.0	25	41.7	21	33.9	19	31.7	24	40.0	109	30.1
อสม.	43	71.7	47	78.3	56	93.3	52	83.9	45	75.0	51	85.0	294	81.2
อื่น ๆ	2	3.3	3	5.0	7	11.7	4	6.5	7	11.7	6	10.0	29	8.0
บทบาทของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือก*	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**

ภูมิภาค	ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง		ภาคกลางและภาคตะวันออก		ภาคตะวันตก		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
ได้มากกว่าหนึ่งข้อ)														
ป้องกัน	39	65.0	43	71.7	52	86.7	45	72.6	39	65.0	43	71.7	261	72.1
คัดกรอง	42	70.0	52	86.7	55	91.7	56	90.3	50	83.3	56	93.3	311	85.9
ตรวจวินิจฉัยอาการ	7	11.7	17	28.3	23	38.3	30	48.4	6	10.0	24	40.0	107	29.6
รักษา	26	43.3	31	51.7	34	56.7	38	61.3	16	26.7	34	56.7	179	49.4
บำบัด	16	26.7	19	31.7	26	43.3	30	48.4	17	28.3	28	46.7	136	37.6
ส่งต่อ	31	51.7	28	46.7	37	61.7	43	69.4	19	31.7	44	73.3	202	55.8
อื่น ๆ	6	10.0	1	1.7	3	5.0	3	4.8	4	6.7	5	8.3	22	6.1
ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วมในการทำงาน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	**60**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**62**	**100**	**60**	**100**	**60**	**100**	**362**	**100**
อปท.	36	60.0	29	48.3	42	70.0	33	53.2	28	46.7	23	38.3	191	52.8
อผส.	11	18.3	10	16.7	20	33.3	26	41.9	18	30.0	24	40.0	109	30.1
อสม.	48	80.0	54	90.0	57	95.0	56	90.3	48	80.0	53	88.3	316	87.3
ชมรมผู้สูงอายุ	22	36.7	26	43.3	27	45.0	34	54.8	26	43.3	44	73.3	179	49.4
ศพค.	8	13.3	2	3.3	1	1.7	6	9.7	4	6.7	3	5.0	24	6.6
อื่น ๆ	1	1.7	1	1.7	3	5.0	2	3.2	2	3.3	5	8.3	14	3.9

จากตาราง 4.2 เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” พบว่ากลุ่มตัวอย่างรวมมีจำนวน 362 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 318 คน (ร้อยละ 87.8) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 111 คน (ร้อยละ 30.7) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 151 คน (ร้อยละ 41.7) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 94 คน (ร้อยละ 26.0) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 323 คน (ร้อยละ 89.2) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 326 คน (ร้อยละ 90.1) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 294 คน (ร้อยละ 81.2) ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ การคัดกรอง จำนวน 311 คน (ร้อยละ 85.9) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 316 คน (ร้อยละ 87.3)

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่าง “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” แยกตามรายภูมิภาค พบว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างของภาคเหนือ มีจำนวน 60 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 50 คน (ร้อยละ 83.3) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 21 คน (ร้อยละ 35.0) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 26 คน (ร้อยละ 43.3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 25.0) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่

เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 86.7) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 80.0) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 43 คน (ร้อยละ 71.7) ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ การคัดกรอง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 70.0) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 48 คน (ร้อยละ 80.0)

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของภาคใต้ มีจำนวน 60 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 95.0) มีอายุ 40-44 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 23.3) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 37 คน (ร้อยละ 61.7) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 22 คน (ร้อยละ 36.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 86.7) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 57 คน (ร้อยละ 95.0) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 47 คน (ร้อยละ 78.3) ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ การคัดกรอง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 86.7) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 54 คน (ร้อยละ 90.0)

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีจำนวน 60 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 83.3) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน (ร้อยละ 26.7) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 23 คน (ร้อยละ 38.3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 28.3) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 60 คน (ร้อยละ 100) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 96.7) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 56 คน (ร้อยละ 93.3) ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ การคัดกรอง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 91.7) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 57 คน (ร้อยละ 95.0)

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีจำนวน 62 คนโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 54 คน (ร้อยละ 87.1) มีอาย 50 ปีขึ้นไปจำนวน 17 คน (ร้อยละ 27.4) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 24 คน (ร้อยละ 38.7) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 37.1) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 88.7) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 57 คน (ร้อยละ 91.9) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 52 คน (ร้อยละ 83.9) ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ การคัดกรอง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 90.3) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 56 คน (ร้อยละ 90.3)

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของภาคกลางและภาคตะวันออก มีจำนวน 60 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 51คน (ร้อยละ 85.0) มีอายุ 50 ปีขึ้นไปจำนวน 35 คน (ร้อยละ 58.3) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 35 คน (ร้อยละ 58.3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 28.3) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 76.7) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 47 คน (ร้อยละ 78.3) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 45 คน (ร้อยละ 75.0) ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ การคัดกรอง จำนวน 50 คน (ร้อยละ 83.3) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 48 คน (ร้อยละ 80.0)

สำหรับกลุ่มตัวอย่าง “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของภาคตะวันตก มีจำนวน 60 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 56 คน (ร้อยละ 93.3) มีอายุ 35-39 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 26.7) มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 70.0) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 33.3) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 96.7) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 59 คน (ร้อยละ 98.3) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 51 คน (ร้อยละ 85.0) ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ การคัดกรอง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 93.3) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 53 คน (ร้อยละ 88.3)

ตาราง 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ตามภาพรวม (n = 1,086 คน)

ข้อ	รายการ	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า		ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า		ไม่รู้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=2)
1.	การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	275	25.3	534	49.2	266	24.5	129.3***
2.	การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	415	38.2	336	30.9	322	29.7	14.1***
3.	ความผิดปกติของฮอร์โมน	452	41.6	310	28.5	310	28.5	37.6***
4.	ความผิดหวังร้ายแรง	766	70.5	190	17.5	116	10.7	1,295.9***
5.	สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	628	57.8	284	26.2	160	14.7	793.3***
6.	การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	644	59.3	306	28.2	124	11.4	389.0***
7.	การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	677	62.3	300	27.6	94	8.7	1,007.0***
8.	การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	701	64.5	275	25.3	94	8.7	1,076.8***
9.	การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	751	69.2	223	20.5	98	9.0	1,247.6***
10.	ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	659	60.7	304	28.0	109	10.0	934.8***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.3 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวม โดยสาเหตุของโรคซึมเศร้า 10 ข้อ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มปัจจัยคือ ปัจจัยทางชีวภาพ (ข้อ 1 – ข้อ 3) และ ปัจจัยทางจิต-สังคม (ข้อ 4 – ข้อ 10) นั้น พบว่า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่เกินครึ่ง มีความรู้ว่าปัจจัยทางจิต-สังคม (ข้อ 4 – ข้อ 10) เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า โดยตอบว่าเป็นสาเหตุร้อยละ 57.8 – ร้อยละ 70.5 แต่ผู้ดูแลไม่ถึงครึ่ง มีความรู้ว่าปัจจัยทางชีวภาพ (ข้อ 1 – ข้อ 3) เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า โดยตอบว่าเป็นสาเหตุเพียงร้อยละ 25.3 – ร้อยละ 41.6 เท่านั้น และตอบว่าไม่เป็นสาเหตุซึ่งแสดงถึงความเข้าใจผิดร้อยละ 28.5 – 49.2 หรือตอบไม่รู้ร้อยละ 24.5 – 29.7 ซึ่งรวมกันแสดงถึงการไม่มีความรู้ด้านนี้เกินร้อยละ 50

เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ หรือ เข้าใจผิด หรือ ไม่รู้ในสาเหตุของโรคซึมเศร้าแต่ละข้อ แล้ว พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ โดยสาเหตุของโรคซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยทางจิต-สังคม (ข้อ 4 – ข้อ 10) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้ สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยทางทางชีวภาพ (ข้อ 1 – ข้อ 3) พบว่า ข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่ผู้ที่เข้าใจผิด (ตอบว่าไม่เป็นสาเหตุ) สูงกว่าผู้ที่มีความรู้และหรือขาดความรู้ (ตอบไม่รู้) ด้านนี้ ส่วนข้อ 2 และข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้แม้จะไม่ถึงครึ่งแต่ก็สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ตามภาพรวม (n = 1,086 คน)

ข้อ	รายการ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้		ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้		ไม่รู้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=2)
11.	การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	840	77.3	131	12.1	102	9.4	976.9***
12.	การดูแลรักษาสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	847	78.0	165	15.2	65	6.0	1,009.0***
13.	การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	981	90.3	57	5.2	39	3.6	1,617.0***
14.	การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	958	88.2	69	6.4	50	4.6	1,499.7***
15.	การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	944	86.9	86	7.9	45	4.1	2,271.8***
16.	การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	934	86.0	87	8.0	55	5.1	2,202.3***
17.	การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	903	83.1	115	10.6	59	5.4	1,240.9***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.4 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยรวมพบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.3 – ร้อยละ 90.3) มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ ผู้ที่เข้าใจผิด และผู้ที่ขาดความรู้ ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่าสำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ตามภาพรวม (n = 1,086 คน)

ข้อ	รายการ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล		ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล		ไม่รู้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=2)
1.	ความผิดปกติของฮอร์โมน	457	42.1	310	28.5	307	28.3	41.1***
2.	การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	326	30.0	475	43.7	272	25.0	61.8***
3.	การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	466	42.9	371	34.2	239	22.0	72.5***
4.	การขาดสารอาหารและวิตามิน	417	38.4	484	44.6	174	16.0	148.5***
5.	ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	843	77.6	181	16.7	51	4.7	1,006.9***
6.	ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	808	74.4	186	17.1	81	7.5	861.8***
7.	ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	685	63.1	286	26.3	99	9.1	502.4***
8.	ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	787	72.5	220	20.3	64	5.9	1,435.0***
9.	ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	702	64.6	292	26.9	81	7.5	556.5***
10.	การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	740	68.1	277	25.5	57	5.2	1,260.2***

หมายเหตุ *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.5 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวม โดยสาเหตุของโรควิตกกังวล 10 ข้ออาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มปัจจัยคือ ปัจจัยทางชีวภาพ(ข้อ 1 – ข้อ 4) และ ปัจจัยทางจิต-สังคม (ข้อ 5 – ข้อ 10) นั้น พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล 10 ข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (เกินร้อยละ50) มีความรู้ว่าปัจจัยทางจิต-สังคม (ข้อ 5 – ข้อ 10) เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ตอบว่าเป็นสาเหตุร้อยละ 63.1 – ร้อยละ 77.6) แต่สำหรับปัจจัยทางชีวภาพ (ข้อ 1 – ข้อ 4) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยตอบว่าไม่เป็นสาเหตุซึ่งแสดงถึงความเข้าใจผิดร้อยละ 28.5 – 44.6 และตอบไม่รู้ร้อยละ 16.0 – 28.3 ซึ่งรวมกันเกินร้อยละ 50)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ หรือ เข้าใจผิด หรือ ไม่รู้ในสาเหตุของโรควิตกกังวลแต่ละข้อ แล้ว พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ โดยสาเหตุของโรควิตกกังวลที่เป็นปัจจัยทางจิต-สังคม (ข้อ 5 – ข้อ 10) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้ สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลที่เป็นปัจจัยทางทางชีวภาพ (ข้อ 1 – ข้อ 4) พบว่าข้อ 2 และข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิด (ตอบว่าไม่เป็นสาเหตุ) สูงกว่าผู้ที่มีความรู้และหรือขาดความรู้ (ตอบไม่รู้) ด้านนี้ ส่วนข้อ 1 และข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้แม้จะไม่ถึงครึ่งแต่ก็สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ตามภาพรวม (n = 1,086 คน)

ข้อ	รายการ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้		ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้		ไม่รู้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=2)
11.	การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	837	77.1	142	13.1	99	9.1	955.0***
12.	การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	974	89.7	72	6.6	32	2.9	1,579.4***
13.	การมีลูกหลานคอยดูแล	985	90.7	68	6.3	25	2.3	1,636.7***
14.	การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	962	88.6	84	7.7	31	2.9	1,523.2***
15.	การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	962	88.6	79	7.3	35	3.2	1,525.1***
16.	การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำความเข้าใจตนเอง	969	89.2	58	5.3	51	4.7	1,551.7***
17.	การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	962	88.6	67	6.2	46	4.2	2,388.9***

หมายเหตุ *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.6 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยรวมพบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือเกินร้อยละ 50 (ร้อยละ 77.1 – ร้อยละ 90.7) มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ ผู้ที่เข้าใจผิดและผู้ที่ขาดความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ตามภาพรวม (n = 1,086 คน)

ข้อ	รายการ	โรคซึมเศร้า					โรควิตกกังวล				
		ทำได้		ทำไม่ได้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน	ทำได้		ทำไม่ได้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	χ^2 (df=1)	f	%	f	%	χ^2 (df=1)
1.	สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	871	80.2	153	14.1	1,238.4***	823	75.8	152	14.0	1,158.0***
2.	สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	644	59.3	371	34.2	587.0***	624	57.5	359	33.1	583.2***
3.	รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	763	70.3	256	23.6	862.4***	737	67.9	239	22.0	843.5***
4.	ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	914	84.2	113	10.4	1,420.3***	879	80.9	100	9.2	1,398.8***
5.	หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	866	79.7	160	14.7	1,219.5***	833	76.7	143	13.2	1,197.2***
6.	ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	956	88.0	78	7.2	1,610.5***	909	83.7	66	6.1	1,555.7***
7.	อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	936	86.2	88	8.1	1,540.9***	894	82.3	79	7.3	1,482.4***
8.	ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	842	77.5	188	17.3	1,110.3***	802	73.8	172	15.8	1,079.7***
9.	คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	933	85.9	92	8.5	1,513.0***	905	83.3	81	7.5	1,515.3***
10.	ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	775	71.4	247	22.7	894.5***	747	68.8	236	21.7	875.6***

ข้อ	รายการ	โรคซึมเศร้า					โรควิตกกังวล				
		ทำได้		ทำไม่ได้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน	ทำได้		ทำไม่ได้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	χ^2 (df=1)	f	%	f	%	χ^2 (df=1)
11.	ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	826	76.1	197	18.1	1,064.4***	805	74.1	182	16.8	1,065.0***
12.	บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	868	79.9	157	14.5	1,226.8***	836	77.0	154	14.2	1,183.8***
13.	เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	853	78.5	163	15.0	1,188.8***	832	76.6	154	14.2	1,173.3***
14.	หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	857	78.9	166	15.3	1,186.5***	818	75.3	159	14.6	1,136.4***
15.	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	928	85.5	106	9.8	1,473.3***	888	81.8	92	8.5	1,435.7***
16.	สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	922	84.9	115	10.6	2,259.7***	879	80.9	102	9.4	2,182.4***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.7 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยรวม พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทั้ง 16 ข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือเกินร้อยละ 50 (ร้อยละ 59.3 – ร้อยละ 88.0) ประเมินว่าตนสามารถทำได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีและไม่มีทักษะแต่ละข้อดังกล่าวแล้ว พบว่าสัดส่วนผู้ที่มีทักษะสูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทั้ง 16 ข้อ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.5 – ร้อยละ 83.7) ประเมินว่าตนสามารถทำได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะและไม่มีทักษะแต่ละข้อดังกล่าวแล้ว พบว่าสัดส่วนผู้ที่มีทักษะสูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ

ตาราง 4.8 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ตามภาพรวม (n=1,086 คน)

ข้อ	รายการ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=3)
1.	ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	7	0.7%	46	4.3%	546	51.0%	471	44.0%	1,366.5***
2.	ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	12	1.1%	131	12.2%	577	53.9%	350	32.7%	1,136.0***
3.	การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	8	0.7%	81	7.6%	560	52.4%	419	39.2%	1,249.9***
4.	ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	6	0.6%	109	10.2%	569	53.2%	383	35.8%	1,184.1***
5.	การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	4	0.4%	64	6.0%	597	55.8%	403	37.7%	1,376.9***
6.	ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	20	1.9%	155	14.5%	543	50.8%	350	32.7%	997.3***
7.	ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือ โรควิตกกังวลอยู่เสมอ	24	2.2%	171	16.0%	616	57.7%	257	24.1%	712.2***
8.	การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	13	1.2%	105	9.8%	636	59.4%	317	29.6%	856.8***
9.	ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	11	1.0%	73	6.8%	632	59.0%	355	33.1%	911.8***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.8 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยรวม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือเกินร้อยละ 50 เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 50.8 – ร้อยละ 59.4) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 24.1 – ร้อยละ 44.4) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.9 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ตามภาพรวม (n = 362 คน)

ข้อ	รายการ	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า		ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า		ไม่รู้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=2)
1.	การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	178	49.2	156	43.1	23	6.4	273.8***
2.	การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	244	67.4	63	17.4	46	12.7	387.5***
3.	ความผิดปกติของฮอร์โมน	237	65.5	73	20.2	46	12.7	355.8***
4.	ความผิดหวังร้ายแรง	331	91.4	18	5.0	9	2.5	866.3***
5.	สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	308	85.1	35	9.7	15	4.1	714.1***
6.	การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	313	86.5	37	10.2	8	2.2	748.6***
7.	การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	313	86.5	37	10.2	7	1.9	752.5***
8.	การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	330	91.2	23	6.4	4	1.1	864.9***
9.	การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	334	92.3	20	5.5	4	1.1	888.6***
10.	ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	303	83.7	49	13.5	4	1.1	698.8***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.9 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรวม พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้า 10 ข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ คือเกินร้อยละ50 (ร้อยละ 65.5 – 92.3) มีความรู้ว่าปัจจัยทุกข้อยกเว้นปัจจัยทางชีวภาพเฉพาะข้อ 1 เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า สำหรับปัจจัยทางชีวภาพ ข้อ 1 ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนร้อยละ 49.2 มีความรู้ว่าเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า อีกร้อยละ 43.1 ตอบว่าไม่เป็นสาเหตุซึ่งแสดงถึงความเข้าใจผิด

เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน ที่มีความรู้ หรือ เข้าใจผิด หรือไม่รู้ของแต่ละข้อ พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ

ตาราง 4.10 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ตามภาพรวม (n = 362 คน)

ข้อ	รายการ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้		ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้		ไม่รู้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=2)
11.	การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	316	87.3	33	9.1	11	3.0	758.9***
12.	การดูแลรักษาสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	326	90.1	22	6.1	11	3.0	827.6***
13.	การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	347	95.9	9	2.5	4	1.1	974.3ι***
14.	การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่ายๆ	346	95.6	10	2.8	4	1.1	966.8***
15.	การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	342	94.5	13	3.6	5	1.4	937.2***
16.	การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	338	93.4	14	3.9	8	2.2	907.8***
17.	การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	338	93.4	16	4.4	6	1.7	908.1***

หมายเหตุ *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.10 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนโดยรวมพบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.3 – ร้อยละ 95.9) มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าของแต่ละข้อ มีสัดส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ

ตาราง 4.11 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ตามภาพรวม (n = 362 คน)

ข้อ	รายการ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล		ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล		ไม่รู้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=2)
1.	ความผิดปกติของฮอร์โมน	207	57.2	107	29.6	42	11.6	271.2***
2.	การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	145	40.1	174	48.1	36	9.9	235.0***
3.	การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	219	60.5	107	29.6	29	8.0	321.0***
4.	การขาดสารอาหารและวิตามิน	171	47.2	154	42.5	26	7.2	257.5***
5.	ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	338	93.4	19	5.2	1	.3	918.0***
6.	ความกดดันในเรื่องใดๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	332	91.7	23	6.4	3	.8	875.1***
7.	ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	294	81.2	53	14.6	9	2.5	643.9***
8.	ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	337	93.1	19	5.2	1	.3	915.0***
9.	ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	316	87.3	36	9.9	3	.8	780.7***
10.	การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	308	85.1	45	12.4	1	.3	736.7***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.11 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรวม พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล 10 ข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ คือเกินร้อยละ 50 (ร้อยละ 57.2 – 93.4) มีความรู้ว่าปัจจัยทุกข้อยกเว้นปัจจัยทางชีวภาพ ข้อ 2 และข้อ 4 เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล สำหรับปัจจัยทางชีวภาพ ข้อ 2 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์) และข้อ 4 (การขาดสารอาหารและวิตามิน) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนเพียงร้อยละ 40.1และ 47.2 มีความรู้ว่าเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวลแต่อีกร้อยละ 48.1 และ 42.5 ตอบว่าไม่เป็นสาเหตุซึ่งแสดงถึงความเข้าใจผิดตามลำดับ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน ผู้ที่มีความรู้ เข้าใจผิด และผู้ที่ไม่รู้ในสาเหตุของโรควิตกกังวลแต่ละข้อ แล้ว พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ โดยสาเหตุของโรควิตกกังวลที่เป็นปัจจัยทางจิต-สังคม (ข้อ 5 – ข้อ 10) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้ สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลที่เป็นปัจจัยทางทางชีวภาพ (ข้อ 1 – ข้อ 4) พบว่าข้อ 1 และข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้เช่นเดียวกัน แต่ข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิด (ตอบว่าไม่เป็นสาเหตุ) สูงกว่าผู้ที่มีความรู้และหรือขาดความรู้ (ตอบไม่รู้) ด้านนี้ ส่วนข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้แม้จะไม่ถึงครึ่งแต่ก็สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.12 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ตามภาพรวม (n = 362 คน)

ข้อ	รายการ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้		ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้		ไม่รู้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=2)
11.	การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	304	84.0	41	11.3	13	3.6	691.3***
12.	การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	345	95.3	8	2.2	5	1.4	968.2***
13.	การมีลูกหลานคอยดูแล	344	95.0	13	3.6	1	.3	961.4***
14.	การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	343	94.8	13	3.6	2	.6	953.8***
15.	การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	348	96.1	9	2.5	1	.3	991.3***
16.	การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำความเข้าใจตนเอง	359	99.2	343	94.8	15	4.1	626.0***
17.	การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	359	99.2	349	96.4	9	2.5	659.5***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.12 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนโดยรวมพบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.0 – ร้อยละ 99.2) มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้

เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนผู้ที่มีความรู้ ผู้ที่เข้าใจผิด และผู้ที่ขาดความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลของแต่ละข้อ มีสัดส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดและหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ

ตาราง 4.13 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ตามภาพรวม (n = 362 คน)

ข้อ	รายการ	โรคซึมเศร้า					โรควิตกกังวล				
		ทำได้		ทำไม่ได้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน	ทำได้		ทำไม่ได้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	χ^2 (df=1)	f	%	f	%	χ^2 (df=1)
1.	สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	318	87.8	38	10.5	220.2***	300	82.9	38	10.5	203.1***
2.	สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	225	62.2	130	35.9	25.4***	212	58.6	128	35.4	20.8***
3.	รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	268	74.0	88	24.3	91.0***	257	71.0	82	22.7	90.3***
4.	ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	303	83.7	55	15.2	171.8***	290	80.1	51	14.1	167.5***
5.	หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	316	87.3	37	10.2	220.5***	308	85.1	35	9.7	217.3***
6.	ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	333	92.0	22	6.1	272.5***	322	89.0	20	5.5	266.7***
7.	อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	310	85.6	43	11.9	202.0***	298	82.3	41	11.3	194.8***
8.	ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	303	83.7	48	13.3	185.3***	299	82.6	47	13.0	183.5***
9.	คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	342	94.5	16	4.4	296.9***	329	90.9	15	4.1	286.6***
10.	ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	293	80.9	61	16.9	152.0***	285	78.7	60	16.6	146.7***

ข้อ	รายการ	โรคซึมเศร้า					โรควิตกกังวล				
		ทำได้		ทำไม่ได้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน	ทำได้		ทำไม่ได้		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	χ^2 (df=1)	f	%	f	%	χ^2 (df=1)
11.	ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	303	83.7	53	14.6	175.6***	295	81.5	46	12.7	181.8***
12.	บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	309	85.4	46	12.7	194.8***	302	83.4	41	11.3	198.6***
13.	เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	308	85.1	45	12.4	195.9***	299	82.6	45	12.4	187.5***
14.	หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	332	91.7	27	7.5	259.1***	317	87.6	25	6.9	249.3***
15.	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	339	93.6	18	5.0	288.6***	323	89.2	20	5.5	267.7***
16.	สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	332	91.7	26	7.2	261.6***	317	87.6	27	7.5	244.5***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.13 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรวม พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทั้ง 16 ข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.2 – ร้อยละ 94.5) ประเมินว่าตนสามารถทำได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีและไม่มีทักษะแต่ละข้อดังกล่าวแล้ว พบว่าสัดส่วนผู้ที่มีทักษะสูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทั้ง 16 ข้อ พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.6 – ร้อยละ 90.9) ประเมินว่าตนสามารถทำได้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะและไม่มีทักษะแต่ละข้อดังกล่าวแล้ว พบว่าสัดส่วนผู้ที่มีทักษะสูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ

ตาราง 4.14 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ตามภาพรวม (n =362 คน)

ข้อ	รายการ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		เห็นด้วยอย่างยิ่ง		ผลการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน
		f	%	f	%	f	%	f	%	χ^2 (df=3)
1.	ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	3	0.8%	10	2.8%	207	58.5%	132	37.3%	498.9***
2.	ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	3	0.8%	20	5.6%	205	57.9%	124	35.0%	462.6***
3.	การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	3	0.8%	11	3.1%	202	57.1%	136	38.4%	485.5***
4.	ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	2	0.6%	27	7.6%	214	60.5%	109	30.8%	471.1***
5.	การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	2	0.6%	15	4.2%	200	56.7%	133	37.7%	631.5***
6.	ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	3	0.8%	12	3.4%	188	53.1%	148	41.8%	619.0***
7.	ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	3	0.8%	39	11.0%	217	61.3%	93	26.3%	454.9***
8.	การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	3	0.8%	15	4.2%	227	64.1%	106	29.9%	713.9***
9.	ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	3	0.8%	11	3.1%	208	58.8%	129	36.4%	663.6***

หมายเหตุ *** $p <$ 0.001

จากตาราง 4.14 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนโดยรวม พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 53.1 – ร้อยละ 64.1) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 26.3 – ร้อยละ 41.8)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อ มีสัดส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลัง ความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลในครอบครัวและทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรายงานผลตามแต่ละภูมิภาคเป็นรายจังหวัด

4.2.1 ภาคเหนือ (จังหวัดน่าน และจังหวัดเชียงราย)

ตาราง 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคเหนือตามรายจังหวัด (n = 180 คน)

จังหวัด	น่าน		เชียงราย		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
เพศ	90	100	**90**	**100**	180	100
ชาย	22	24.4	20	22.2	42	23.3
หญิง	68	75.6	70	77.8	138	76.7
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
อายุ	90	100	**90**	**100**	180	100
< 30 ปี	8	8.9	13	14.4	21	11.7
30-34 ปี	9	10.0	2	2.2	11	6.1
35-39 ปี	12	13.3	7	7.8	19	10.6
40-44 ปี	14	15.6	13	14.4	27	15.0
45-49 ปี	18	20.0	14	15.6	32	17.8
≥ 50 ปี	29	32.2	41	45.6	70	38.9
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	90	100	**90**	**100**	180	100
< 3 ปี	16	17.8	17	18.9	33	18.3
3-5 ปี	18	20.0	11	12.2	29	16.1
6-9 ปี	12	13.3	11	12.2	23	12.8
10-14 ปี	17	18.9	26	28.9	43	23.9
15-19 ปี	10	11.1	7	7.8	17	9.4
≥ 20 ปี	17	18.9	18	20.0	35	19.4
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ มีปัญหาโรคใด	90	100	**90**	**100**	180	100
โรคซึมเศร้า	28	31.1	25	27.8	53	29.4
โรควิตกกังวล	39	43.3	32	35.6	71	39.4
ไม่รู้	23	25.6	20	22.2	43	23.9
ไม่ระบุ	-	-	13	14.4	13	7.3
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่เกี่ยวข้องกับท่าน เป็น	90	100	**90**	**100**	180	100
พ่อแม่	60	66.7	60	66.7	120	66.7
พี่น้อง	3	3.3	2	2.2	5	2.8
ปู่ย่าตายาย	16	17.8	10	11.1	26	14.4

จังหวัด	น่าน		เชียงราย		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
ลุงป้าน้าอา	3	3.3	-	-	3	1.7
อื่น ๆ	8	8.9	15	16.7	23	12.8
ไม่ระบุ	-	-	3	3.3	3	1.7
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในครอบครัว	90	100	**90**	**100**	180	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	38	42.2	46	51.1	84	46.7
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	17	18.9	28	31.1	45	25.0
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	35	38.9	16	17.8	51	28.3

จากตาราง 4.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดน่าน มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 75.6) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 29 คน (ร้อยละ 32.2) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 20.0) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 39 คน (ร้อยละ 43.3) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 60 คน (ร้อยละ 66.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 38 คน (ร้อยละ 42.2)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดเชียงราย มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 70 คน (ร้อยละ 77.8) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 41 คน (ร้อยละ 45.6) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 26 คน (ร้อยละ 28.9) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 32 คน (ร้อยละ 35.6) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 60 คน (ร้อยละ 66.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 51.1)

ตาราง 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคเหนือตามรายจังหวัด (n = 60 คน)

จังหวัด	น่าน		เชียงราย		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
เพศ	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
ชาย	8	26.7	2	6.7	10	16.7
หญิง	22	73.3	28	93.3	50	83.3
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
อายุ	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
< 30 ปี	2	6.7	4	13.3	6	10.0
30-34 ปี	1	3.3	-	-	1	1.7
35-39 ปี	2	6.7	1	3.3	3	5.0
40-44 ปี	8	26.7	4	13.3	12	20.0
45-49 ปี	9	30.0	8	26.7	17	28.3
≥ 50 ปี	8	26.7	13	43.3	21	35.0
ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
อสม.	8	26.7	18	60.0	26	43.3
อผส.	1	3.3	5	16.7	6	10.0
พยาบาลวิชาชีพ	11	36.7	1	3.3	12	20.0
ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	1	3.3	1	1.7
อื่น ๆ	10	33.3	3	10.0	13	21.7
ไม่ระบุ	-	-	2	6.7	2	3.3
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
< 3 ปี	4	13.3	7	23.3	11	18.3
3-5 ปี	7	23.3	8	26.7	15	25.0
6-9 ปี	5	16.7	6	20.0	11	18.3
10-14 ปี	8	26.7	3	10.0	11	18.3
15-19 ปี	2	6.7	4	13.3	6	10.0
≥ 20 ปี	4	13.3	2	6.7	6	10.0
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	24	80.0	28	93.3	52	86.7
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	15	50.0	28	93.3	43	71.7
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	12	40.0	29	96.7	41	68.3
การมีทีมงานรับผิดชอบในการทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชน	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
มี	19	63.3	29	96.7	48	80.0

จังหวัด	น่าน		เชียงราย		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
ไม่มี	10	33.3	-	-	10	16.7
ไม่ระบุ	1	3.3	1	3.3	2	3.3
องค์ประกอบของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
แพทย์	1	3.3	1	3.3	2	3.3
พยาบาล	10	33.3	7	23.3	17	28.3
นักสังคมสงเคราะห์	1	3.3	1	3.3	2	3.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	14	46.7	22	73.3	36	60.0
นักจิตวิทยา	-	-	1	3.3	1	1.7
อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.)	7	23.3	4	13.3	11	18.3
อสม.	17	56.7	26	86.7	43	71.7
อื่น ๆ	2	6.7	-	-	2	3.3
บทบาทของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
ป้องกัน	14	46.7	25	83.3	39	65.0
คัดกรอง	17	56.7	25	83.3	42	70.0
ตรวจวินิจฉัยอาการ	4	13.3	3	10.0	7	11.7
รักษา	6	20.0	20	66.7	26	43.3
บำบัด	4	13.3	12	40.0	16	26.7
ส่งต่อ	13	43.3	18	60.0	31	51.7
อื่น ๆ	4	13.3	2	6.7	6	10.0
ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วมในการทำงาน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	**30**	**100.0**	**30**	**100.0**	60	100
อปท.	13	43.3	23	76.7	36	60.0
อผส.	4	13.3	7	23.3	11	18.3
อสม.	19	63.3	29	96.7	48	80.0
ชมรมผู้สูงอายุ	11	36.7	11	36.7	22	36.7
ศพค.	1	3.3	7	23.3	8	13.3
อื่น ๆ	-	-	1	3.3	1	1.7

จากตาราง 4.16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดน่าน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 73.3) มีอายุ 45-49 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 15-19 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.0) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) บทบาทของทีมงาน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การคัดกรอง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น“ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดเชียงราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 93.3) มีอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพึ่งพิงมาก จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือการป้องกันและการคัดกรอง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7)

ตาราง 4.17 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	17	18.9%	17.3***	26	28.9%	15.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	48	53.3%		47	52.2%	
	ไม่รู้	25	27.8%		17	18.9%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	29	32.2%	0.5	34	37.8%	6.2
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	31.1%		37	41.1%	
	ไม่รู้	33	36.7%		19	21.1%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	30	33.3%	0.6	30	33.3%	5.4
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	30.0%		39	43.3%	
	ไม่รู้	33	36.7%		21	23.3%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	59	65.6%	43.4***	63	71.6%	102.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	11	12.2%		17	19.3%	
	ไม่รู้	20	22.2%		8	9.1%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	50	55.6%	21.7***	60	67.4%	95.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	15	16.7%		23	25.8%	
	ไม่รู้	25	27.8%		6	6.7%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	52	57.8%	25.3***	54	60.0%	35.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	25.6%		28	31.1%	
	ไม่รู้	15	16.7%		8	8.9%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	52	58.4%	27.3***	54	60.7%	80.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	24	27.0%		30	33.7%	
	ไม่รู้	13	14.6%		5	5.6%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	60	66.7%	45.0***	50	56.8%	70.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	15	16.7%		33	37.5%	
	ไม่รู้	15	16.7%		5	5.7%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	63	70.0%	54.5***	60	68.2%	94.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	13	14.4%		23	26.1%	
	ไม่รู้	14	15.6%		5	5.7%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	50	55.6%	20.3***	50	56.2%	71.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	22	24.4%		33	37.1%	
	ไม่รู้	18	20.0%		6	6.7%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.17 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคเหนือ พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 4 – ข้อ 10) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 55.6 – ร้อยละ 71.6) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 – ข้อ 3 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์, การเปลี่ยนแปลงของสมดุล

สารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง, ความผิดปกติของฮอร์โมน) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยเข้าใจผิดร้อยละ 30.0 – 53.3, ขาดความรู้ร้อยละ 18.9 – 36.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 4 – ข้อ 10) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ต่ำกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ข้อ 2 และข้อ 3 พบว่า ผู้ดูแลของภาคเหนือทั้งสองจังหวัดมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.18 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	68	75.6%	72.5***	62	68.9%	53.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	9	10.0%		20	22.2%	
	ไม่รู้	13	14.4%		8	8.9%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	67	74.4%	68.5***	59	65.6%	45.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	11	12.2%		23	25.6%	
	ไม่รู้	12	13.3%		8	8.9%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	79	87.8%	120.1***	85	94.4%	151.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	5	5.6%		2	2.2%	
	ไม่รู้	6	6.7%		3	3.3%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	76	84.4%	106.1***	83	92.2%	140.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	5	5.6%		5	5.6%	
	ไม่รู้	9	10.0%		2	2.2%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	78	86.7%	115.3***	79	88.8%	190.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	7	7.8%		8	9.0%	
	ไม่รู้	5	5.6%		2	2.2%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	76	84.4%	105.8***	82	92.1%	210.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	7	7.8%		5	5.6%	
	ไม่รู้	7	7.8%		2	2.2%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	71	78.9%	86.1***	80	88.9%	125.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	15	16.7%		6	6.7%	
	ไม่รู้	4	4.4%		4	4.4%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.18 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคเหนือ พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 65.6 – ร้อยละ 94.4) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.19 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	30	33.3%	0.6	32	35.6%	5.6
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	30.0%		38	42.2%	
	ไม่รู้	33	36.7%		20	22.2%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	31.1%	0.3	30	33.3%	6.7*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	32	35.6%		40	44.4%	
	ไม่รู้	30	33.3%		20	22.2%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	37	41.1%	2.6	31	34.4%	2.9
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	25	27.8%		36	40.0%	
	ไม่รู้	28	31.1%		23	25.6%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	33	36.7%	4.2	31	34.4%	14.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	36	40.0%		44	48.9%	
	ไม่รู้	21	23.3%		15	16.7%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	76	85.4%	109.0***	73	81.1%	94.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	9	10.1%		14	15.6%	
	ไม่รู้	4	4.5%		3	3.3%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	65	72.2%	61.4***	60	66.7%	47.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	14	15.6%		21	23.3%	
	ไม่รู้	11	12.2%		9	10.0%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	47	52.2%	16.5***	61	67.8%	50.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	30.0%		21	23.3%	
	ไม่รู้	16	17.8%		8	8.9%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	63	70.0%	58.2***	64	71.9%	108.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	21	23.3%		18	20.2%	
	ไม่รู้	6	6.7%		7	7.9%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	55	61.1%	36.1***	55	61.1%	40.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	26	28.9%		29	32.2%	
	ไม่รู้	9	10.0%		6	6.7%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	65	72.2%	67.3***	55	61.8%	83.0***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	22	24.4%		29	32.6%	
	ไม่รู้	3	3.3%		5	5.6%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.19 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคเหนือ พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 5 – ข้อ 10) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 52.2 – ร้อยละ 85.4) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 – ข้อ 4 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยเข้าใจผิดร้อยละ 27.8 – 48.9, ขาดความรู้ร้อยละ 16.7 – 36.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของ

โรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 5 – ข้อ 10) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวล ข้อ 1 – ข้อ 4 พบว่า ผู้ดูแลของภาคเหนือในจังหวัดน่านมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ แต่ในจังหวัดเชียงราย พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับความรู้ในข้อ 2 และข้อ 4 สูงกว่าผู้ที่มีความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ

ตาราง 4.20 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	65	72.2%	61.4***	60	66.7%	46.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	11	12.2%		20	22.2%	
	ไม่รู้	14	15.6%		10	11.1%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	85	94.4%	151.4***	77	85.6%	110.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	1.1%		9	10.0%	
	ไม่รู้	4	4.4%		4	4.4%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	84	93.3%	146.1***	86	95.6%	156.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		2	2.2%	
	ไม่รู้	1	1.1%		2	2.2%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	78	86.7%	116.3***	86	95.6%	156.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	10	11.1%		1	1.1%	
	ไม่รู้	2	2.2%		3	3.3%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	83	92.2%	140.5***	83	92.2%	140.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	4	4.4%		4	4.4%	
	ไม่รู้	3	3.3%		3	3.3%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	80	88.9%	125.1***	84	93.3%	145.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	4	4.4%		2	2.2%	
	ไม่รู้	6	6.7%		4	4.4%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	77	86.5%	113.3***	83	92.2%	140.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	6	6.7%		2	2.2%	
	ไม่รู้	6	6.7%		5	5.6%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.20 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคเหนือ พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 66.7 – ร้อยละ 95.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.21 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		น่าน			เชียงราย			น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	73	82.0%	36.5***	70	86.4%	80.1***	72	80.0%	32.4***	71	85.5%	84.5***
	ทำไม่ได้	16	18.0%		11	13.6%		18	20.0%		12	14.5%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	61	67.8%	11.4***	51	65.4%	25.8***	59	66.3%	9.4***	49	58.3%	32.1***
	ทำไม่ได้	29	32.2%		27	34.6%		30	33.7%		35	41.7%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	66	74.2%	20.8***	60	74.1%	47.4***	66	73.3%	19.6***	63	77.8%	55.8***
	ทำไม่ได้	23	25.8%		21	25.9%		24	26.7%		18	22.2%	
4. ดูแลและให้ยาลด ความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	76	84.4%	42.7***	76	93.8%	106.1***	76	84.4%	42.7***	79	94.0%	120.1***
	ทำไม่ได้	14	15.6%		5	6.2%		14	15.6%		5	6.0%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	69	76.7%	25.6***	69	83.1%	76.9***	73	81.1%	34.8***	69	83.1%	76.9***
	ทำไม่ได้	21	23.3%		14	16.9%		17	18.9%		14	16.9%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	82	91.1%	60.8***	78	94.0%	115.3***	83	92.2%	64.2***	78	94.0%	115.3***
	ทำไม่ได้	8	8.9%		5	6.0%		7	7.8%		5	6.0%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	80	88.9%	54.4***	74	89.2%	96.9***	78	87.6%	50.4***	74	90.2%	96.8***
	ทำไม่ได้	10	11.1%		9	10.8%		11	12.4%		8	9.8%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	70	77.8%	27.8***	68	84.0%	72.5***	70	77.8%	27.8***	70	83.3%	81.1***
	ทำไม่ได้	20	22.2%		13	16.0%		20	22.2%		14	16.7%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	82	91.1%	60.8***	73	91.2%	92.6***	82	91.1%	60.8***	80	92.0%	125.3***
	ทำไม่ได้	8	8.9%		7	8.8%		8	8.9%		7	8.0%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	62	68.9%	12.8***	67	82.7%	68.9***	60	66.7%	10.0***	71	83.5%	85.4***
	ทำไม่ได้	28	31.1%		14	17.3%		30	33.3%		14	16.5%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		น่าน			เชียงราย			น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	63	70.0%	14.4***	73	90.1%	92.5***	66	73.3%	19.6***	78	92.9%	115.2***
	ทำไม่ได้	27	30.0%		8	9.9%		24	26.7%		6	7.1%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	72	80.0%	32.4***	78	95.1%	115.5***	70	77.8%	27.8***	80	94.1%	125.0***
	ทำไม่ได้	18	20.0%		4	4.9%		20	22.2%		5	5.9%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	76	84.4%	42.7***	72	86.7%	88.5***	73	81.1%	34.8***	75	89.3%	101.4***
	ทำไม่ได้	14	15.6%		11	13.3%		17	18.9%		9	10.7%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	76	84.4%	42.7***	69	84.1%	76.5***	77	85.6%	45.5***	72	85.7%	88.8***
	ทำไม่ได้	14	15.6%		13	15.9%		13	14.4%		12	14.3%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	85	95.5%	73.7***	77	92.8%	110.5***	85	94.4%	71.1***	78	94.0%	115.3***
	ทำไม่ได้	4	4.5%		6	7.2%		5	5.6%		5	6.0%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	75	84.3%	41.8***	75	91.5%	164.4***	76	85.4%	44.6***	75	90.4%	164.5***
	ทำไม่ได้	14	15.7%		7	8.5%		13	14.6%		8	9.6%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.21 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคเหนือ พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 65.4 – ร้อยละ 95.5) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 58.3 – ร้อยละ 94.4) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.22 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	42	46.7%	33.9***	31	34.8%	78.7***
	เห็นด้วย	44	48.9%		53	59.6%	
	ไม่เห็นด้วย	4	4.4%		5	5.6%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	26	28.9%	55.5***	22	24.7%	86.4***
	เห็นด้วย	49	54.4%		49	55.1%	
	ไม่เห็นด้วย	14	15.6%		17	19.1%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		1	1.1%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	35	38.9%	24.1***	32	36.0%	49.1***
	เห็นด้วย	46	51.1%		44	49.4%	
	ไม่เห็นด้วย	9	10.0%		13	14.6%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	31	34.4%	22.9***	25	28.7%	95.3***
	เห็นด้วย	48	53.3%		51	58.6%	
	ไม่เห็นด้วย	11	12.2%		10	11.5%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	25	27.8%	44.6***	34	38.2%	99.8***
	เห็นด้วย	58	64.4%		47	52.8%	
	ไม่เห็นด้วย	7	7.8%		7	7.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	23	25.6%	56.0***	30	33.7%	57.2***
	เห็นด้วย	50	55.6%		38	42.7%	
	ไม่เห็นด้วย	16	17.8%		17	19.1%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		4	4.5%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	16	17.8%	45.1***	25	27.8%	62.3***
	เห็นด้วย	60	66.7%		52	57.8%	
	ไม่เห็นด้วย	14	15.6%		9	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		4	4.4%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	20	22.2%	43.4***	34	37.8%	51.4***
	เห็นด้วย	59	65.6%		44	48.9%	
	ไม่เห็นด้วย	11	12.2%		9	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		3	3.3%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	27	30.0%	40.5***	33	36.7%	74.9***
	เห็นด้วย	56	62.2%		51	56.7%	
	ไม่เห็นด้วย	7	7.8%		4	4.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		2	2.2%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.22 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคเหนือ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดเห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 42.7 – ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 17.8 – ร้อยละ 46.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.23 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	11	36.7%	14.6***	14	48.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	18	60.0%		14	48.3%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.4%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	18	60.0%	9.8**	17	60.7%	22.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	7	23.3%		9	32.1%	
	ไม่รู้	5	16.7%		2	7.1%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	20	66.7%	15.2***	18	64.3%	23.0***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	6	20.0%		6	21.4%	
	ไม่รู้	4	13.3%		4	14.3%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	19.2***	26	89.7%	38.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		3	10.3%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	43.4***	25	86.2%	54.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.3%		1	3.4%	
	ไม่รู้	2	6.7%		3	10.3%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	93.3%	22.5***	23	79.3%	44.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.7%		5	17.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.4%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	93.3%	48.6***	23	79.3%	44.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.3%		5	17.2%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.4%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	93.3%	22.5***	25	86.2%	54.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.7%		2	6.9%	
	ไม่รู้	0	0.0%		2	6.9%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	30	100.0%	-	27	96.4%	46.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.6%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	24	80.0%	10.8***	23	79.3%	26.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	6	20.0%		6	20.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.23 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคเหนือ พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าในทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเกือบทุกข้อเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 48.3 –

ร้อยละ 100) ยกเว้น ปัจจัยข้อ 1 การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ทีมงานของเจ้าหน้าที่ชุมชนทั้งสองจังหวัดส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า โดยจังหวัดน่าน (ร้อยละ 60.0) และจังหวัดเชียงรายผู้ที่เข้าใจผิดเท่ากับผู้ที่มีความรู้ (ร้อยละ 48.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในจังหวัดน่าน สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 3 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์สัดส่วนของผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือผู้ที่ขาดความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนในจังหวัดเชียงราย สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุข้อ 1 สัดส่วนผู้ที่มีความรู้ในด้านนี้และผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.24 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	22.5***	23	79.3%	26.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		6	20.7%	
	ไม่รู้	2	6.7%		0	0.0%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	23	76.7%	8.5***	24	82.8%	48.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	7	23.3%		2	6.9%	
	ไม่รู้	0	0.0%		3	10.3%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	30	100.0%	-	27	93.1%	67.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		1	3.4%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.4%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	30	100.0%	-	28	96.6%	48.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		1	3.4%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	22.5***	28	96.6%	48.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.4%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	26	86.7%	38.6***	29	100.0%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	3	10.0%		0	0.0%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	26	86.7%	38.4***	29	100.0%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	2	6.7%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.24 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคเหนือ พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดน่านส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 76.7 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 79.3 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.25 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	11	36.7%	6.2*	19	65.5%	25.230.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	50.0%		4	13.8%	
	ไม่รู้	4	13.3%		6	20.7%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	7	23.3%	15.8***	11	37.9%	12.1**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	20	66.7%		13	44.8%	
	ไม่รู้	3	10.0%		5	17.2%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	50.0%	7.8*	18	62.1%	21.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	12	40.0%		6	20.7%	
	ไม่รู้	3	10.0%		5	17.2%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	13	43.3%	9.8**	16	55.2%	17.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	50.0%		9	31.0%	
	ไม่รู้	2	6.7%		4	13.8%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	29	96.7%	26.1***	24	82.8%	30.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.3%		5	17.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	93.3%	48.6***	26	89.7%	38.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.3%		3	10.3%	
	ไม่รู้	1	3.3%		0	0.0%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	20	66.7%	15.8***	23	79.3%	26.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	7	23.3%		6	20.7%	
	ไม่รู้	3	10.0%		0	0.0%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	26	86.7%	16.1***	28	96.6%	48.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	4	13.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.4%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	25	83.3%	13.3***	26	89.7%	38.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	5	16.7%		3	10.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	25	83.3%	13.3***	23	79.3%	44.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	5	16.7%		5	17.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.4%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.25 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคเหนือ พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล (ข้อ 1 – ข้อ 10) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดน่านส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยข้อ 3 และ ข้อ 5 – ข้อ 10 เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 50.0 – ร้อยละ 96.7) ส่วนสาเหตุข้อ 1, ข้อ 2 และ ข้อ 4 ทีมงานเจ้าหน้าที่ชุมชนส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 50.0 – ร้อยละ 66.7) เมื่อทดสอบความแตกต่าง

ของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดน่านสำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 5 – ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1, ข้อ 2 และข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านนี้หรือขาดความรู้ด้านนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .001 และ .01 ตามลำดับ สำหรับในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยเกือบทุกข้อเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 55.2 – ร้อยละ 96.6) ยกเว้นข้อ 2 ที่ส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 44.8) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านนี้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4.26 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	23	76.7%	25.4***	23	79.3%	44.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	4	13.3%		5	17.2%	
	ไม่รู้	3	10.0%		1	3.4%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	25	86.2%	54.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		3	10.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.4%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	29	96.7%	26.1***	26	89.7%	38.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.3%		3	10.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	90.0%	19.2***	29	100.0%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	28	96.6%	48.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		1	3.4%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	29	96.7%	26.1***	29	100.0%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	29	100.0%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.26 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคเหนือ พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของทั้งสองจังหวัดส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 76.7 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวในข้อ 1 – ข้อ 7 สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.27 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		น่าน			เชียงราย			น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2 (df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	25	83.3%	13.3***	29	96.7%	26.1***	24	80.0%	10.8***	23	92.0%	17.6***
	ทำไม่ได้	5	16.7%		1	3.3%		6	20.0%		2	8.0%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	13	43.3%	0.5	19	63.3%	2.1	14	46.7%	0.1	15	53.6%	0.1
	ทำไม่ได้	17	56.7%		11	36.7%		16	53.3%		13	46.4%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	20	66.7%	3.3	21	70.0%	4.8*	20	66.7%	3.3	23	76.7%	8.5**
	ทำไม่ได้	10	33.3%		9	30.0%		10	33.3%		7	23.3%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	22	73.3%	6.5*	24	80.0%	10.8***	22	73.3%	6.5*	27	90.0%	19.2***
	ทำไม่ได้	8	26.7%		6	20.0%		8	26.7%		3	10.0%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	26	86.7%	16.1***	27	90.0%	19.2***	26	86.7%	16.1***	28	93.3%	22.5***
	ทำไม่ได้	4	13.3%		3	10.0%		4	13.3%		2	6.7%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	29	96.7%	26.1***	28	93.3%	22.5***	28	93.3%	22.5***	28	96.6%	25.1***
	ทำไม่ได้	1	3.3%		2	6.7%		2	6.7%		1	3.4%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	25	83.3%	13.3***	26	89.7%	18.2***	26	86.7%	16.1***	28	93.3%	22.5***
	ทำไม่ได้	5	16.7%		3	10.3%		4	13.3%		2	6.7%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	20	66.7%	3.3	27	90.0%	19.2***	19	63.3%	2.1	27	90.0%	19.2***
	ทำไม่ได้	10	33.3%		3	10.0%		11	36.7%		3	10.0%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	26	86.7%	16.1***	28	93.3%	22.5***	27	90.0%	19.2***	28	93.3%	22.5***
	ทำไม่ได้	4	13.3%		2	6.7%		3	10.0%		2	6.7%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	20	66.7%	3.3	27	93.1%	21.6***	20	66.7%	3.3	28	93.3%	22.5***
	ทำไม่ได้	10	33.3%		2	6.9%		10	33.3%		2	6.7%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		น่าน			เชียงราย			น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2 (df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	21	70.0%	4.8*	27	93.1%	21.6***	22	73.3%	6.5*	28	93.3%	22.5***
	ทำไม่ได้	9	30.0%		2	6.9%		8	26.7%		2	6.7%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	25	83.3%	13.3***	26	89.7%	18.2***	25	83.3%	13.3***	27	90.0%	19.2***
	ทำไม่ได้	5	16.7%		3	10.3%		5	16.7%		3	10.0%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	20	66.7%	3.3	27	93.1%	21.6***	21	70.0%	4.8*	28	93.3%	22.5***
	ทำไม่ได้	10	33.3%		2	6.9%		9	30.0%		2	6.7%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	29	96.7%	26.1***	29	96.7%	26.1***	29	96.7%	26.1***	29	96.7%	26.1***
	ทำไม่ได้	1	3.3%		1	3.3%		1	3.3%		1	3.3%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	28	93.3%	22.5***	29	96.7%	26.1***	28	93.3%	22.5***	29	96.7%	26.1***
	ทำไม่ได้	2	6.7%		1	3.3%		2	6.7%		1	3.3%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	28	93.3%	22.5***	29	96.7%	26.1***	28	93.3%	22.5***	29	96.7%	26.1***
	ทำไม่ได้	2	6.7%		1	3.3%		2	6.7%		1	3.3%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.27 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคเหนือ พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดน่านส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 66.7 – ร้อยละ 96.7) ยกเว้นข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 4 และข้อ 11 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะข้อ 1, ข้อ 5 – ข้อ 7, ข้อ 9, ข้อ 12, ข้อ 14 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 - ข้อ 3, ข้อ 8, ข้อ 10 และ ข้อ 13 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดเชียงรายส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 63.3 – ร้อยละ 96.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะข้อ 1 และ ข้อ 4 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้

ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวล ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดน่านส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 63.3 – ร้อยละ 96.7) ยกเว้นข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 4, ข้อ 11 และ ข้อ 13 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะข้อ 1 , ข้อ 5 – ข้อ 7 , ข้อ 9 , ข้อ 12 - ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 – ข้อ 3, ข้อ 8 และ ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดเชียงรายส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 53.6 – ร้อยละ 96.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1 และ ข้อ 4 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

ตาราง 4.28 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคเหนือตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		น่าน			เชียงราย		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	16.7%	30.2***	9	31.0%	29.2***
	เห็นด้วย	24	80.0%		19	65.5%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.3%		1	3.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	13.3%	34.2***	9	31.0%	20.7***
	เห็นด้วย	25	83.3%		17	58.6%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		3	10.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	3.3%		0	0.0%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	26.7%	20.6***	9	31.0%	29.2***
	เห็นด้วย	21	70.0%		19	65.5%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		1	3.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	3.3%		0	0.0%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	3	10.0%	21.8***	12	41.4%	23.6***
	เห็นด้วย	22	73.3%		16	55.2%	
	ไม่เห็นด้วย	5	16.7%		1	3.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	23.3%	15.8***	10	34.5%	16.2***
	เห็นด้วย	20	66.7%		19	65.5%	
	ไม่เห็นด้วย	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	20.0%	25.2***	12	41.4%	13.4***
	เห็นด้วย	19	63.3%		17	58.6%	
	ไม่เห็นด้วย	4	13.3%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	3.3%		0	0.0%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	3	10.0%	11.4***	7	24.1%	35.6***
	เห็นด้วย	18	60.0%		21	72.4%	
	ไม่เห็นด้วย	9	30.0%		1	3.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	16.7%	21.8***	8	27.6%	20.6***
	เห็นด้วย	22	73.3%		21	72.4%	
	ไม่เห็นด้วย	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	23.3%	19.4***	7	24.1%	35.6***
	เห็นด้วย	21	70.0%		21	72.4%	
	ไม่เห็นด้วย	2	6.7%		1	3.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.28 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคเหนือ พบว่า ทุกข้อทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดน่านส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 60.0 – ร้อยละ 83.3) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเกือบทุกข้อ (ร้อยละ 13.3 – ร้อยละ 26.7) ยกเว้นข้อ 4 และ ข้อ 7 ที่เป็นกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางลบ (ร้อยละ 16.7 และ ร้อยละ 30 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 1-9 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดเชียงรายทุกข้อส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 55.2 – ร้อยละ 72.4) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 24.1 – ร้อยละ 41.4) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.2.2 ภาคใต้ (จังหวัดสงขลา และจังหวัดยะลา)

ตาราง 4.29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้ตามรายจังหวัด (n = 179 คน)

จังหวัด	สงขลา		ยะลา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	f	%	F	%	f	%
เพศ	**90**	**100**	**89**	**100**	179	100
ชาย	17	18.9	12	13.5	29	16.2
หญิง	73	81.1	77	86.5	150	83.8
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
อายุ	**90**	**100**	**89**	**100**	179	100
< 30 ปี	4	4.4	27	30.3	31	17.3
30-34 ปี	7	7.8	20	22.5	27	15.1
35-39 ปี	14	15.6	10	11.2	24	13.4
40-44 ปี	14	15.6	8	9.0	22	12.3
45-49 ปี	14	15.6	12	13.5	26	14.5
≥ 50 ปี	37	41.1	12	13.5	49	27.4
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	**90**	**100**	**89**	**100**	179	100
< 3 ปี	8	8.9	27	30.3	35	19.6
3-5 ปี	16	17.8	36	40.4	52	29.1
6-9 ปี	8	8.9	9	10.1	17	9.5
10-14 ปี	26	28.9	12	13.5	38	21.2
15-19 ปี	8	8.9	2	2.2	10	5.6
≥ 20 ปี	24	26.7	3	3.4	27	15.1
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ มีปัญหาโรคใด	**90**	**100**	**89**	**100**	179	100
โรคซึมเศร้า	9	10.7	18	22.5	27	15.1
โรควิตกกังวล	30	35.7	29	36.3	59	33.0
ไม่รู้	45	53.6	33	41.3	78	43.6
ไม่ระบุ	6	6.7	9	10.1	15	8.4
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ เกี่ยวข้องกับท่าน เป็น	**90**	**100**	**89**	**100**	179	100
พ่อแม่	51	56.7	55	62.5	106	59.2
พี่น้อง	4	4.4	1	1.1	5	2.8
ปู่ย่าตายาย	7	7.8	19	21.6	26	14.5
ลุงป้าน้าอา	12	13.3	1	1.1	13	7.3
อื่น ๆ	16	17.8	12	13.6	28	15.6
ไม่ระบุ	-	-	1	1.1	1	0.6
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในครอบครัว	**90**	**100**	**89**	**100**	179	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	54	60.0	41	46.1	95	53.1
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	21	23.3	26	29.2	47	26.3
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	15	16.7	22	24.7	37	20.7

จากตาราง 4.29 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดสงขลา มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 81.1 คน (ร้อยละ 73) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 37 คน (ร้อยละ 41.1) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 28.9) ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่เป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล จำนวน 45 คน (ร้อยละ 53.6) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 56.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 54 คน (ร้อยละ 60.0)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดยะลา มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 77 คน (ร้อยละ 86.5) มีอายุ น้อยกว่า 30 ปี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 30.3) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 40.4) ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่เป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล จำนวน 33 คน (ร้อยละ 41.3) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 55 คน (ร้อยละ 62.5) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 46.1)

ตาราง 4.30 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้ตามรายจังหวัด (n = 60 คน)

จังหวัด	สงขลา		ยะลา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**F**	**%**	**f**	**%**
เพศ	30	100.0	30	100.0	60	100
ชาย	1	3.3	2	6.7	3	5.0
หญิง	29	96.7	28	93.3	57	95.0
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
อายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
< 30 ปี	5	16.7	8	26.7	13	21.7
30-34 ปี	1	3.3	3	10.0	4	6.7
35-39 ปี	4	13.3	4	13.3	8	13.3
40-44 ปี	9	30.0	5	16.7	14	23.3
45-49 ปี	4	13.3	6	20.0	10	16.7
≥ 50 ปี	7	23.3	4	13.3	11	18.3
ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
อสม.	14	46.7	23	76.7	37	61.7
อผส.	-	-	-	-	-	-
พยาบาลวิชาชีพ	9	30.0	3	10.0	12	20.0
ผู้ช่วยพยาบาล	2	6.7	-	-	2	3.3
อื่น ๆ	5	16.7	4	13.3	9	15.0
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
< 3 ปี	2	6.7	4	13.3	6	10.0
3-5 ปี	7	23.3	15	50.0	22	36.7
6-9 ปี	11	36.7	5	16.7	16	26.7
10-14 ปี	5	16.7	3	10.0	8	13.3
15-19 ปี	3	10.0	3	10.0	6	10.0
≥ 20 ปี	2	6.7	-	-	2	3.3
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	26	86.7	26	86.7	52	86.7
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	23	76.7	18	60.0	41	68.3
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	17	56.7	8	26.7	25	41.7
การมีทีมงานรับผิดชอบในการทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชน	30	100.0	30	100.0	60	100
มี	30	100.0	27	90.0	57	95.0
ไม่มี	-	-	3	10.0	3	5.0
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
องค์ประกอบของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100

จังหวัด	สงขลา		ยะลา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	f	%	F	%	f	%
แพทย์	10	33.3	5	16.7	15	25.0
พยาบาล	21	70.0	18	60.0	39	65.0
นักสังคมสงเคราะห์	4	13.3	1	3.3	5	8.3
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	21	70.0	24	80.0	45	75.0
นักจิตวิทยา	12	40.0	7	23.3	19	31.7
อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.)	9	30.0	-	-	9	15.0
อสม.	27	90.0	20	66.7	47	78.3
อื่น ๆ	2	6.7	1	3.3	3	5.0
บทบาทของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
ป้องกัน	24	80.0	19	63.3	43	71.7
คัดกรอง	26	86.7	26	86.7	52	86.7
ตรวจวินิจฉัยอาการ	12	40.0	5	16.7	17	28.3
รักษา	17	56.7	14	46.7	31	51.7
บำบัด	11	36.7	8	26.7	19	31.7
ส่งต่อ	15	50.0	13	43.3	28	46.7
อื่น ๆ	1	3.3	-	-	1	1.7
ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วมในการทำงาน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
อปท.	16	53.3	13	43.3	29	48.3
อผส.	7	23.3	3	10.0	10	16.7
อสม.	29	96.7	25	83.3	54	90.0
ชมรมผู้สูงอายุ	20	66.7	6	20.0	26	43.3
ศพค.	1	3.3	1	3.3	2	3.3
อื่น ๆ	1	3.3	-	-	1	1.7

จากตาราง 4.30 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น“ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดสงขลา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 29 คน (ร้อยละ 96.7) มีอายุ 40-44 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 6-9 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100.0) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเภทละ 21 คน (ร้อยละ 70.0) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การคัดกรอง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น“ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดยะลา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 93.3) มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.0) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพึ่งพิงมาก จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) การทำงานเกี่ยวกับ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.0) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การป้องกันและการคัดกรอง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3)

ตาราง 4.31 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	19	21.6%	37.0***	27	31.8%	4.5
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	56	63.6%		35	41.2%	
	ไม่รู้	13	14.8%		35	40.2%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	29	33.0%	1.4	23	26.4%	2.6
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	34	38.6%		29	33.3%	
	ไม่รู้	25	28.4%		54	62.8%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	31	35.6%	0.5	21	24.4%	2.5
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	30	34.5%		11	12.8%	
	ไม่รู้	26	29.9%		43	50.0%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	50	57.5%	30.4***	27	31.4%	35.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	29	33.3%		16	18.6%	
	ไม่รู้	8	9.2%		38	44.7%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	40	46.0%	13.9***	33	38.8%	12.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	34	39.1%		14	16.5%	
	ไม่รู้	13	14.9%		40	46.5%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	40	46.0%	15.4***	35	40.7%	11.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	35	40.2%		11	12.8%	
	ไม่รู้	12	13.8%		44	51.2%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	51	58.6%	33.4***	33	38.4%	16.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	29	33.3%		9	10.5%	
	ไม่รู้	7	8.0%		48	55.2%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	56	65.1%	47.5***	27	31.0%	22.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	30.2%		12	13.8%	
	ไม่รู้	4	4.7%		43	50.0%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	57	66.3%	49.7***	23	26.7%	22.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	25	29.1%		20	23.3%	
	ไม่รู้	4	4.7%		27	31.8%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	43	49.4%	30.1***	35	41.2%	10.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	39	44.8%		35	40.2%	
	ไม่รู้	5	5.7%		23	26.4%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.31 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคใต้ พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ข้อ 1 – ข้อ 10) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 21.6 – ร้อยละ 66.3) ยกเว้น ข้อ 1 และ ข้อ 2 ได้แก่ การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 63.6) และการเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง (ร้อยละ 38.6) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวขาดความรู้ด้านนี้ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดยะลาส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าปัจจัยในข้อ 1 – ข้อ 9 เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 31.8 – ร้อยละ 62.8) ยกเว้น ข้อ 10 ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น (ร้อยละ 41.2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความรู้ว่าเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสงขลาสำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 4 ถึง ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านนี้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าในข้อ 2 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ สำหรับในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดยะลาสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 4 - ข้อ 9 มีสัดส่วนผู้ที่ขาดความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านนี้หรือผู้ที่เข้าใจผิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ขาดความรู้หรือผู้ที่เข้าใจผิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 - ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.32 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	69	79.3%	83.4***	57	65.5%	43.0***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	12	13.8%		9	10.3%	
	ไม่รู้	6	6.9%		21	24.1%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	63	72.4%	61.5***	63	71.6%	58.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	17	19.5%		15	17.0%	
	ไม่รู้	7	8.0%		10	11.4%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	80	90.9%	131.3***	74	84.1%	102.0***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	5	5.7%		7	8.0%	
	ไม่รู้	3	3.4%		7	8.0%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	79	89.8%	126.3***	65	73.9%	65.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.8%		11	12.5%	
	ไม่รู้	3	3.4%		12	13.6%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	76	86.4%	112.0***	71	80.7%	89.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	9	10.2%		6	6.8%	
	ไม่รู้	3	3.4%		11	12.5%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	76	86.4%	112.0***	70	79.5%	84.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	9	10.2%		10	11.4%	
	ไม่รู้	3	3.4%		8	9.1%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	65	73.9%	68.9***	62	71.3%	56.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	19	21.6%		13	14.9%	
	ไม่รู้	4	4.5%		12	13.8%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.32 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคใต้ พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 65.5 – ร้อยละ 90.9) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.33 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	30	34.1%	1.7	36	41.9%	7.3*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	34	38.6%		17	19.8%	
	ไม่รู้	24	27.3%		33	38.4%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	21	23.9%	19.9***	21	24.7%	4.6
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	49	55.7%		37	43.5%	
	ไม่รู้	18	20.5%		27	31.8%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	34	38.6%	16.5***	31	35.6%	0.5
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	42	47.7%		30	34.5%	
	ไม่รู้	12	13.6%		26	29.9%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	30	34.1%	22.1***	26	29.9%	6.7*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	47	53.4%		40	46.0%	
	ไม่รู้	11	12.5%		21	24.1%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	63	71.6%	65.5***	64	73.6%	66.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	23	26.1%		18	20.7%	
	ไม่รู้	2	2.3%		5	5.7%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	59	67.0%	49.9***	57	65.5%	40.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	23	26.1%		17	19.5%	
	ไม่รู้	6	6.8%		13	14.9%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	50	56.8%	30.1***	45	52.3%	23.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	30	34.1%		32	37.2%	
	ไม่รู้	8	9.1%		9	10.5%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	60	68.2%	54.9***	49	57.0%	27.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	24	27.3%		28	32.6%	
	ไม่รู้	4	4.5%		9	10.5%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	47	53.4%	28.4***	50	57.5%	24.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	34	38.6%		24	27.6%	
	ไม่รู้	7	8.0%		13	14.9%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	52	59.1%	41.6***	47	54.7%	23.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	33	37.5%		29	33.7%	
	ไม่รู้	3	3.4%		10	11.6%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.33 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคใต้ พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล (ข้อ 1 – ข้อ 10) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 53.4 – ร้อยละ 71.6) ยกเว้น ข้อ 1 และ ข้อ 4 ยกเว้นข้อ 1 และ ข้อ 4 ที่ส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 38.6 – ร้อยละ 55.7) แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดยะลาส่วนใหญ่มีความรู้

ว่าปัจจัยเกือบทุกข้อเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 35.6 – ร้อยละ 73.6) ยกเว้นข้อ 2 และข้อ 4 แต่สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 และ ข้อ 4 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์, การขาดสารอาหารและวิตามิน) พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดยะลาส่วนใหญ่จังหวัดยังมีความเข้าใจผิดในสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 43.5 และ ร้อยละ 46.0 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสงขลาสำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 5 – ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 – ข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านนี้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ สำหรับในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดยะลาสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 5 – ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.34 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	74	84.1%	103.1***	53	60.9%	29.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	11	12.5%		17	19.5%	
	ไม่รู้	3	3.4%		17	19.5%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	81	92.0%	136.9***	68	79.1%	81.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	6	6.8%		12	14.0%	
	ไม่รู้	1	1.1%		6	7.0%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	80	90.9%	131.9***	72	82.8%	97.0***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	7	8.0%		12	13.8%	
	ไม่รู้	1	1.1%		3	3.4%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	75	86.2%	110.1***	72	83.7%	99.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	9	10.3%		11	12.8%	
	ไม่รู้	3	3.4%		3	3.5%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	76	87.4%	115.1***	70	82.4%	92.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	9	10.3%		11	12.9%	
	ไม่รู้	2	2.3%		4	4.7%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	79	90.8%	129.6***	65	74.7%	67.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	6	6.9%		12	13.8%	
	ไม่รู้	2	2.3%		10	11.5%	
7. การทำสมาธิให้เกิด ความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	78	90.7%	127.4***	70	80.5%	87.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.8%		11	12.6%	
	ไม่รู้	3	3.5%		6	6.9%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.34 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคใต้ พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 60.9 – ร้อยละ 92.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.35 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		สงขลา			ยะลา			สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	67	78.8%	28.2***	59	89.4%	41.0***	59	83.1%	31.1***	51	77.3%	19.6***
	ทำไม่ได้	18	21.2%		7	10.6%		12	16.9%		15	22.7%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	50	60.2%	3.5	47	61.8%	4.3*	51	71.8%	13.5***	42	56.8%	1.4
	ทำไม่ได้	33	39.8%		29	38.2%		20	28.2%		32	43.2%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	61	73.5%	18.3***	51	76.1%	18.3***	58	80.6%	26.9***	45	72.6%	12.6***
	ทำไม่ได้	22	26.5%		16	23.9%		14	19.4%		17	27.4%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	68	81.9%	33.8***	67	90.5%	48.6***	62	84.9%	35.6***	54	90.0%	38.4***
	ทำไม่ได้	15	18.1%		7	9.5%		11	15.1%		6	10.0%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	65	77.4%	25.2***	58	85.3%	33.9***	60	81.1%	28.6***	50	80.6%	23.3***
	ทำไม่ได้	19	22.6%		10	14.7%		14	18.9%		12	19.4%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	68	81.9%	33.8***	68	88.3%	45.2***	66	88.0%	43.3***	57	89.1%	39.1***
	ทำไม่ได้	15	18.1%		9	11.7%		9	12.0%		7	10.9%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	70	84.3%	39.1***	65	91.5%	49.0***	66	88.0%	43.3***	54	91.5%	40.7***
	ทำไม่ได้	13	15.7%		6	8.5%		9	12.0%		5	8.5%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	63	75.9%	22.3***	54	72.0%	14.5***	62	83.8%	33.8***	40	65.6%	5.9*
	ทำไม่ได้	20	24.1%		21	28.0%		12	16.2%		21	34.4%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	73	88.0%	47.8***	63	90.0%	44.8***	66	88.0%	43.3***	62	92.5%	48.5***
	ทำไม่ได้	10	12.0%		7	10.0%		9	12.0%		5	7.5%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	62	75.6%	21.5***	48	69.6%	10.6***	58	76.3%	21.1***	54	83.1%	28.4***
	ทำไม่ได้	20	24.4%		21	30.4%		18	23.7%		11	16.9%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		สงขลา			ยะลา			สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	65	79.3%	28.1***	56	76.7%	20.8***	61	80.3%	27.8***	54	79.4%	23.5***
	ทำไม่ได้	17	20.7%		17	23.3%		15	19.7%		14	20.6%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	68	82.9%	35.6***	61	88.4%	40.7***	63	82.9%	32.9***	56	84.8%	32.1***
	ทำไม่ได้	14	17.1%		8	11.6%		13	17.1%		10	15.2%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	64	78.0%	25.8***	54	75.0%	18.0***	58	80.6%	26.9***	53	76.8%	19.8***
	ทำไม่ได้	18	22.0%		18	25.0%		14	19.4%		16	23.2%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	63	77.8%	25.0***	62	86.1%	37.6***	60	81.1%	28.6***	54	85.7%	32.1***
	ทำไม่ได้	18	22.2%		10	13.9%		14	18.9%		9	14.3%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	68	81.0%	32.2***	70	94.6%	58.9***	62	83.8%	33.8***	62	93.9%	51.0***
	ทำไม่ได้	16	19.0%		4	5.4%		12	16.2%		4	6.1%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	69	84.1%	38.2***	69	87.3%	44.1***	65	86.7%	40.3***	56	86.2%	34.0***
	ทำไม่ได้	13	15.9%		10	12.7%		10	13.3%		9	13.8%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.35 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคใต้ พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 60.2 – ร้อยละ 88.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 1 และ ข้อ 3 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดยะลาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 61.8 – ร้อยละ 94.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะข้อ 1 และ ข้อ 3 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวล ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 71.8 – ร้อยละ 88.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของ

สัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะทุกข้อมีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดยะลาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 56.8 – ร้อยละ 93.9) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะทุกข้อ ยกเว้น ข้อ 2 และ ข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะ ข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

ตาราง 4.36 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	31	35.6%	69.3***	46	52.9%	59.4***
	เห็นด้วย	49	56.3%		32	36.8%	
	ไม่เห็นด้วย	6	6.9%		6	6.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		3	3.4%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	17	19.5%	86.6***	42	47.7%	54.2***
	เห็นด้วย	58	66.7%		36	40.9%	
	ไม่เห็นด้วย	11	12.6%		8	9.1%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		2	2.3%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	20	23.0%	75.3***	41	46.6%	56.5***
	เห็นด้วย	55	63.2%		38	43.2%	
	ไม่เห็นด้วย	10	11.5%		7	8.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	2.3%		2	2.3%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	17	19.5%	95.6***	44	50.0%	55.6***
	เห็นด้วย	60	69.0%		34	38.6%	
	ไม่เห็นด้วย	9	10.3%		8	9.1%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		2	2.3%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	23	26.4%	92.9***	41	47.1%	61.9***
	เห็นด้วย	58	66.7%		39	44.8%	
	ไม่เห็นด้วย	4	4.6%		6	6.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	2.3%		1	1.1%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	21	24.4%	62.4***	42	47.7%	25.7***
	เห็นด้วย	51	59.3%		39	44.3%	
	ไม่เห็นด้วย	12	14.0%		7	8.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	2.3%		0	0.0%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	16	18.6%	56.4***	27	31.0%	20.1***
	เห็นด้วย	51	59.3%		47	54.0%	
	ไม่เห็นด้วย	13	15.1%		13	14.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	7.0%		0	0.0%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	18	20.7%	95.9***	36	41.4%	53.6***
	เห็นด้วย	60	69.0%		41	47.1%	
	ไม่เห็นด้วย	7	8.0%		9	10.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	2.3%		1	1.1%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	17	19.5%	75.8***	40	46.0%	58.8***
	เห็นด้วย	56	64.4%		39	44.8%	
	ไม่เห็นด้วย	10	11.5%		7	8.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	4.6%		1	1.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.36 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคใต้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 56.3 – ร้อยละ 69.0) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 18.6 – ร้อยละ 35.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดยะลาเกือบทุกข้อส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 46.0 – ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 36.8 – ร้อยละ 44.8) ยกเว้นข้อ 7 และ ข้อ 8 ที่มีกลุ่มที่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 54.0 และ ร้อยละ 47.1 ตามลำดับ) จำนวนมากกว่ากลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 31.0 และ ร้อยละ 41.4 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเกือบทุกข้อยกเว้นข้อ 7 และ ข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้อ 7 และ ข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วย สูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.37 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	16	53.3%	0.1	9	31.0%	1.9
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	14	46.7%		13	44.8%	
	ไม่รู้	0	0.0%		7	24.1%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	22	75.9%	24.9***	10	37.0%	0.7
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	6	20.7%		7	25.9%	
	ไม่รู้	1	3.4%		10	37.0%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	18	62.1%	11.2**	17	56.7%	7.8*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	7	24.1%		8	26.7%	
	ไม่รู้	4	13.8%		5	16.7%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	43.4***	24	82.8%	31.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.7%		3	10.3%	
	ไม่รู้	1	3.3%		2	6.9%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	24	80.0%	29.6***	23	79.3%	27.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	4	13.3%		3	10.3%	
	ไม่รู้	2	6.7%		3	10.3%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	76.7%	25.8***	21	75.0%	23.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	5	16.7%		6	21.4%	
	ไม่รู้	2	6.7%		1	3.6%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	82.1%	30.5***	23	76.7%	26.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	4	14.3%		6	20.0%	
	ไม่รู้	1	3.6%		1	3.3%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	24	85.7%	34.8***	23	76.7%	26.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.7%		6	20.0%	
	ไม่รู้	1	3.6%		1	3.3%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	86.7%	38.6***	23	76.7%	26.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.0%		6	20.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.3%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	85.2%	32.9***	22	73.3%	23.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	11.1%		7	23.3%	
	ไม่รู้	1	3.7%		1	3.3%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.37 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคใต้ พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าในทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของจังหวัดสงขลามีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 53.3 – ร้อยละ 90.0) ส่วนจังหวัดยะลามีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 37.0 – ร้อยละ 82.8) ยกเว้น

ข้อ 1 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนเข้าใจผิดว่าไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 44.8) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในจังหวัดสงขลา สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 และ ข้อ 4 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ในข้อ 1 มีผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือผู้ที่ขาดความรู้ด้านนี้ ส่วนในจังหวัดยะลา สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 4 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ในข้อ 1 และข้อ 2 มีผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือผู้ที่ขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.38 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	24	80.0%	30.2***	21	70.0%	18.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	5	16.7%		5	16.7%	
	ไม่รู้	1	3.3%		4	13.3%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	27	90.0%	43.4***	24	80.0%	29.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		3	10.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		3	10.0%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	29	96.7%	26.1***	26	86.7%	38.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		3	10.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.3%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	29	96.7%	26.1***	26	86.7%	38.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		3	10.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.3%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	29	96.7%	26.1***	26	86.7%	38.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		3	10.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.3%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	48.6***	26	86.7%	38.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.3%		3	10.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.3%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	27	90.0%	43.4***	27	90.0%	43.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		2	6.7%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.3%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.38 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคใต้ พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 80.0 – ร้อยละ 96.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดยะลาส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 70.0 – ร้อยละ 90.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.39 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	17	63.0%	12.7**	13	43.3%	2.6
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	8	29.6%		11	36.7%	
	ไม่รู้	2	7.4%		6	20.0%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	12	44.4%	10.9**	10	33.3%	3.2
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	14	51.9%		14	46.7%	
	ไม่รู้	1	3.7%		6	20.0%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	55.6%	11.6**	12	40.0%	1.4
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	11	40.7%		11	36.7%	
	ไม่รู้	1	3.7%		7	23.3%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	13	48.1%	10.7**	5	16.7%	21.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	13	48.1%		22	73.3%	
	ไม่รู้	1	3.7%		3	10.0%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	100.0%	-	26	86.7%	16.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	0	0.0%		4	13.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	96.4%	24.1***	25	83.3%	34.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.6%		4	13.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.3%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	21	80.8%	9.8***	22	73.3%	6.5*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	5	19.2%		8	26.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	100.0%	-	28	93.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	0	0.0%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	24	88.9%	16.3***	23	79.3%	10.0**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	3	11.1%		6	20.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	23	85.2%	13.4***	22	73.3%	6.5*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	4	14.8%		8	26.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.39 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคใต้ พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล (ข้อ 1 – ข้อ 10) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 55.6 – ร้อยละ 100.0) ยกเว้น ข้อ 2 ที่ส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 51.9) และ ข้อ 4 ที่ส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวลเท่ากันกับเข้าใจผิดว่าไม่เป็นสาเหตุของ

โรควิตกกังวล (ร้อยละ 48.1) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสงขลาสำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 และข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 5 – ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดแตกต่างจากผู้ที่มีความรู้ด้านนี้และขาดความรู้ด้านนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้และเข้าใจผิดแตกต่างจากผู้ที่ขาดความรู้ด้านนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดยะลา ส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 40.0 – ร้อยละ 86.7) ยกเว้น ข้อ 2 และที่ส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 46.7 – ร้อยละ 73.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดยะลาสำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 9 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 7 และข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 5 – ข้อ 6 และ ข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดแตกต่างจากผู้ที่มีความรู้ด้านนี้และขาดความรู้ด้านนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน สาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 – ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดและขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.40 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	96.4%	24.1***	19	63.3%	12.6**
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.6%		7	23.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		4	13.3%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	96.4%	24.1***	26	86.7%	38.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.6%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		3	10.0%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	100.0%	-	27	90.0%	43.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.3%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	100.0%	-	24	80.0%	30.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		5	16.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.3%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	100.0%	-	26	86.7%	16.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		4	13.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	100.0%	-	26	86.7%	16.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		4	13.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	100.0%	-	28	93.3%	22.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.40 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคใต้ พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของทั้งสองจังหวัดส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 63.3 – ร้อยละ 100.0) โดยเฉพาะความรู้ในข้อ 3 – ข้อ 7 ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสงขลาทั้งหมดรายงานว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวในข้อ 1 – ข้อ 7 พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ทั้งสองจังหวัดมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้นข้อ 1 (การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว) สำหรับทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดยะลา มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4.41 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		สงขลา			ยะลา			สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	27	90.0%	19.2***	25	86.2%	15.2***	26	92.9%	20.6***	23	85.2%	13.4***
	ทำไม่ได้	3	10.0%		4	13.8%		2	7.1%		4	14.8%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	22	75.9%	7.8**	14	50.0%	-	22	81.5%	10.7***	15	53.6%	0.1
	ทำไม่ได้	7	24.1%		14	50.0%		5	18.5%		13	46.4%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	23	79.3%	10.0**	24	85.7%	14.3***	22	78.6%	9.1**	23	88.5%	15.4***
	ทำไม่ได้	6	20.7%		4	14.3%		6	21.4%		3	11.5%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	25	83.3%	13.3***	25	89.3%	17.3***	25	86.2%	15.2***	24	85.7%	14.3***
	ทำไม่ได้	5	16.7%		3	10.7%		4	13.8%		4	14.3%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	24	82.8%	12.4***	24	85.7%	14.3***	25	89.3%	17.3***	24	85.7%	14.3***
	ทำไม่ได้	5	17.2%		4	14.3%		3	10.7%		4	14.3%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	28	93.3%	22.5***	25	89.3%	17.3***	27	93.1%	21.6***	23	88.5%	15.4***
	ทำไม่ได้	2	6.7%		3	10.7%		2	6.9%		3	11.5%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	26	92.9%	20.6***	26	89.7%	18.2***	25	92.6%	19.6***	22	84.6%	12.5***
	ทำไม่ได้	2	7.1%		3	10.3%		2	7.4%		4	15.4%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	27	90.0%	19.2***	24	88.9%	16.3***	26	89.7%	18.2***	22	78.6%	9.1**
	ทำไม่ได้	3	10.0%		3	11.1%		3	10.3%		6	21.4%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	30	100.0%	-	27	93.1%	21.6***	29	100.0%	-	24	92.3%	18.6***
	ทำไม่ได้	0	0.0%		2	6.9%		0	0.0%		2	7.7%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	22	75.9%	7.8**	27	96.4%	24.1***	21	75.0%	7.0**	26	96.3%	23.1***
	ทำไม่ได้	7	24.1%		1	3.6%		7	25.0%		1	3.7%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		สงขลา			ยะลา			สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	23	79.3%	10.0**	25	89.3%	17.3***	23	85.2%	13.4***	22	88.0%	14.4***
	ทำไม่ได้	6	20.7%		3	10.7%		4	14.8%		3	12.0%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	23	76.7%	8.5**	25	92.6%	19.6***	22	75.9%	7.8**	24	92.3%	18.6***
	ทำไม่ได้	7	23.3%		2	7.4%		7	24.1%		2	7.7%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	21	75.0%	7.0**	23	88.5%	15.4***	20	71.4%	5.1*	24	88.9%	16.3***
	ทำไม่ได้	7	25.0%		3	11.5%		8	28.6%		3	11.1%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	27	93.1%	21.6***	27	93.1%	21.6***	26	96.3%	23.1***	25	92.6%	19.6***
	ทำไม่ได้	2	6.9%		2	6.9%		1	3.7%		2	7.4%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	29	96.7%	26.1***	26	92.9%	20.6***	28	96.6%	25.1***	24	92.3%	18.6***
	ทำไม่ได้	1	3.3%		2	7.1%		1	3.4%		2	7.7%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่างๆ	ทำได้	25	83.3%	13.3***	25	86.2%	15.2***	24	82.8%	12.4***	22	84.6%	12.5***
	ทำไม่ได้	5	16.7%		4	13.8%		5	17.2%		4	15.4%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.41 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคใต้ พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 75.0 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 2 – ข้อ 3 และข้อ 10 – ข้อ 13 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1, ข้อ 4 – ข้อ 9 และ ข้อ 14 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดยะลาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 85.7 – ร้อยละ 96.4) ยกเว้น ข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนประเมินว่าตนสามารถทำได้เท่ากับทำไม่ได้ (ร้อยละ 50) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะเกือบทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้น ทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวล ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 71.4 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 13 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทักษะข้อ 3, ข้อ 10 และ ข้อ 12 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1 – ข้อ 2, ข้อ 4 – ข้อ 9, ข้อ 11, ข้อ 14 - ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 – ข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดยะลาส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 53.6 – ร้อยละ 96.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1 – ข้อ 7 และ ข้อ 9 - ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

ตาราง 4.42 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคใต้ตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สงขลา			ยะลา		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	18	60.0%	1.2	12	40.0%	13.5**
	เห็นด้วย	12	40.0%		13	43.3%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		2	6.7%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	15	50.0%	0.0	10	33.3%	18.8***
	เห็นด้วย	15	50.0%		16	53.3%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	18	60.0%	14.6***	9	30.0%	24.7***
	เห็นด้วย	11	36.7%		18	60.0%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.3%		2	6.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	14	46.7%	9.6**	8	26.7%	23.1***
	เห็นด้วย	14	46.7%		18	60.0%	
	ไม่เห็นด้วย	2	6.7%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	16	53.3%	0.1	14	48.3%	18.6***
	เห็นด้วย	14	46.7%		12	41.4%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		2	6.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.4%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	15	50.0%	0.0	11	36.7%	24.9***
	เห็นด้วย	15	50.0%		17	56.7%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		1	3.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	26.7%	7.8*	10	33.3%	15.6***
	เห็นด้วย	17	56.7%		15	50.0%	
	ไม่เห็นด้วย	5	16.7%		4	13.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	9	30.0%	14.6***	7	23.3%	21.5***
	เห็นด้วย	19	63.3%		18	60.0%	
	ไม่เห็นด้วย	2	6.7%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		2	6.7%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	14	46.7%	9.6**	11	36.7%	24.9***
	เห็นด้วย	14	46.7%		17	56.7%	
	ไม่เห็นด้วย	2	6.7%		1	3.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.84 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคใต้ พบว่า เกือบทุกข้อทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 53.3 – ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเกือบทุกข้อ (ร้อยละ 56.7 – ร้อยละ 63.3) ส่วนข้อ 2, ข้อ 4, ข้อ 6 และ ข้อ 9 ที่เป็นกลุ่มเห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวก เท่ากับกลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกอย่างมาก เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 7 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ข้อ 4 และ ข้อ 9 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยกับเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 1 – ข้อ 2 และ ข้อ 5 – ข้อ 6 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยไม่แตกต่างจากผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดยะลาเกือบทุกข้อส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 41.4 – ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 23.3 – ร้อยละ 48.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า เฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในข้อ 5 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้ออื่น ๆ มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยแตกต่างจากผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เว้นข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยแตกต่างจากผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.2.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน (จังหวัดนครพนม และจังหวัดสกลนคร)

ตาราง 4.43 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด (n = 180 คน)

จังหวัด	นครพนม		สกลนคร		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	f	%	f	%	f	%
เพศ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
ชาย	25	27.8	26	28.9	51	28.3
หญิง	64	71.1	64	71.1	128	71.1
ไม่ระบุ	1	1.1	-	-	1	0.6
อายุ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
< 30 ปี	8	8.9	10	11.1	18	10.0
30-34 ปี	4	4.4	8	8.9	12	6.7
35-39 ปี	14	15.6	15	16.7	29	16.1
40-44 ปี	14	15.6	18	20.0	32	17.8
45-49 ปี	10	11.1	11	12.2	21	11.7
≥ 50 ปี	40	44.4	28	31.1	68	37.8
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
< 3 ปี	30	33.3	13	14.4	43	23.9
3-5 ปี	20	22.2	22	24.4	42	23.3
6-9 ปี	7	7.8	13	14.4	20	11.1
10-14 ปี	12	13.3	16	17.8	28	15.6
15-19 ปี	7	7.8	9	10.0	16	8.9
≥ 20 ปี	14	15.6	17	18.9	31	17.2
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ มีปัญหาโรคใด	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
โรคซึมเศร้า	24	26.7	19	21.1	43	23.9
โรควิตกกังวล	31	34.4	34	37.8	65	36.1
ไม่รู้	31	34.4	35	38.9	66	36.7
ไม่ระบุ	4	4.4	2	2.2	6	3.3
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ เกี่ยวข้องกับท่าน เป็น	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
พ่อแม่	51	56.7	61	67.8	112	62.2
พี่น้อง	7	7.8	2	2.2	9	5.0
ปู่ย่าตายาย	9	10.0	15	16.7	24	13.3
ลุงป้าน้าอา	8	8.9	0	.0	8	4.4
อื่น ๆ	15	16.7	12	13.3	27	15.0
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในครอบครัว	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	57	63.3	68	75.6	125	69.4
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	21	23.3	9	10.0	30	16.7
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	12	13.3	13	14.4	25	13.9

จากตาราง 4.43 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดนครพนม มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 64 คน (ร้อยละ 71.1) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน (ร้อยละ 44.4) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 33.3) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวลและไม่รู้ จำนวนเท่ากัน 31 คน (ร้อยละ 34.4) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 56.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 63.3)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดสกลนคร มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 64 คน (ร้อยละ 71.1) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 28 คน (ร้อยละ 31.1) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 22 คน (ร้อยละ 24.4) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรคใดไม่รู้ จำนวน 35 คน (ร้อยละ 38.9) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 61 คน (ร้อยละ 67.8) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 75.6)

ตาราง 4.44 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด (n = 60 คน)

จังหวัด	นครพนม		สกลนคร		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
เพศ	30	100.0	30	100.0	60	100
ชาย	5	16.7	5	16.7	10	16.7
หญิง	25	83.3	25	83.3	50	83.3
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
อายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
< 30 ปี	2	6.7	7	23.3	9	15.0
30-34 ปี	4	13.3	6	20.0	10	16.7
35-39 ปี	3	10.0	-	-	3	5.0
40-44 ปี	6	20.0	6	20.0	12	20.0
45-49 ปี	4	13.3	6	20.0	10	16.7
≥ 50 ปี	11	36.7	5	16.7	16	26.7
ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
อสม.	17	56.7	6	20.0	23	38.3
อผส.	-	-	2	6.7	2	3.3
พยาบาลวิชาชีพ	6	20.0	13	43.3	19	31.7
ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	-	-	-	-
อื่น ๆ	6	20.0	9	30.0	15	25.0
ไม่ระบุ	1	3.3	-	-	1	1.7
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
< 3 ปี	6	20.0	9	30.0	15	25.0
3-5 ปี	6	20.0	11	36.7	17	28.3
6-9 ปี	5	16.7	4	13.3	9	15.0
10-14 ปี	4	13.3	3	10.0	7	11.7

จังหวัด	นครพนม		สกลนคร		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
15-19 ปี	5	16.7	-	-	5	8.3
≥ 20 ปี	4	13.3	3	10	7	11.7
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	30	100.0	30	100.0	60	100
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	28	93.3	27	90.0	55	91.7
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	16	53.3	23	76.7	39	65.0
การมีทีมงานรับผิดชอบในการทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชน	30	100.0	30	100.0	60	100
มี	29	96.7	29	96.7	58	96.7
ไม่มี	1	3.3	1	3.3	2	3.3
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
องค์ประกอบของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
แพทย์	9	30.0	15	50.0	24	40.0
พยาบาล	24	80.0	25	83.3	49	81.7
นักสังคมสงเคราะห์	1	3.3	2	6.7	3	5.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	22	73.3	22	73.3	44	73.3
นักจิตวิทยา	3	10.0	8	26.7	11	18.3
อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.)	4	13.3	21	70.0	25	41.7
อสม.	28	93.3	28	93.3	56	93.3
อื่น ๆ	3	10.0	4	13.3	7	11.7
บทบาทของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
ป้องกัน	25	83.3	27	90.0	52	86.7
คัดกรอง	27	90.0	28	93.3	55	91.7
ตรวจวินิจฉัยอาการ	8	26.7	15	50.0	23	38.3
รักษา	15	50.0	19	63.3	34	56.7
บำบัด	9	30.0	17	56.7	26	43.3
ส่งต่อ	16	53.3	21	70.0	37	61.7
อื่น ๆ	-	-	3	10.0	3	5.0
ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วมในการทำงาน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
อปท.	18	60.0	24	80.0	42	70.0
อผส.	-	-	20	66.7	20	33.3
อสม.	28	93.3	29	96.7	57	95.0
ชมรมผู้สูงอายุ	7	23.3	20	66.7	27	45.0
ศพค.	-	-	1	3.3	1	1.7
อื่น ๆ	2	6.7	1	3.3	3	5.0

จากตาราง 4.44 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดนครพนม มีจำนวน 30 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น อสม. จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ น้อยกว่า 3 ปี และ 3-5 ปี จำนวนเท่ากัน 6 คน (ร้อยละ 20.0) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100.0) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การคัดกรอง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.0) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดสกลนคร โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.3) มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 26.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100.0) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การป้องกันและการคัดกรอง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7)

ตาราง 4.45 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	16	17.8%	21.1***	19	21.1%	9.8**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	50	55.6%		43	47.8%	
	ไม่รู้	24	26.7%		28	31.1%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	39	43.8%	4.7	38	42.2%	3.2
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	25.8%		26	28.9%	
	ไม่รู้	27	30.3%		26	28.9%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	36	40.0%	3.5	41	45.6%	6.1*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	22	24.4%		24	26.7%	
	ไม่รู้	32	35.6%		25	27.8%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	67	74.4%	68.6***	69	76.7%	78.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	10	11.1%		16	17.8%	
	ไม่รู้	13	14.4%		5	5.6%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	55	61.1%	32.1***	53	58.9%	28.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	21	23.3%		24	26.7%	
	ไม่รู้	14	15.6%		13	14.4%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	48	53.3%	20.5***	53	58.9%	31.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	29	32.2%		27	30.0%	
	ไม่รู้	13	14.4%		10	11.1%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	53	58.9%	32.5***	62	68.9%	55.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	31.1%		22	24.4%	
	ไม่รู้	9	10.0%		6	6.7%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	63	70.0%	54.5***	62	68.9%	55.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	14	15.6%		22	24.4%	
	ไม่รู้	13	14.4%		6	6.7%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	63	70.0%	54.5***	62	68.9%	53.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	13	14.4%		20	22.2%	
	ไม่รู้	14	15.6%		8	8.9%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	50	56.2%	24.7***	57	63.3%	43.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	30.3%		27	30.0%	
	ไม่รู้	12	13.5%		6	6.7%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.45 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 4 – ข้อ 10) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 53.3 – ร้อยละ 76.7) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 – ข้อ 3 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์,

การเปลี่ยนแปลงของสมดุลสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง, ความผิดปกติของฮอร์โมน) ของจังหวัดนครพนมและข้อ 1 – ข้อ 2 ของจังหวัดสกลนคร พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยเข้าใจผิดร้อยละ 24.4 – 55.6, ขาดความรู้ร้อยละ 26.7 – 35.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 4 – ข้อ 10) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้อ 3 ของจังหวัดสกลนคร และข้อ 1 ของจังหวัดนครพนมและจังหวัดสกลนคร มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ต่ำกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ตามลำดับ ในขณะที่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ข้อ 2 ของทั้งสองจังหวัด และข้อ 3 ของจังหวัดนครพนม พบว่า ผู้ดูแลของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนทั้งสองจังหวัดมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.46 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	68	76.4%	75.1***	72	80.0%	88.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	14	15.7%		9	10.0%	
	ไม่รู้	7	7.9%		9	10.0%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	82	92.1%	138.9***	74	82.2%	96.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.7%		8	8.9%	
	ไม่รู้	1	1.1%		8	8.9%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	83	93.3%	143.9***	77	85.6%	110.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	4	4.5%		6	6.7%	
	ไม่รู้	2	2.2%		7	7.8%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	85	95.5%	154.9***	76	84.4%	105.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	1.1%		8	8.9%	
	ไม่รู้	3	3.4%		6	6.7%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	83	94.3%	147.4***	74	82.2%	97.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	4	4.5%		10	11.1%	
	ไม่รู้	1	1.1%		6	6.7%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	83	93.3%	143.8***	75	83.3%	101.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	3	3.4%		8	8.9%	
	ไม่รู้	3	3.4%		7	7.8%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	78	87.6%	118.5***	76	84.4%	105.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	8	9.0%		6	6.7%	
	ไม่รู้	3	3.4%		8	8.9%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.46 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 76.4 – ร้อยละ 95.5) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.47 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	38	43.2%	3.9	37	41.1%	5.3
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	24	27.3%		20	22.2%	
	ไม่รู้	26	29.5%		33	36.7%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	31.8%	5.6	24	26.7%	3.5
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	39	44.3%		38	42.2%	
	ไม่รู้	21	23.9%		28	31.1%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	46	52.3%	16.7***	37	41.1%	3.3
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	30.7%		30	33.3%	
	ไม่รู้	15	17.0%		23	25.6%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	38	43.2%	19.2***	39	43.3%	8.9*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	40	45.5%		34	37.8%	
	ไม่รู้	10	11.4%		17	18.9%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	65	73.9%	65.5***	69	76.7%	77.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	14	15.9%		15	16.7%	
	ไม่รู้	9	10.2%		6	6.7%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	73	83.0%	97.5***	69	76.7%	77.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	8	9.1%		15	16.7%	
	ไม่รู้	7	8.0%		6	6.7%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	50	56.8%	26.2***	56	62.9%	36.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	30.7%		21	23.6%	
	ไม่รู้	11	12.5%		12	13.5%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	66	75.0%	71.2***	67	74.4%	69.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	17	19.3%		15	16.7%	
	ไม่รู้	5	5.7%		8	8.9%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	59	67.0%	47.1***	62	68.9%	55.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	20	22.7%		22	24.4%	
	ไม่รู้	9	10.2%		6	6.7%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	63	71.6%	60.8***	62	68.9%	55.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	19	21.6%		22	24.4%	
	ไม่รู้	6	6.8%		6	6.7%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.47 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 3 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 4 – ข้อ 10 ของจังหวัดสกลนคร) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 56.8 – ร้อยละ 83.0) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 – ข้อ 2 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 1 – ข้อ 3 ของจังหวัดสกลนคร พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยเข้าใจผิดร้อยละ 22.2 – 44.3, ขาดความรู้ร้อยละ 23.9 – 36.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 3 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 5 – ข้อ 10 ของจังหวัดสกลนคร) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่สาเหตุของโรควิตกกังวล ข้อ 1 – ข้อ 2 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 1 – ข้อ 3 ของจังหวัดสกลนคร พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ แต่ในจังหวัดสกลนคร พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ ในข้อ 4 สูงกว่าผู้ที่มีความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4.48 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	70	77.8%	80.1***	72	80.0%	88.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	11	12.2%		12	13.3%	
	ไม่รู้	9	10.0%		6	6.7%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	83	92.2%	140.5***	82	91.1%	135.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	4	4.4%		6	6.7%	
	ไม่รู้	3	3.3%		2	2.2%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	80	89.9%	128.1***	79	87.8%	120.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		8	8.9%	
	ไม่รู้	4	4.5%		3	3.3%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	82	91.1%	135.2***	80	88.9%	125.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	4	4.4%		6	6.7%	
	ไม่รู้	4	4.4%		4	4.4%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	84	93.3%	145.9***	79	87.8%	120.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	4	4.4%		6	6.7%	
	ไม่รู้	2	2.2%		5	5.6%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	83	92.2%	140.5***	80	88.9%	125.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	3.3%		6	6.7%	
	ไม่รู้	4	4.4%		4	4.4%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	81	90.0%	130.1***	73	81.1%	92.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		10	11.1%	
	ไม่รู้	4	4.4%		7	7.8%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.48 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 77.8 – ร้อยละ 93.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.49 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		นครพนม			สกลนคร			นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	78	89.7%	54.7***	72	86.7%	44.8***	69	89.6%	48.3***	74	89.2%	50.9***
	ทำไม่ได้	9	10.3%		11	13.3%		8	10.4%		9	10.8%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	54	64.3%	6.9**	54	65.1%	7.5**	48	64.9%	6.5*	55	65.5%	8.0**
	ทำไม่ได้	30	35.7%		29	34.9%		26	35.1%		29	34.5%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	73	83.0%	38.2***	70	83.3%	37.3***	61	79.2%	26.3***	67	80.7%	31.3***
	ทำไม่ได้	15	17.0%		14	16.7%		16	20.8%		16	19.3%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	78	88.6%	52.5***	82	97.6%	76.2***	70	90.9%	51.5***	81	97.6%	75.2***
	ทำไม่ได้	10	11.4%		2	2.4%		7	9.1%		2	2.4%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	76	87.4%	48.6***	75	88.2%	49.7***	66	85.7%	39.3***	76	91.6%	57.4***
	ทำไม่ได้	11	12.6%		10	11.8%		11	14.3%		7	8.4%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	86	97.7%	80.2***	83	97.6%	77.2***	72	97.3%	66.2***	80	98.8%	77.0***
	ทำไม่ได้	2	2.3%		2	2.4%		2	2.7%		1	1.2%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	80	95.2%	68.8***	83	98.8%	80.0***	71	94.7%	59.9***	80	97.6%	74.2***
	ทำไม่ได้	4	4.8%		1	1.2%		4	5.3%		2	2.4%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	77	89.5%	53.8***	71	83.5%	38.2***	67	90.5%	48.6***	71	85.5%	41.9***
	ทำไม่ได้	9	10.5%		14	16.5%		7	9.5%		12	14.5%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	79	90.8%	57.9***	79	92.9%	62.7***	69	93.2%	55.4***	76	92.7%	59.8***
	ทำไม่ได้	8	9.2%		6	7.1%		5	6.8%		6	7.3%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	65	75.6%	22.5***	72	84.7%	41.0***	55	74.3%	17.5***	66	80.5%	30.5***
	ทำไม่ได้	21	24.4%		13	15.3%		19	25.7%		16	19.5%	
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	70	79.5%	30.7***	70	83.3%	37.3***	57	78.1%	23.0***	70	86.4%	43.0***
	ทำไม่ได้	18	20.5%		14	16.7%		16	21.9%		11	13.6%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		นครพนม			สกลนคร			นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	75	85.2%	43.7***	72	85.7%	42.9***	60	81.1%	28.6***	73	88.0%	47.8***
	ทำไม่ได้	13	14.8%		12	14.3%		14	18.9%		10	12.0%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	71	85.5%	41.9***	76	91.6%	57.4***	62	81.6%	30.3***	74	92.5%	57.8***
	ทำไม่ได้	12	14.5%		7	8.4%		14	18.4%		6	7.5%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	70	81.4%	33.9***	76	90.5%	55.0***	60	80.0%	27.0***	74	89.2%	50.9***
	ทำไม่ได้	16	18.6%		8	9.5%		15	20.0%		9	10.8%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	77	87.5%	49.5***	79	91.9%	60.3***	64	86.5%	39.4***	75	92.6%	58.8***
	ทำไม่ได้	11	12.5%		7	8.1%		10	13.5%		6	7.4%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	75	85.2%	43.7***	82	95.3%	70.7***	66	88.0%	43.3***	78	96.3%	69.4***
	ทำไม่ได้	13	14.8%		4	4.7%		9	12.0%		3	3.7%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.49 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 64.3 – ร้อยละ 97.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกทักษะ ยกเว้น ทักษะสังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด ที่มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 64.9 – ร้อยละ 98.8) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกทักษะ ยกเว้น ทักษะสังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด ที่มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4.50 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	36	40.9%	41.5***	41	45.6%	0.7
	เห็นด้วย	50	56.8%		49	54.4%	
	ไม่เห็นด้วย	2	2.3%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	28	31.8%	39.4***	32	35.6%	21.8***
	เห็นด้วย	54	61.4%		47	52.2%	
	ไม่เห็นด้วย	6	6.8%		11	12.2%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	38	43.2%	43.1***	37	41.1%	78.0***
	เห็นด้วย	49	55.7%		49	54.4%	
	ไม่เห็นด้วย	1	1.1%		3	3.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	30	34.1%	36.1***	34	37.8%	77.7***
	เห็นด้วย	52	59.1%		51	56.7%	
	ไม่เห็นด้วย	6	6.8%		4	4.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	30	34.5%	44.9***	36	40.0%	3.6
	เห็นด้วย	54	62.1%		54	60.0%	
	ไม่เห็นด้วย	3	3.4%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	31	35.2%	33.6***	25	27.8%	61.9***
	เห็นด้วย	39	44.3%		52	57.8%	
	ไม่เห็นด้วย	13	14.8%		8	8.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	5.7%		5	5.6%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	20	22.7%	58.8***	20	22.2%	87.0***
	เห็นด้วย	51	58.0%		59	65.6%	
	ไม่เห็นด้วย	15	17.0%		10	11.1%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	2.3%		1	1.1%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	23	26.1%	49.9***	24	26.7%	96.5***
	เห็นด้วย	59	67.0%		60	66.7%	
	ไม่เห็นด้วย	6	6.8%		4	4.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		2	2.2%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	29	33.0%	74.5***	32	35.6%	81.1***
	เห็นด้วย	52	59.1%		53	58.9%	
	ไม่เห็นด้วย	5	5.7%		4	4.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	2.3%		1	1.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.50 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดเห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 44.3 – ร้อยละ 67.0) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 22.2 – ร้อยละ 45.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อมีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกประเด็น ยกเว้น ประเด็นท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ และประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่มีระดับความเห็นไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4.51 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	15	50.0%	9.8**	20	66.7%	16.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	13	43.3%		8	26.7%	
	ไม่รู้	2	6.7%		2	6.7%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	14	46.7%	2.6	26	86.7%	38.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	9	30.0%		1	3.3%	
	ไม่รู้	7	23.3%		3	10.0%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	13	43.3%	3.8	25	83.3%	34.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	12	40.0%		1	3.3%	
	ไม่รู้	5	16.7%		4	13.3%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	93.3%	48.6***	29	100.0%	-
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		0	0.0%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	24	80.0%	29.6***	28	93.3%	48.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	4	13.3%		1	3.3%	
	ไม่รู้	2	6.7%		1	3.3%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	76.7%	26.6***	27	90.0%	19.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	6	20.0%		3	10.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		0	0.0%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	25	83.3%	34.2***	28	93.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	4	13.3%		2	6.7%	
	ไม่รู้	1	3.3%		0	0.0%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	93.1%	21.6***	30	100.0%	-
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.9%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	93.3%	22.5***	27	93.1%	21.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.7%		2	6.9%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	19.2***	25	83.3%	13.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.0%		5	16.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.51 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 1 ข้อ 4 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 1 – ข้อ 10 ของจังหวัดสกลนคร) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 66.7 – ร้อยละ 100.0) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 – ข้อ 3 พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของจังหวัดนครพนมยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยเข้าใจผิดร้อยละ 30.0 – 40.0, ขาดความรู้ร้อยละ 16.7 – 23.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 4 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 1 – ข้อ 10 ของจังหวัดสกลนคร) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้อ 1 ของจังหวัดนครพนม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดนครพนม ข้อ 2 – ข้อ 3 พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.52 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	24	80.0%	29.6***	29	96.7%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	4	13.3%		1	3.3%	
	ไม่รู้	2	6.7%		0	0.0%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	25	83.3%	33.8***	29	96.7%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	3	10.0%		1	3.3%	
	ไม่รู้	2	6.7%		0	0.0%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	29	96.7%	26.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	22.5***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	22.5***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	26	86.7%	16.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	4	13.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	29	96.7%	26.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.52 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 80.0 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ

ตาราง 4.53 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	12	40.0%	5.6	21	70.0%	18.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	14	46.7%		6	20.0%	
	ไม่รู้	4	13.3%		3	10.0%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	10	33.3%	5.0	16	53.3%	8.6*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	50.0%		11	36.7%	
	ไม่รู้	5	16.7%		3	10.0%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	51.7%	6.3*	22	73.3%	23.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	10	34.5%		7	23.3%	
	ไม่รู้	4	13.8%		1	3.3%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	12	40.0%	2.4	19	63.3%	16.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	12	40.0%		10	33.3%	
	ไม่รู้	6	20.0%		1	3.3%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	90.0%	19.2***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.3%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	90.0%	43.4***	28	93.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	2	6.7%		2	6.7%	
	ไม่รู้	1	3.3%		0	0.0%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	22	73.3%	6.5*	27	90.0%	19.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	8	26.7%		3	10.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	93.3%	22.5***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	2	6.7%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	90.0%	19.2***	28	93.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	3	10.0%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	25	83.3%	13.3***	28	93.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	5	16.7%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.53 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 3 และข้อ 5 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 1 – ข้อ 10 ของจังหวัดสกลนคร) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 51.7 – ร้อยละ 96.7) แต่สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 – ข้อ 2 และข้อ 4 ของจังหวัดนครพนม พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของจังหวัดนครพนมยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยเข้าใจ

ผิดร้อยละ 40.0 – 50.0, ขาดความรู้ร้อยละ 13.3 – 20.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 5 – ข้อ 6 และข้อ 8 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 1 ข้อ 3 – ข้อ 10 ของจังหวัดสกลนคร) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ในข้อ 3 และข้อ 7 ของจังหวัดนครพนม และข้อ 2 ของจังหวัดสกลนคร สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่สาเหตุของโรควิตกกังวล ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดนครพนม ข้อ 1 – ข้อ 2 และข้อ 4 พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.54 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	21	70.0%	19.4***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	7	23.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	2	6.7%		0	0.0%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	29	96.7%	26.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	29	96.7%	26.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	29	96.7%	26.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		0	0.0%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	26	86.7%	38.6***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		0	0.0%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	26	86.7%	16.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	4	13.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	93.3%	22.5***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.54 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 70.0 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของ

สัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.55 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		นครพนม			สกลนคร			นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	27	90.0%	19.2***	27	90.0%	19.2***	22	88.0%	14.4***	26	89.7%	18.2***
	ทำไม่ได้	3	10.0%		3	10.0%		3	12.0%		3	10.3%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	20	66.7%	3.3	24	80.0%	10.8***	15	60.0%	1.0	20	69.0%	4.2*
	ทำไม่ได้	10	33.3%		6	20.0%		10	40.0%		9	31.0%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	18	60.0%	1.2	26	86.7%	16.1***	16	64.0%	2.0	24	82.8%	12.4***
	ทำไม่ได้	12	40.0%		4	13.3%		9	36.0%		5	17.2%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	26	89.7%	18.2***	27	90.0%	19.2***	23	88.5%	15.4***	27	93.1%	21.6***
	ทำไม่ได้	3	10.3%		3	10.0%		3	11.5%		2	6.9%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	28	93.3%	22.5***	28	93.3%	22.5***	23	92.0%	17.6***	27	93.1%	21.6***
	ทำไม่ได้	2	6.7%		2	6.7%		2	8.0%		2	6.9%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	27	90.0%	19.2***	27	90.0%	19.2***	25	96.2%	22.2***	26	89.7%	18.2***
	ทำไม่ได้	3	10.0%		3	10.0%		1	3.8%		3	10.3%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	26	86.7%	16.1***	27	90.0%	19.2***	21	84.0%	11.6***	27	93.1%	21.6***
	ทำไม่ได้	4	13.3%		3	10.0%		4	16.0%		2	6.9%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	21	72.4%	5.8*	30	100.0%	-	21	77.8%	8.3**	29	100.0%	-
	ทำไม่ได้	8	27.6%		0	0.0%		6	22.2%		0	0.0%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	27	93.1%	21.6***	30	100.0%	-	25	96.2%	22.2***	29	100.0%	-
	ทำไม่ได้	2	6.9%		0	0.0%		1	3.8%		0	0.0%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		นครพนม			สกลนคร			นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	20	71.4%	5.1*	24	80.0%	10.8***	21	77.8%	8.3**	23	79.3%	10.0**
	ทำไม่ได้	8	28.6%		6	20.0%		6	22.2%		6	20.7%	
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	22	75.9%	7.8**	24	80.0%	10.8***	21	77.8%	8.3**	23	79.3%	10.0**
	ทำไม่ได้	7	24.1%		6	20.0%		6	22.2%		6	20.7%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	21	75.0%	7.0**	28	93.3%	22.5***	22	84.6%	12.5***	28	96.6%	25.1***
	ทำไม่ได้	7	25.0%		2	6.7%		4	15.4%		1	3.4%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	23	79.3%	10.0**	30	100.0%	-	22	81.5%	10.7***	29	100.0%	-
	ทำไม่ได้	6	20.7%		0	0.0%		5	18.5%		0	0.0%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	24	82.8%	12.4***	28	93.3%	22.5***	22	81.5%	10.7***	28	96.6%	25.1***
	ทำไม่ได้	5	17.2%		2	6.7%		5	18.5%		1	3.4%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	25	89.3%	17.3***	30	100.0%	-	25	92.6%	19.6***	28	96.6%	25.1***
	ทำไม่ได้	3	10.7%		0	0.0%		2	7.4%		1	3.4%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	26	92.9%	20.6***	28	93.3%	22.5***	26	96.3%	23.1***	26	89.7%	18.2***
	ทำไม่ได้	2	7.1%		2	6.7%		1	3.7%		3	10.3%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.55 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 60.0 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ของจังหวัดสกลนครในทุกทักษะ ส่วนจังหวัดนครพนม มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เฉพาะข้อ 1, 4-7, 9, 14-16 ส่วนข้อ 11-13 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และข้อ 8, 10 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มี

ทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ข้อ 2-3 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 60.0 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า จังหวัดนครพนม มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เฉพาะข้อ 1, 4-7, 9, 12-16 ส่วนข้อ 8, 10, 11 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ข้อ 2-3 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ในขณะที่จังหวัดสกลนคร มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เฉพาะข้อ 1, 3-9, 12-16 ส่วนข้อ 10, 11 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4.56 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		นครพนม			สกลนคร		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	10	33.3%	3.3	12	40.0%	23.6***
	เห็นด้วย	20	66.7%		16	53.3%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		1	3.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	26.7%	13.4***	12	40.0%	23.6***
	เห็นด้วย	19	63.3%		16	53.3%	
	ไม่เห็นด้วย	3	10.0%		1	3.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	9	30.0%	4.8*	11	36.7%	14.6***
	เห็นด้วย	21	70.0%		18	60.0%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	23.3%	15.8***	9	30.0%	20.7***
	เห็นด้วย	20	66.7%		17	56.7%	
	ไม่เห็นด้วย	3	10.0%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	10	33.3%	12.8**	13	43.3%	19.3***
	เห็นด้วย	18	60.0%		14	46.7%	
	ไม่เห็นด้วย	2	6.7%		2	6.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	13	43.3%	12.6**	19	63.3%	29.2***
	เห็นด้วย	16	53.3%		9	30.0%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.3%		1	3.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	16.7%	12.2**	7	23.3%	26.0***
	เห็นด้วย	19	63.3%		19	63.3%	
	ไม่เห็นด้วย	6	20.0%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	26.7%	16.8***	11	36.7%	14.6***
	เห็นด้วย	20	66.7%		18	60.0%	
	ไม่เห็นด้วย	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	26.7%	16.8***	15	50.0%	22.8***
	เห็นด้วย	20	66.7%		13	43.3%	
	ไม่เห็นด้วย	2	6.7%		1	3.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	3.3%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.56 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดเห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 30.0 – ร้อยละ 70.0) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 16.7 – ร้อยละ 63.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อ ของจังหวัดสกลนคร มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกประเด็น ส่วนของจังหวัดนครพนม มีสัดส่วน ผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เฉพาะข้อ 2, 4, 8, 9 ส่วนข้อ 5-7 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยไม่แตกต่างจากผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ

4.2.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดนครราชสีมา)

ตาราง 4.57 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด (n = 187 คน)

จังหวัด	อุบลราชธานี		นครราชสีมา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	f	%	f	%	f	%
เพศ	**90**	**100**	**97**	**100**	187	100
ชาย	20	22.2	21	21.6	41	21.9
หญิง	70	77.8	75	77.3	145	77.5
ไม่ระบุ	-	-	1	1.0	1	0.5
อายุ	**90**	**100**	**97**	**100**	187	100
< 30 ปี	11	12.2	9	9.3	20	10.7
30-34 ปี	8	8.9	7	7.2	15	8.0
35-39 ปี	8	8.9	20	20.6	28	15.0
40-44 ปี	17	18.9	19	19.6	36	19.3
45-49 ปี	21	23.3	16	16.5	37	19.8
≥ 50 ปี	25	27.8	26	26.8	51	27.3
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	**90**	**100**	**97**	**100**	187	100
< 3 ปี	19	21.1	22	22.7	41	21.9
3-5 ปี	21	23.3	19	19.6	40	21.4
6-9 ปี	10	11.1	14	14.4	24	12.8
10-14 ปี	18	20.0	27	27.8	45	24.1
15-19 ปี	5	5.6	5	5.2	10	5.3
≥ 20 ปี	17	18.9	10	10.3	27	14.4
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ มีปัญหาโรคใด	**90**	**100**	**97**	**100**	187	100
โรคซึมเศร้า	11	12.2	20	20.6	31	16.6
โรควิตกกังวล	47	52.2	35	36.1	82	43.9
ไม่รู้	25	27.8	39	40.2	64	34.2
ไม่ระบุ	7	7.8	3	3.1	10	5.3
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ เกี่ยวข้องกับท่าน เป็น	**90**	**100**	**97**	**100**	187	100
พ่อแม่	60	66.7	59	60.8	119	63.6
พี่น้อง	1	1.1	2	2.1	3	1.6
ปู่ย่าตายาย	11	12.2	20	20.6	31	16.6
ลุงป้าน้าอา	4	4.4	7	7.2	11	5.9
อื่น ๆ	13	14.4	8	8.2	21	11.2
ไม่ระบุ	1	1.1	1	1.0	2	1.1
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในครอบครัว	**90**	**100**	**97**	**100**	187	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	24	26.7	66	68.0	90	48.1
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	61	67.8	9	9.3	70	37.4
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	5	5.6	22	22.7	27	14.4

จากตาราง 4.57 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 70 คน (ร้อยละ 77.8) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 25 คน (ร้อยละ 27.8) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 23.3) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 47 คน (ร้อยละ 52.2) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 60 คน (ร้อยละ 66.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทพึ่งพิงน้อย จำนวน 61 คน (ร้อยละ 67.8)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวน 97 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 75 คน (ร้อยละ 77.3) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 26 คน (ร้อยละ 26.8) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 27.8) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรคใดไม่รู้ จำนวน 39 คน (ร้อยละ 40.2) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 59 คน (ร้อยละ 60.8) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 66 คน (ร้อยละ 68.0)

ตาราง 4.58 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด (n = 62 คน)

จังหวัด	อุบลราชธานี		นครราชสีมา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
เพศ	30	100.0	32	100.0	62	100
ชาย	5	16.7	2	6.3	7	11.3
หญิง	25	83.3	29	90.6	54	87.1
ไม่ระบุ	-	-	1	3.1	1	1.6
อายุ	30	100.0	32	100.0	62	100
< 30 ปี	8	26.7	5	15.6	13	21.0
30-34 ปี	3	10.0	2	6.3	5	8.1
35-39 ปี	5	16.7	2	6.3	7	11.3
40-44 ปี	5	16.7	5	15.6	10	16.1
45-49 ปี	4	13.3	6	18.8	10	16.1
≥ 50 ปี	5	16.7	12	37.5	17	27.4
ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	32	100.0	62	100
อสม.	1	3.3	23	71.9	24	38.7
อผส.	-	-	1	3.1	1	1.6
พยาบาลวิชาชีพ	15	50.0	3	9.4	18	29.0
ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	1	3.1	1	1.6
อื่น ๆ	14	46.7	3	9.4	17	27.4
ไม่ระบุ	-	-	1	3.1	1	1.6
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	32	100.0	62	100
< 3 ปี	13	43.3	10	31.3	23	37.1
3-5 ปี	5	16.7	8	25.0	13	21.0
6-9 ปี	4	13.3	1	3.1	5	8.1
10-14 ปี	4	13.3	8	25.0	12	19.4

จังหวัด	อุบลราชธานี		นครราชสีมา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
15-19 ปี	3	10.0	1	3.1	4	6.5
≥ 20 ปี	1	3.3	4	12.5	5	8.1
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	32	100.0	62	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	30	100.0	25	78.1	55	88.7
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	30	100.0	19	59.4	49	79.0
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	30	100.0	13	40.6	43	69.4
การมีทีมงานรับผิดชอบในการทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชน	30	100.0	32	100.0	62	100
มี	26	86.7	31	96.9	57	91.9
ไม่มี	3	10.0	1	3.1	4	6.5
ไม่ระบุ	1	3.3	-	-	1	1.6
องค์ประกอบของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	32	100.0	62	100
แพทย์	22	73.3	13	40.6	35	56.5
พยาบาล	26	86.7	15	46.9	41	66.1
นักสังคมสงเคราะห์	-	-	1	3.1	1	1.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	25	83.3	20	62.5	45	72.6
นักจิตวิทยา	10	33.3	11	34.4	45	72.6
อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.)	13	43.3	8	25.0	21	33.9
อสม.	25	83.3	27	84.4	52	83.9
อื่น ๆ	4	13.3	-	-	4	6.5
บทบาทของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	32	100.0	62	100
ป้องกัน	26	86.7	19	59.4	45	72.6
คัดกรอง	26	86.7	30	93.8	56	90.3
ตรวจวินิจฉัยอาการ	14	46.7	16	50.0	30	48.4
รักษา	19	63.3	19	59.4	38	61.3
บำบัด	14	46.7	16	50.0	30	48.4
ส่งต่อ	24	80.0	19	59.4	43	69.4
อื่น ๆ	1	3.3	2	6.3	3	4.8
ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วมในการทำงาน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	32	100.0	62	100
อปท.	19	63.3	14	43.8	33	53.2
อผส.	18	60.0	8	25.0	26	41.9
อสม.	26	86.7	30	93.8	56	90.3
ชมรมผู้สูงอายุ	21	70.0	13	40.6	34	54.8
ศพค.	1	3.3	5	15.6	6	9.7
อื่น ๆ	1	3.3	1	3.1	2	3.2

จากตาราง 4.58 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 30 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.0) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนเป็นทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100.0) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ พยาบาล จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การป้องกันและการคัดกรอง จำนวนเท่ากัน 26 คน (ร้อยละ 86.7) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดนครราชสีมา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 90.6) มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน (ร้อยละ 37.5) มีตำแหน่งเป็น อสม. จำนวน 23 คน (ร้อยละ 71.9) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 31.1) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 78.1) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 96.9) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 27 คน (ร้อยละ 84.4) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การคัดกรอง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 93.8) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 30 คน (ร้อยละ 93.8)

ตาราง 4.59 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	15	16.7%	20.1***	43	44.3%	8.3*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	49	54.4%		34	35.1%	
	ไม่รู้	26	28.9%		20	20.6%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	30	33.3%	0.6	50	51.5%	14.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	33	36.7%		23	23.7%	
	ไม่รู้	27	30.0%		24	24.7%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	40	44.4%	5.6	60	62.5%	36.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	22	24.4%		17	17.7%	
	ไม่รู้	28	31.1%		19	19.8%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	62	68.9%	51.8***	75	77.3%	84.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	17	18.9%		12	12.4%	
	ไม่รู้	11	12.2%		10	10.3%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	47	52.8%	18.5***	57	59.4%	32.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	31.5%		27	28.1%	
	ไม่รู้	14	15.7%		12	12.5%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	55	61.1%	32.6***	64	66.0%	53.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	22	24.4%		27	27.8%	
	ไม่รู้	13	14.4%		6	6.2%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	57	63.3%	39.3***	54	56.2%	38.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	25.6%		37	38.5%	
	ไม่รู้	10	11.1%		5	5.2%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	55	61.1%	34.1***	58	59.8%	41.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	24	26.7%		33	34.0%	
	ไม่รู้	11	12.2%		6	6.2%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	62	68.9%	54.5***	61	63.5%	49.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	21	23.3%		30	31.2%	
	ไม่รู้	7	7.8%		5	5.2%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	56	62.9%	37.1***	61	62.9%	52.0***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	22	24.7%		33	34.0%	
	ไม่รู้	11	12.4%		3	3.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.59 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 4 – ข้อ 10 ของจังหวัดอุบลราชธานี และทั้ง 10 ข้อของจังหวัดนครราชสีมา) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 44.3 – ร้อยละ 77.3) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 – ข้อ 3 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์, การเปลี่ยนแปลงของสมดุลสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง,

ความผิดปกติของฮอร์โมน) ของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยเข้าใจผิดร้อยละ 24.4 – 54.4, ขาดความรู้ร้อยละ 28.9 – 31.1) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 4 – ข้อ 10 ของจังหวัดอุบลราชธานี และข้อ 2 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครราชสีมา) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้อ 1 ของจังหวัดนครราชสีมา มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ข้อ 2 และข้อ 3 ของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ แต่ข้อ 1 ของจังหวัดนครราชสีมา มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ต่ำกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.60 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	75	84.3%	104.0***	81	85.3%	115.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.7%		8	8.4%	
	ไม่รู้	8	9.0%		6	6.3%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	83	92.2%	140.6***	69	71.9%	69.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	5	5.6%		23	24.0%	
	ไม่รู้	2	2.2%		4	4.2%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	87	96.7%	162.5***	87	91.6%	145.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	2.2%		7	7.4%	
	ไม่รู้	1	1.1%		1	1.1%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	87	96.7%	162.5***	86	90.5%	140.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	2.2%		7	7.4%	
	ไม่รู้	1	1.1%		2	2.1%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	84	93.3%	67.6***	84	88.4%	130.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.7%		8	8.4%	
	ไม่รู้	0	0.0%		3	3.2%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	83	93.3%	144.1***	83	86.5%	121.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	5	5.6%		7	7.3%	
	ไม่รู้	1	1.1%		6	6.2%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	81	90.0%	130.2***	85	88.5%	131.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.7%		7	7.3%	
	ไม่รู้	3	3.3%		4	4.2%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.60 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จากแนวทาง

การป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 71.9 – ร้อยละ 96.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.61 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	39	43.3%	7.8*	61	63.5%	39.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	33	36.7%		20	20.8%	
	ไม่รู้	18	20.0%		15	15.6%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	20	22.5%	18.9***	41	42.7%	9.4**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	49	55.1%		37	38.5%	
	ไม่รู้	20	22.5%		18	18.8%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	39	43.3%	8.9*	49	51.0%	14.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	34	37.8%		28	29.2%	
	ไม่รู้	17	18.9%		19	19.8%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	43	47.8%	18.9***	39	40.6%	23.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	36	40.0%		47	49.0%	
	ไม่รู้	11	12.2%		10	10.4%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	70	77.8%	83.3***	83	86.5%	123.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	17	18.9%		12	12.5%	
	ไม่รู้	3	3.3%		1	1.0%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	67	74.4%	73.3***	73	76.0%	85.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	20	22.2%		22	22.9%	
	ไม่รู้	3	3.3%		1	1.0%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	57	64.8%	44.1***	79	82.3%	106.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	24	27.3%		15	15.6%	
	ไม่รู้	7	8.0%		2	2.1%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	68	76.4%	78.1***	70	72.9%	76.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	18	20.2%		25	26.0%	
	ไม่รู้	3	3.4%		1	1.0%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	62	68.9%	56.6***	62	64.6%	58.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	23	25.6%		33	34.4%	
	ไม่รู้	5	5.6%		1	1.0%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	62	68.9%	56.6***	66	68.8%	13.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	23	25.6%		30	31.2%	
	ไม่รู้	5	5.6%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.61 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 1 และข้อ 3 – ข้อ 10 ของจังหวัดอุบลราชธานี และทั้ง 10 ข้อของจังหวัดนครราชสีมา) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 42.7 – ร้อยละ 77.8) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ข้อ 2 ของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว (โดยเข้าใจผิดร้อยละ 55.1, ขาดความรู้ร้อยละ 22.5) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 4 – ข้อ 10 ของจังหวัดอุบลราชธานี และข้อ 1 และข้อ 3 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครราชสีมา) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้อ 2 ของจังหวัดนครราชสีมา มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ข้อ 1 และข้อ 3 ของจังหวัดอุบลราชธานี มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นข้อ 3 ของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.62 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	79	87.8%	120.2***	80	82.5%	106.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	7	7.8%		13	13.4%	
	ไม่รู้	4	4.4%		4	4.1%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	80	88.9%	126.1***	93	95.9%	81.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	9	10.0%		4	4.1%	
	ไม่รู้	1	1.1%		0	0.0%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	88	97.8%	168.2***	91	93.8%	74.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	1.1%		6	6.2%	
	ไม่รู้	1	1.1%		0	0.0%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	86	95.6%	156.9***	81	83.5%	112.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	3.3%		15	15.5%	
	ไม่รู้	1	1.1%		1	1.0%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	85	94.4%	71.1***	86	88.7%	58.0***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		11	11.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	86	95.6%	156.9***	89	91.8%	149.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	3.3%		6	6.2%	
	ไม่รู้	1	1.1%		2	2.1%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	86	95.6%	74.7***	90	92.8%	154.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	4	4.4%		6	6.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	1.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.62 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 82.5 – ร้อยละ 97.8) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.63 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา			อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=1)	F	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2 (df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	79	87.8%	51.4***	83	85.6%	49.1***	77	88.5%	51.6***	79	84.0%	43.6***
	ทำไม่ได้	11	12.2%		14	14.4%		10	11.5%		15	16.0%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	76	88.4%	50.7***	53	55.8%	1.3	75	85.2%	43.7***	53	56.4%	1.5
	ทำไม่ได้	10	11.6%		42	44.2%		13	14.8%		41	43.6%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	77	86.5%	47.5***	71	73.2%	20.9***	78	88.6%	52.5***	70	74.5%	22.5***
	ทำไม่ได้	12	13.5%		26	26.8%		10	11.4%		24	25.5%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	85	95.5%	73.7***	89	91.8%	67.6***	85	95.5%	73.7***	89	92.7%	70.0***
	ทำไม่ได้	4	4.5%		8	8.2%		4	4.5%		7	7.3%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	85	96.6%	76.4***	81	83.5%	43.6***	85	95.5%	73.7***	79	84.0%	43.6***
	ทำไม่ได้	3	3.4%		16	16.5%		4	4.5%		15	16.0%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	85	95.5%	73.7***	96	99.0%	93.0***	85	95.5%	73.7***	95	99.0%	92.0***
	ทำไม่ได้	4	4.5%		1	1.0%		4	4.5%		1	1.0%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	85	95.5%	73.7***	90	93.8%	73.5***	85	95.5%	73.7***	91	94.8%	77.0***
	ทำไม่ได้	4	4.5%		6	6.2%		4	4.5%		5	5.2%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	83	92.2%	64.2***	86	89.6%	60.2***	81	93.1%	64.7***	82	86.3%	50.1***
	ทำไม่ได้	7	7.8%		10	10.4%		6	6.9%		13	13.7%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา			อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=1)	F	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2 (df=1)
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	82	92.1%	63.2***	87	89.7%	61.1***	80	90.9%	58.9***	86	89.6%	60.2***
	ทำไม่ได้	7	7.9%		10	10.3%		8	9.1%		10	10.4%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	77	86.5%	47.5***	78	80.4%	35.9***	77	86.5%	47.5***	75	78.9%	31.8***
	ทำไม่ได้	12	13.5%		19	19.6%		12	13.5%		20	21.1%	
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	81	93.1%	64.7***	79	81.4%	38.4***	82	92.1%	63.2***	78	81.2%	37.5***
	ทำไม่ได้	6	6.9%		18	18.6%		7	7.9%		18	18.8%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	86	96.6%	77.4***	74	76.3%	26.8***	86	96.6%	77.4***	73	76.0%	26.0***
	ทำไม่ได้	3	3.4%		23	23.7%		3	3.4%		23	24.0%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	81	93.1%	64.7***	80	82.5%	40.9***	83	93.3%	66.6***	80	83.3%	42.7***
	ทำไม่ได้	6	6.9%		17	17.5%		6	6.7%		16	16.7%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	85	94.4%	71.1***	82	84.5%	46.3***	79	90.8%	57.9***	79	84.0%	43.6***
	ทำไม่ได้	5	5.6%		15	15.5%		8	9.2%		15	16.0%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	85	95.5%	73.7***	93	95.9%	81.7***	87	98.9%	84.0***	90	93.8%	73.5***
	ทำไม่ได้	4	4.5%		4	4.1%		1	1.1%		6	6.2%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	86	96.6%	77.4***	90	92.8%	71.0***	86	97.7%	80.2***	90	93.8%	73.5***
	ทำไม่ได้	3	3.4%		7	7.2%		2	2.3%		6	6.2%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.63 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 73.2 – ร้อยละ 99.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุก

ทักษะ ยกเว้น ทักษะสังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด ของจังหวัดนครราชสีมาที่มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 74.5 – ร้อยละ 90.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกทักษะ ยกเว้น ทักษะสังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด ของจังหวัดนครราชสีมาที่มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

ตาราง 4.64 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	53	59.6%	83.7***	46	47.9%	42.3***
	เห็นด้วย	32	36.0%		48	50.0%	
	ไม่เห็นด้วย	3	3.4%		2	2.1%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	42	47.2%	28.3***	33	34.7%	79.8***
	เห็นด้วย	41	46.1%		55	57.9%	
	ไม่เห็นด้วย	6	6.7%		6	6.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	45	50.6%	29.1***	38	39.6%	81.9***
	เห็นด้วย	38	42.7%		53	55.2%	
	ไม่เห็นด้วย	6	6.7%		4	4.2%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.0%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	45	50.6%	33.7***	33	34.7%	4.1
	เห็นด้วย	40	44.9%		39	41.1%	
	ไม่เห็นด้วย	4	4.5%		23	24.2%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	43	48.3%	36.0***	40	41.7%	28.0***
	เห็นด้วย	43	48.3%		48	50.0%	
	ไม่เห็นด้วย	3	3.4%		8	8.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	34	38.6%	37.2***	38	39.6%	34.4***
	เห็นด้วย	50	56.8%		34	35.4%	
	ไม่เห็นด้วย	4	4.5%		23	24.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.0%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	31	34.8%	27.1***	23	24.0%	27.6***
	เห็นด้วย	49	55.1%		56	58.3%	
	ไม่เห็นด้วย	9	10.1%		17	17.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	34	38.2%	38.2***	32	33.3%	36.0***
	เห็นด้วย	51	57.3%		56	58.3%	
	ไม่เห็นด้วย	4	4.5%		8	8.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	39	43.8%	34.1***	33	34.4%	47.3***
	เห็นด้วย	46	51.7%		59	61.5%	
	ไม่เห็นด้วย	4	4.5%		4	4.2%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.64 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดเห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 48.3 – ร้อยละ 61.5) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 47.2 – ร้อยละ 59.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกประเด็น ยกเว้น ประเด็นท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ของจังหวัดนครราชสีมาที่มีระดับความเห็นไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4.65 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	18	60.0%	14.6***	15	46.9%	10.6**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	11	36.7%		15	46.9%	
	ไม่รู้	1	3.3%		2	6.2%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	86.7%	38.4***	18	56.2%	7.6*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.7%		7	21.9%	
	ไม่รู้	2	6.7%		7	21.9%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	76.7%	25.4***	18	56.2%	9.3**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	4	13.3%		10	31.2%	
	ไม่รู้	3	10.0%		4	12.5%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	30	100.0%	-	29	90.6%	47.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	0	0.0%		2	6.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.1%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	19.2***	24	75.0%	25.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.0%		6	18.8%	
	ไม่รู้	0	0.0%		2	6.2%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	93.3%	22.5***	30	93.8%	52.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	0	0.0%		1	3.1%	
	ไม่รู้	2	6.7%		1	3.1%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	93.3%	22.5***	27	84.4%	37.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.7%		4	12.5%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.1%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	29	96.7%	26.1***	30	93.8%	24.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.3%		2	6.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	30	100.0%	-	29	90.6%	47.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	0	0.0%		2	6.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.1%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	19.2***	25	78.1%	30.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.0%		6	18.8%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.65 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ทั้ง 10 ข้อ ของทั้งสองจังหวัด) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 46.9 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ข้อ 1 – ข้อ 10 ของจังหวัด

อุบลราชธานี และข้อ 4 – ข้อ 10 ของจังหวัดนครราชสีมา) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนของจังหวัดนครราชสีมา ข้อ 1 – ข้อ 3 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และข้อ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4.66 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	29	96.7%	26.1***	26	81.2%	33.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.3%		4	12.5%	
	ไม่รู้	0	0.0%		2	6.2%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	30	100.0%	-	30	93.8%	52.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		1	3.1%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.1%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	30	100.0%	-	30	93.8%	24.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		2	6.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	30	100.0%	-	30	93.8%	52.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		1	3.1%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.1%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	29	96.7%	26.1***	31	96.9%	28.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.3%		1	3.1%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	48.6***	31	96.9%	28.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.1%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	30	100.0%	-	27	84.4%	37.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	0	0.0%		4	12.5%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.66 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 81.2 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ

ตาราง 4.67 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	16	53.3%	8.6*	16	50.0%	5.7
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	11	36.7%		11	34.4%	
	ไม่รู้	3	10.0%		5	15.6%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	6	20.0%	18.6***	10	31.2%	12.1**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	21	70.0%		19	59.4%	
	ไม่รู้	3	10.0%		3	9.4%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	17	56.7%	13.4***	20	62.5%	15.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	12	40.0%		10	31.2%	
	ไม่รู้	1	3.3%		2	6.2%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	12	40.0%	10.4**	10	34.5%	15.0***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	16	53.3%		18	62.1%	
	ไม่รู้	2	6.7%		1	3.4%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	30	100.0%	-	30	93.8%	24.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	0	0.0%		2	6.2%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	29	96.7%	26.1***	29	90.6%	21.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.3%		3	9.4%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	93.3%	48.6***	25	78.1%	29.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.3%		5	15.6%	
	ไม่รู้	1	3.3%		2	6.2%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	29	96.7%	26.1***	31	96.9%	28.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.3%		1	3.1%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	93.3%	48.6***	28	87.5%	42.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.3%		3	9.4%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.1%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	30	100.0%	-	27	84.4%	15.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	0	0.0%		5	15.6%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.67 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 1, 3, 5-10 ของจังหวัดอุบลราชธานี และข้อ 3, 5-10 ของจังหวัดนครราชสีมา ยกเว้นข้อ 2 และข้อ 4) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 53.3 – ร้อยละ 100) แต่สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 และข้อ 4 ของทั้งสองจังหวัด พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของจังหวัดอุบลราชธานียังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว

(โดยเข้าใจผิดร้อยละ 53.3 – 70.0, ขาดความรู้ร้อยละ 3.4 – 10.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ (ข้อ 3, 5-10 ของจังหวัดอุบลราชธานี และข้อ 3, 5-10 ของจังหวัดนครราชสีมา) มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ในข้อ 1 ของจังหวัดอุบลราชธานี สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่สาเหตุของโรควิตกกังวลทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของทั้งสองจังหวัด ข้อ 2 และข้อ 4 พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001

ตาราง 4.68 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	93.3%	48.6***	24	75.0%	25.8***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.3%		6	18.8%	
	ไม่รู้	1	3.3%		2	6.2%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	31	96.9%	28.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.1%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	29	96.7%	26.1***	32	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	31	96.9%	28.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		1	3.1%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	32	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	32	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	32	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.68 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 75.0 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของ

สัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.69 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา			อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	27	93.1%	21.6***	30	93.8%	24.5***	29	100.0%	-	30	96.8%	27.1***
	ทำไม่ได้	2	6.9%		2	6.2%		0	0.0%		1	3.2%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	26	86.7%	16.1***	25	78.1%	10.1***	26	89.7%	18.2***	25	80.6%	11.6***
	ทำไม่ได้	4	13.3%		7	21.9%		3	10.3%		6	19.4%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	28	93.3%	22.5***	25	78.1%	10.1***	26	92.9%	20.6***	24	77.4%	9.3**
	ทำไม่ได้	2	6.7%		7	21.9%		2	7.1%		7	22.6%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	28	93.3%	22.5***	27	84.4%	15.1***	27	93.1%	21.6***	27	87.1%	17.1***
	ทำไม่ได้	2	6.7%		5	15.6%		2	6.9%		4	12.9%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	28	96.6%	25.1***	30	96.8%	27.1***	28	96.6%	25.1***	31	96.9%	28.1***
	ทำไม่ได้	1	3.4%		1	3.2%		1	3.4%		1	3.1%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	29	100.0%	-	30	96.8%	27.1***	29	100.0%	-	29	96.7%	26.1***
	ทำไม่ได้	0	0.0%		1	3.2%		0	0.0%		1	3.3%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	27	90.0%	19.2***	28	87.5%	18.0***	26	89.7%	18.2***	27	87.1%	17.1***
	ทำไม่ได้	3	10.0%		4	12.5%		3	10.3%		4	12.9%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	29	100.0%	-	27	87.1%	17.1***	28	100.0%	-	28	87.5%	18.0***
	ทำไม่ได้	0	0.0%		4	12.9%		0	0.0%		4	12.5%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	30	100.0%	-	31	96.9%	28.1***	29	100.0%	-	30	96.8%	27.1***
	ทำไม่ได้	0	0.0%		1	3.1%		0	0.0%		1	3.2%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	28	93.3%	22.5***	26	83.9%	14.2***	27	93.1%	21.6***	27	84.4%	15.1***
	ทำไม่ได้	2	6.7%		5	16.1%		2	6.9%		5	15.6%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา			อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	29	96.7%	26.1***	28	90.3%	20.2***	28	96.6%	25.1***	29	90.6%	21.1***
	ทำไม่ได้	1	3.3%		3	9.7%		1	3.4%		3	9.4%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	29	96.7%	26.1***	30	96.8%	27.1***	28	96.6%	25.1***	31	96.9%	28.1***
	ทำไม่ได้	1	3.3%		1	3.2%		1	3.4%		1	3.1%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	29	96.7%	26.1***	30	93.8%	24.5***	28	96.6%	25.1***	29	93.5%	23.5***
	ทำไม่ได้	1	3.3%		2	6.2%		1	3.4%		2	6.5%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	29	96.7%	26.1***	32	100.0%	-	28	96.6%	25.1***	30	96.8%	27.1***
	ทำไม่ได้	1	3.3%		0	0.0%		1	3.4%		1	3.2%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	30	100.0%	-	31	96.9%	28.1***	29	100.0%	-	30	96.8%	27.1***
	ทำไม่ได้	0	0.0%		1	3.1%		0	0.0%		1	3.2%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่างๆ	ทำได้	30	100.0%	-	31	96.9%	28.1***	29	100.0%	-	30	96.8%	27.1***
	ทำไม่ได้	0	0.0%		1	3.1%		0	0.0%		1	3.2%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.69 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 78.1 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่าทั้งสองจังหวัดในทุกทักษะ มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 77.4 – ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่าทั้งสองจังหวัดในทุกทักษะ มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ข้อ 3 ของจังหวัดนครราชสีมา จะมีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4.70 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		อุบลราชธานี			นครราชสีมา		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	14	46.7%	0.1	12	41.4%	12.5**
	เห็นด้วย	16	53.3%		16	55.2%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		1	3.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	12	40.0%	13.4***	13	44.8%	9.2**
	เห็นด้วย	17	56.7%		14	48.3%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.3%		2	6.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	13	43.3%	0.5	14	48.3%	9.2**
	เห็นด้วย	17	56.7%		13	44.8%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		2	6.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	12	40.0%	1.2	11	37.9%	10.4**
	เห็นด้วย	18	60.0%		16	55.2%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		2	6.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	14	46.7%	0.1	14	48.3%	0.0
	เห็นด้วย	16	53.3%		15	51.7%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	14	46.7%	0.1	11	37.9%	13.5***
	เห็นด้วย	16	53.3%		17	58.6%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		1	3.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	10	33.3%	16.2***	12	41.4%	0.9
	เห็นด้วย	19	63.3%		17	58.6%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	13	43.3%	0.5	12	41.4%	12.5**
	เห็นด้วย	17	56.7%		16	55.2%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		1	3.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	13	43.3%	0.5	14	48.3%	0.0
	เห็นด้วย	17	56.7%		15	51.7%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.70 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดเห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 48.3 – ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 48.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ในจังหวัดอุบลราชธานีมีประเด็นที่มีผู้เห็นด้วยแตกต่างจากผู้ไม่เห็นด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 และข้อ 7 ส่วนจังหวัดนครราชสีมา เกือบทุกข้อมีสัดส่วนของผู้ที่เห็นด้วยแตกต่างจากผู้ไม่เห็นด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเฉพาะข้อที่ 5 ข้อที่ 7 และข้อที่ 9

4.2.5 ภาคกลางและภาคตะวันออก (จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดฉะเชิงเทรา)

ตาราง 4.71 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด (n = 180 คน)

จังหวัด	สมุทรปราการ		ฉะเชิงเทรา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	f	%	f	%	f	%
เพศ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
ชาย	22	24.4	24	26.7	46	25.6
หญิง	67	74.4	66	73.3	133	73.9
ไม่ระบุ	1	1.1	-	-	1	0.6
อายุ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
< 30 ปี	5	5.6	10	11.1	15	8.3
30-34 ปี	8	8.9	5	5.6	13	7.2
35-39 ปี	9	10.0	7	7.8	16	8.9
40-44 ปี	19	21.1	18	20.0	37	20.6
45-49 ปี	10	11.1	11	12.2	21	11.7
≥ 50 ปี	39	43.3	39	43.3	78	43.3
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
< 3 ปี	12	13.3	28	31.1	40	22.2
3-5 ปี	30	33.3	14	15.6	44	24.4
6-9 ปี	12	13.3	13	14.4	25	13.9
10-14 ปี	26	28.9	10	11.1	36	20.0
15-19 ปี	2	2.2	5	5.6	7	3.9
≥ 20 ปี	8	8.9	20	22.2	28	15.6
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ มีปัญหาโรคใด	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
โรคซึมเศร้า	19	21.1	14	15.6	33	18.3
โรควิตกกังวล	23	25.6	41	45.6	64	35.6
ไม่รู้	45	50.0	28	31.1	73	40.6
ไม่ระบุ	3	3.3	7	7.8	10	5.6
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ เกี่ยวข้องกับท่าน เป็น	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
พ่อแม่	50	55.6	59	65.6	109	60.6
พี่น้อง	1	1.1	3	3.3	4	2.2
ปู่ย่าตายาย	7	7.8	7	7.8	14	7.8
ลุงป้าน้าอา	12	13.3	7	7.8	19	10.6
อื่น ๆ	19	21.1	14	15.6	33	18.3
ไม่ระบุ	1	1.1	-	-	1	0.6
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในครอบครัว	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	31	34.4	57	63.3	88	48.9
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	26	28.9	11	12.2	37	20.6
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	33	36.7	22	24.4	55	30.6

จากตาราง 4.71 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดสมุทรปราการ มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 67 คน (ร้อยละ 74.4) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 39 คน (ร้อยละ 43.3) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลนั้นมีปัญหาโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าหรือไม่ จำนวน 45 คน (ร้อยละ 50.0) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 50 คน (ร้อยละ 55.6) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทพึ่งพิงมาก จำนวน 33 คน (ร้อยละ 36.7)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 66 คน (ร้อยละ 73.3) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 39 คน (ร้อยละ 43.3) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 31.1) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 41 คน (ร้อยละ 45.6) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 59 คน (ร้อยละ 65.6) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 63.3)

ตาราง 4.72 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด (n = 60 คน)

จังหวัด	สมุทรปราการ		ฉะเชิงเทรา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
เพศ	30	100.0	30	100.0	60	100
ชาย	6	20.0	3	10.0	9	15.0
หญิง	24	80.0	27	90.0	51	85.0
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
อายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
< 30 ปี	-	-	4	13.3	4	6.7
30-34 ปี	2	6.7	1	3.3	3	5.0
35-39 ปี	1	3.3	5	16.7	6	10.0
40-44 ปี	-	-	6	20.0	6	10.0
45-49 ปี	3	10.0	3	10.0	6	10.0
≥ 50 ปี	24	80.0	11	36.7	35	58.3
ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
อสม.	28	93.3	7	23.3	35	58.3
อผส.	-	-	2	6.7	2	3.3
พยาบาลวิชาชีพ	-	-	9	30.0	9	15.0
ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	-	-	-	-
อื่น ๆ	-	-	10	33.3	10	16.7
ไม่ระบุ	2	6.7	2	6.7	4	6.7
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
< 3 ปี	5	16.7	11	36.7	16	26.7
3-5 ปี	12	40.0	5	16.7	17	28.3
6-9 ปี	5	16.7	2	6.7	7	11.7
10-14 ปี	5	16.7	5	16.7	10	16.7
15-19 ปี	1	3.3	2	6.7	3	5.0
≥ 20 ปี	2	6.7	5	16.7	7	11.7
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	24	80.0	22	73.3	46	76.7
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	26	86.7	24	80.0	50	83.3
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	15	50.0	21	70.0	36	60.0
การมีทีมงานรับผิดชอบในการทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชน	30	100.0	30	100.0	60	100
มี	25	83.3	22	73.3	47	78.3
ไม่มี	4	13.3	6	20.0	10	16.7
ไม่ระบุ	1	3.3	2	6.7	3	5.0
องค์ประกอบของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100

จังหวัด	สมุทรปราการ		ฉะเชิงเทรา		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
แพทย์	4	13.3	2	6.7	6	10.0
พยาบาล	12	40.0	18	60.0	30	50.0
นักสังคมสงเคราะห์	-	-	1	3.3	1	1.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	23	76.7	19	63.3	42	70.0
นักจิตวิทยา	1	3.3	-	-	1	1.7
อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.)	6	20.0	13	43.3	19	31.7
อสม.	22	73.3	23	76.7	45	75.0
อื่น ๆ	-	-	7	23.3	7	11.7
บทบาทของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
ป้องกัน	21	70.0	18	60.0	39	65.0
คัดกรอง	-	-	25	83.3	50	83.3
ตรวจวินิจฉัยอาการ	2	6.7	4	13.3	6	10.0
รักษา	8	26.7	8	26.7	16	26.7
บำบัด	8	26.7	9	30.0	17	28.3
ส่งต่อ	4	13.3	15	50.0	19	31.7
อื่น ๆ	-	-	4	13.3	4	6.7
ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วมในการทำงาน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
อปท.	15	50.0	13	43.3	28	46.7
อผส.	4	13.3	14	46.7	18	30.0
อสม.	25	83.3	23	76.7	48	80.0
ชมรมผู้สูงอายุ	7	23.3	19	63.3	26	43.3
ศพค.	2	6.7	2	6.7	4	6.7
อื่น ๆ	1	3.3	1	3.3	2	3.3

จากตาราง 4.72 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดสมุทรปราการ มีจำนวน 30 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.0) มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.0) ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น อสม. จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนเป็นทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100.0) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การป้องกัน จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.0) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.0) มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) มีตำแหน่งอื่น ๆ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย จำนวน 24 คน

(ร้อยละ 80.0) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การคัดกรอง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7)

ตาราง 4.73 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	41	45.6%	9.8**	23	25.6%	2.6
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	32	35.6%		35	38.9%	
	ไม่รู้	17	18.9%		32	35.6%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	44	49.4%	10.8**	32	35.6%	6.9*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	25	28.1%		19	21.1%	
	ไม่รู้	20	22.5%		39	43.3%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	48	53.9%	17.0***	32	36.0%	0.7
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	20	22.5%		26	29.2%	
	ไม่รู้	21	23.6%		31	34.8%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	71	78.9%	84.1***	61	68.5%	50.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	10	11.1%		18	20.2%	
	ไม่รู้	9	10.0%		10	11.2%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	62	68.9%	51.8***	51	56.7%	22.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	17	18.9%		20	22.2%	
	ไม่รู้	11	12.2%		19	21.1%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	70	77.8%	80.1***	54	60.7%	31.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	11	12.2%		22	24.7%	
	ไม่รู้	9	10.0%		13	14.6%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	73	81.1%	92.5***	56	62.2%	36.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	9	10.0%		23	25.6%	
	ไม่รู้	8	8.9%		11	12.2%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	75	84.3%	104.0***	52	57.8%	29.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	8	9.0%		28	31.1%	
	ไม่รู้	6	6.7%		10	11.1%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	68	75.6%	72.5***	66	74.2%	66.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	13	14.4%		12	13.5%	
	ไม่รู้	9	10.0%		11	12.4%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	68	75.6%	72.8***	57	64.0%	41.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	14	15.6%		23	25.8%	
	ไม่รู้	8	8.9%		9	10.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.73 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ข้อ 1 – ข้อ 10) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 45.6 – ร้อยละ 84.3) แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่มี

ความรู้ว่าปัจจัยในข้อ 3 – ข้อ 8 เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 36.0 – ร้อยละ 74.2) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 และ ข้อ 2 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์, การเปลี่ยนแปลงของสมดุลสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง) พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่จังหวัดยังมีความเข้าใจผิดในสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 (ร้อยละ 38.9) ขาดความรู้ในสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 (ร้อยละ 43.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสมุทรปราการสำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 และ ข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 3 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดฉะเชิงเทราสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 4 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่ขาดความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือผู้ที่เข้าใจผิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.74 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	77	85.6%	110.5***	69	76.7%	76.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	7	7.8%		11	12.2%	
	ไม่รู้	6	6.7%		10	11.1%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	74	82.2%	98.5***	69	76.7%	77.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	13	14.4%		15	16.7%	
	ไม่รู้	3	3.3%		6	6.7%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	80	88.9%	126.1***	83	92.2%	140.6***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	9	10.0%		2	2.2%	
	ไม่รู้	1	1.1%		5	5.6%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	76	84.4%	106.4***	82	91.1%	135.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	10	11.1%		4	4.4%	
	ไม่รู้	4	4.4%		4	4.4%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	74	82.2%	98.5***	81	90.0%	130.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	13	14.4%		3	3.3%	
	ไม่รู้	3	3.3%		6	6.7%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	75	83.3%	101.7***	77	85.6%	110.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	10	11.1%		6	6.7%	
	ไม่รู้	5	5.6%		7	7.8%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	74	82.2%	98.5***	75	83.3%	101.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	13	14.4%		8	8.9%	
	ไม่รู้	3	3.3%		7	7.8%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.74 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 76.7 – ร้อยละ 92.2) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.75 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	45	50.0%	11.4**	33	37.1%	1.6
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	21	23.3%		24	27.0%	
	ไม่รู้	24	26.7%		32	36.0%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	36	40.0%	6.1*	23	25.6%	2.6
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	35	38.9%		35	38.9%	
	ไม่รู้	19	21.1%		32	35.6%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	37	41.1%	5.3	44	48.9%	10.1**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	33	36.7%		25	27.8%	
	ไม่รู้	20	22.2%		21	23.3%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	43	47.8%	14.5***	34	37.8%	10.4**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	33	36.7%		40	44.4%	
	ไม่รู้	14	15.6%		16	17.8%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	69	76.7%	77.4***	65	72.2%	63.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	16.7%		18	20.0%	
	ไม่รู้	6	6.7%		7	7.8%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	72	80.0%	88.8***	67	74.4%	68.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	12	13.3%		12	13.3%	
	ไม่รู้	6	6.7%		11	12.2%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	64	71.1%	59.5***	53	60.2%	32.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	18	20.0%		25	28.4%	
	ไม่รู้	8	8.9%		10	11.4%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	69	76.7%	76.9***	65	73.9%	65.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	14	15.6%		15	17.0%	
	ไม่รู้	7	7.8%		8	9.1%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	65	72.2%	61.4***	60	66.7%	49.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	14	15.6%		23	25.6%	
	ไม่รู้	11	12.2%		7	7.8%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	67	74.4%	69.8***	63	70.0%	58.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	16	17.8%		21	23.3%	
	ไม่รู้	7	7.8%		6	6.7%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.75 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล (ข้อ 1 – ข้อ 10) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 40.0 – ร้อยละ 80.0) แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยเกือบทุกข้อเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 37.1 – ร้อยละ 74.4) ยกเว้นข้อ 2 และข้อ 4

แต่สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 และ ข้อ 4 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์, การขาดสารอาหารและวิตามิน) พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่จังหวัดยังมีความเข้าใจผิดในสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 38.9 และ ร้อยละ 44.4 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสมุทรปราการสำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 4 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ สำหรับในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดฉะเชิงเทราสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 5 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 และ ข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.76 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	68	76.4%	74.7***	65	72.2%	61.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	13	14.6%		12	13.3%	
	ไม่รู้	8	9.0%		13	14.4%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	80	89.9%	128.2***	76	84.4%	106.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	6	6.7%		9	10.0%	
	ไม่รู้	3	3.4%		5	5.6%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	82	92.1%	138.6***	76	84.4%	106.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		9	10.0%	
	ไม่รู้	2	2.2%		5	5.6%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	79	88.8%	123.3***	76	84.4%	106.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	7	7.9%		9	10.0%	
	ไม่รู้	3	3.4%		5	5.6%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	75	84.3%	104.0***	75	83.3%	101.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	8	9.0%		8	8.9%	
	ไม่รู้	6	6.7%		7	7.8%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	79	88.8%	123.1***	80	88.9%	125.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		3	3.3%	
	ไม่รู้	5	5.6%		7	7.8%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	78	87.6%	118.1***	81	91.0%	203.2***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	6	6.7%		3	3.4%	
	ไม่รู้	5	5.6%		5	5.6%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.76 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 72.2 – ร้อยละ 92.1) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.77 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา			สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	66	75.0%	22.0***	66	80.5%	30.5***	65	74.7%	21.3***	62	84.9%	35.6***
	ทำไม่ได้	22	25.0%		16	19.5%		22	25.3%		11	15.1%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	38	43.7%	1.4	49	62.8%	5.1*	40	46.5%	0.4	45	60.8%	3.5
	ทำไม่ได้	49	56.3%		29	37.2%		46	53.5%		29	39.2%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	55	62.5%	5.5*	53	67.1%	9.2**	55	63.2%	6.1*	52	69.3%	11.2***
	ทำไม่ได้	33	37.5%		26	32.9%		32	36.8%		23	30.7%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	65	74.7%	21.3***	71	89.9%	50.2***	66	76.7%	24.6***	66	89.2%	45.5***
	ทำไม่ได้	22	25.3%		8	10.1%		20	23.3%		8	10.8%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	68	76.4%	24.8***	68	86.1%	41.1***	68	79.1%	29.1***	64	86.5%	39.4***
	ทำไม่ได้	21	23.6%		11	13.9%		18	20.9%		10	13.5%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	81	92.0%	62.2***	72	92.3%	55.8***	82	94.3%	68.1***	67	91.8%	51.0***
	ทำไม่ได้	7	8.0%		6	7.7%		5	5.7%		6	8.2%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	76	86.4%	46.5***	75	92.6%	58.8***	80	92.0%	61.3***	68	91.9%	51.9***
	ทำไม่ได้	12	13.6%		6	7.4%		7	8.0%		6	8.1%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	69	78.4%	28.4***	72	88.9%	49.0***	71	81.6%	34.8***	65	89.0%	44.5***
	ทำไม่ได้	19	21.6%		9	11.1%		16	18.4%		8	11.0%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	76	86.4%	46.5***	76	93.8%	62.2***	77	88.5%	51.6***	72	97.3%	66.2***
	ทำไม่ได้	12	13.6%		5	6.2%		10	11.5%		2	2.7%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	65	73.0%	18.9***	63	78.8%	26.5***	64	74.4%	20.5***	57	75.0%	19.0***
	ทำไม่ได้	24	27.0%		17	21.2%		22	25.6%		19	25.0%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา			สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	67	75.3%	22.8***	63	79.7%	28.0***	64	74.4%	20.5***	63	81.8%	31.2***
	ทำไม่ได้	22	24.7%		16	20.3%		22	25.6%		14	18.2%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	74	84.1%	40.9***	66	81.5%	32.1***	72	82.8%	37.3***	62	82.7%	32.0***
	ทำไม่ได้	14	15.9%		15	18.5%		15	17.2%		13	17.3%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	69	78.4%	28.4***	63	81.8%	31.2***	71	81.6%	34.8***	63	80.8%	29.5***
	ทำไม่ได้	19	21.6%		14	18.2%		16	18.4%		15	19.2%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	73	82.0%	36.5***	58	74.4%	18.5***	72	83.7%	39.1***	53	72.6%	14.9***
	ทำไม่ได้	16	18.0%		20	25.6%		14	16.3%		20	27.4%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	73	83.0%	38.2***	69	85.2%	40.1***	74	85.1%	42.8***	64	86.5%	39.4***
	ทำไม่ได้	15	17.0%		12	14.8%		13	14.9%		10	13.5%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	77	86.5%	47.5***	70	85.4%	41.0***	75	87.2%	47.6***	63	85.1%	36.5***
	ทำไม่ได้	12	13.5%		12	14.6%		65	74.7%		11	14.9%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.77 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 62.5 – ร้อยละ 92.0) ยกเว้นข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะข้อ 1 และ ข้อ 4 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 62.8 – ร้อยละ 93.8) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทักษะข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ

1 และ ข้อ 4 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวล ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 63.2 – ร้อยละ 94.3) ยกเว้นข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะข้อ 1 และ ข้อ 4 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 60.8 – ร้อยละ 97.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 1 และ ข้อ 3 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

ตาราง 4.78 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	30	33.7%	78.9***	45	50.0%	0.0
	เห็นด้วย	53	59.6%		45	50.0%	
	ไม่เห็นด้วย	5	5.6%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	26	29.2%	60.3***	35	38.9%	64.4***
	เห็นด้วย	50	56.2%		47	52.2%	
	ไม่เห็นด้วย	12	13.5%		6	6.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		2	2.2%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	30	33.7%	31.2***	38	43.7%	69.2***
	เห็นด้วย	51	57.3%		44	50.6%	
	ไม่เห็นด้วย	8	9.0%		4	4.6%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	31	34.8%	72.8***	33	36.7%	40.5***
	เห็นด้วย	51	57.3%		53	58.9%	
	ไม่เห็นด้วย	6	6.7%		4	4.4%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		0	0.0%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	28	31.5%	34.3***	31	34.8%	42.2***
	เห็นด้วย	53	59.6%		54	60.7%	
	ไม่เห็นด้วย	8	9.0%		4	4.5%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	28	31.5%	28.5***	26	29.2%	45.4***
	เห็นด้วย	51	57.3%		45	50.6%	
	ไม่เห็นด้วย	10	11.2%		17	19.1%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	18	20.2%	64.9***	18	20.2%	62.3***
	เห็นด้วย	54	60.7%		53	59.6%	
	ไม่เห็นด้วย	13	14.6%		15	16.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	4.5%		3	3.4%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	22	24.7%	91.4***	25	27.8%	75.2***
	เห็นด้วย	59	66.3%		55	61.1%	
	ไม่เห็นด้วย	7	7.9%		8	8.9%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		2	2.2%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	23	25.8%	67.0***	25	27.8%	93.6***
	เห็นด้วย	64	71.9%		59	65.6%	
	ไม่เห็นด้วย	2	2.2%		5	5.6%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.78 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 56.2 – ร้อยละ 71.9) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 20.2 – ร้อยละ 34.8) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดฉะเชิงเทราเกือบทุกข้อส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 50.6 – ร้อยละ 65.6) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 20.2 – ร้อยละ 43.7) ยกเว้นข้อ 1 (ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ) ที่มีกลุ่มที่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลจำนวนเท่ากันกับกลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมาก (อย่างละร้อยละ 50) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเกือบทุกข้อยกเว้นข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยไม่แตกต่างจากผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตาราง 4.79 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	15	50.0%	9.8**	14	48.3%	9.2**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	13	43.3%		13	44.8%	
	ไม่รู้	2	6.7%		2	6.9%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	19	63.3%	12.2**	21	72.4%	20.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	5	16.7%		5	17.2%	
	ไม่รู้	6	20.0%		3	10.3%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	21	70.0%	18.2***	18	62.1%	11.2**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	4	13.3%		7	24.1%	
	ไม่รู้	5	16.7%		4	13.8%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	43.4***	27	90.0%	19.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.7%		3	10.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		0	0.0%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	86.7%	16.1***	23	79.3%	10.0**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	4	13.3%		6	20.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	19.2***	28	93.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.0%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	96.6%	25.1***	25	83.3%	34.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.4%		4	13.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.3%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	29	96.7%	26.1***	28	93.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.3%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	90.0%	19.2***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.0%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	93.3%	22.5***	24	82.8%	32.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.7%		4	13.8%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.4%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.79 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าในทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 48.3 – ร้อยละ 96.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในจังหวัด

สมุทรปราการ สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 และ ข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 3 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนในจังหวัดฉะเชิงเทรา สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 ข้อ 3 และ ข้อ 5 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 และข้อ 4 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.80 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	27	90.0%	19.2***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	96.6%	25.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.4%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	29	96.7%	26.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	22.5***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	22.5***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	27	90.0%	19.2***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	28	93.3%	22.5***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.80 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 90.0 – ร้อยละ 96.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดฉะเชิงเทราทั้งหมดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 100.0)

ตาราง 4.81 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	23	76.7%	25.8***	17	58.6%	10.2**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	2	6.7%		9	31.0%	
	ไม่รู้	5	16.7%		3	10.3%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	18	62.1%	15.0***	15	51.7%	7.7*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	10	34.5%		11	37.9%	
	ไม่รู้	1	3.4%		3	10.3%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	19	63.3%	12.6**	20	69.0%	4.2*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	7	23.3%		9	31.0%	
	ไม่รู้	4	13.3%		0	0.0%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	53.6%	0.1	18	62.1%	15.0***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	13	46.4%		10	34.5%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.4%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	93.3%	22.5***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	2	6.7%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	29	96.7%	26.1***	27	90.0%	19.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.3%		3	10.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	24	80.0%	30.2***	26	86.7%	38.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	5	16.7%		3	10.0%	
	ไม่รู้	1	3.3%		1	3.3%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	25	83.3%	13.3***	28	96.6%	25.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	5	16.7%		1	3.4%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	90.0%	19.2***	23	79.3%	10.0**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	3	10.0%		6	20.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	26	89.7%	18.2***	26	89.7%	18.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	3	10.3%		3	10.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.81 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล (ข้อ 1 – ข้อ 10) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของทั้งสองจังหวัดส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 51.7 – ร้อยละ 96.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการสำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มี

ความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1, ข้อ 2 และ ข้อ 5 – ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ สำหรับในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทราสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 และข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 4 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.82 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	93.3%	22.5***	28	93.3%	22.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	2	6.7%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	29	96.7%	26.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	90.0%	19.2***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	93.3%	22.5***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	30	100.0%	-	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	90.0%	19.2***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	90.0%	19.2***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.82 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 90.0 – ร้อยละ 100.0) โดยเฉพาะความรู้ในข้อ 5 ทั้งหมดรายงานว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวในข้อ 1 – ข้อ 7 ยกเว้นข้อ 5 พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดฉะเชิงเทรา รายงานว่าความรู้ในข้อ 1 ส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 93.3) ส่วนความรู้ในข้อ 2 – ข้อ 7 ทั้งหมดรายงานว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวในข้อ 1 พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.83 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา			สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	25	89.3%	17.3***	27	90.0%	19.2***	23	85.2%	13.4***	22	78.6%	9.1**
	ทำไม่ได้	3	10.7%		3	10.0%		4	14.8%		6	21.4%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	9	32.1%	3.6	20	66.7%	3.3	13	50.0%	0.0	16	57.1%	0.6
	ทำไม่ได้	19	67.9%		10	33.3%		13	50.0%		12	42.9%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	19	65.5%	2.8	23	76.7%	8.5**	16	64.0%	2.0	21	75.0%	7.0**
	ทำไม่ได้	10	34.5%		7	23.3%		9	36.0%		7	25.0%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	23	76.7%	8.5**	26	89.7%	18.2***	16	66.7%	2.7	25	92.6%	19.6***
	ทำไม่ได้	7	23.3%		3	10.3%		8	33.3%		2	7.4%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	23	79.3%	10.0**	26	92.9%	20.6***	19	73.1%	5.5*	25	92.6%	19.6***
	ทำไม่ได้	6	20.7%		2	7.1%		7	26.9%		2	7.4%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	27	93.1%	21.6***	29	96.7%	26.1***	25	92.6%	19.6***	26	96.3%	23.1***
	ทำไม่ได้	2	6.9%		1	3.3%		2	7.4%		1	3.7%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	27	93.1%	21.6***	26	86.7%	16.1***	23	88.5%	15.4***	24	85.7%	14.3***
	ทำไม่ได้	2	6.9%		4	13.3%		3	11.5%		4	14.3%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	24	85.7%	14.3***	24	82.8%	12.4***	23	88.5%	15.4***	22	81.5%	10.7***
	ทำไม่ได้	4	14.3%		5	17.2%		3	11.5%		5	18.5%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	28	96.6%	25.1***	28	93.3%	22.5***	24	92.3%	18.6***	26	92.9%	20.6***
	ทำไม่ได้	1	3.4%		2	6.7%		2	7.7%		2	7.1%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	24	82.8%	12.4***	27	90.0%	19.2***	21	80.8%	9.8**	25	89.3%	17.3***
	ทำไม่ได้	5	17.2%		3	10.0%		5	19.2%		3	10.7%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา			สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	28	93.3%	22.5***	27	90.0%	19.2***	23	92.0%	17.6***	26	92.9%	20.6***
	ทำไม่ได้	2	6.7%		3	10.0%		2	8.0%		2	7.1%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	24	80.0%	10.8***	28	93.3%	22.5***	19	76.0%	6.8**	26	92.9%	20.6***
	ทำไม่ได้	6	20.0%		2	6.7%		6	24.0%		2	7.1%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	26	89.7%	18.2***	27	90.0%	19.2***	22	84.6%	12.5***	25	89.3%	17.3***
	ทำไม่ได้	3	10.3%		3	10.0%		4	15.4%		3	10.7%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	24	80.0%	10.8***	28	93.3%	22.5***	19	76.0%	6.8**	26	92.9%	20.6***
	ทำไม่ได้	6	20.0%		2	6.7%		6	24.0%		2	7.1%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	28	96.6%	25.1***	28	93.3%	22.5***	23	88.5%	15.4***	25	92.6%	19.6***
	ทำไม่ได้	1	3.4%		2	6.7%		3	11.5%		2	7.4%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	26	89.7%	18.2***	28	93.3%	22.5***	21	80.8%	9.8**	26	92.9%	20.6***
	ทำไม่ได้	3	10.3%		2	6.7%		5	19.2%		2	7.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.83 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 65.5 – ร้อยละ 96.6) ยกเว้นข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 4 และข้อ 5 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1 และ ข้อ 5 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 66.7 – ร้อยละ 93.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1 และ ข้อ 4 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวล ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 64.0 – ร้อยละ 92.6) ยกเว้นข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) ที่ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนประเมินว่าตนสามารถทำได้และทำไม่ได้เท่า ๆ กัน (อย่างละร้อยละ 50) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 5 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทักษะข้อ 10, ข้อ 12, ข้อ 14 และ ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1, ข้อ 6 – ข้อ 9, ข้อ 11, ข้อ 13 และ ข้อ 15 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 – ข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 57.1 – ร้อยละ 96.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 1 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 4 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

ตาราง 4.84 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคกลางและภาคตะวันออกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		สมุทรปราการ			ฉะเชิงเทรา		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	10	33.3%	16.2***	10	35.7%	2.3
	เห็นด้วย	19	63.3%		18	64.3%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	12	40.0%	13.4***	9	32.1%	3.6
	เห็นด้วย	17	56.7%		19	67.9%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	12	40.0%	1.2	12	42.9%	0.6
	เห็นด้วย	18	60.0%		16	57.1%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	10	33.3%	3.3	9	32.1%	15.5***
	เห็นด้วย	20	66.7%		18	64.3%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		1	3.6%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	26.7%	13.4***	10	35.7%	2.3
	เห็นด้วย	19	63.3%		18	64.3%	
	ไม่เห็นด้วย	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	15	50.0%	12.2**	13	46.4%	0.1
	เห็นด้วย	14	46.7%		15	53.6%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.3%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	11	36.7%	8.6*	8	28.6%	5.1*
	เห็นด้วย	16	53.3%		20	71.4%	
	ไม่เห็นด้วย	3	10.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	9	30.0%	14.6***	10	35.7%	2.3
	เห็นด้วย	19	63.3%		18	64.3%	
	ไม่เห็นด้วย	2	6.7%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	10	33.3%	16.2***	10	35.7%	2.3
	เห็นด้วย	19	63.3%		18	64.3%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		0	0.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	3.3%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.84 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคกลางและภาคตะวันออก พบว่า เกือบทุกข้อทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 53.3 – ร้อยละ 66.7) ยกเว้นข้อ 6 (ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล) ที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเกือบทุกข้อ (ร้อยละ 26.7 – ร้อยละ 40.0) ยกเว้นข้อ 6 ที่เป็นกลุ่มเห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวก (ร้อยละ 26.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 7 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 1, ข้อ 2, ข้อ 5, ข้อ 8 และ ข้อ 9 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 6 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 3 – ข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยไม่แตกต่างจากผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทราทุกข้อส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 53.6 – ร้อยละ 71.4) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 28.6 – ร้อยละ 46.4) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า เฉพาะประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนข้ออื่น ๆ มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยไม่แตกต่างจากผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง

4.2.6 ภาคตะวันตก (จังหวัดราชบุรี และจังหวัดเพชรบุรี)

ตาราง 4.85 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันตกตามรายจังหวัด (n = 180 คน)

จังหวัด	ราชบุรี		เพชรบุรี		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	f	%	f	%	f	%
เพศ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
ชาย	16	17.8	11	12.2	27	15.0
หญิง	74	82.2	79	87.8	153	85.0
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
อายุ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
< 30 ปี	9	10.0	9	10.0	18	10.0
30-34 ปี	6	6.7	14	15.6	20	11.1
35-39 ปี	12	13.3	10	11.1	22	12.2
40-44 ปี	16	17.8	15	16.7	31	17.2
45-49 ปี	15	16.7	13	14.4	28	15.6
≥ 50 ปี	32	35.6	29	32.2	61	33.9
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
< 3 ปี	14	15.6	15	16.7	29	16.1
3-5 ปี	21	23.3	27	30.0	48	26.7
6-9 ปี	16	17.8	16	17.8	32	17.8
10-14 ปี	12	13.3	16	17.8	28	15.6
15-19 ปี	7	7.8	1	1.1	8	4.4
≥ 20 ปี	20	22.2	15	16.7	35	19.4
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ มีปัญหาโรคใด	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
โรคซึมเศร้า	34	37.8	16	17.8	50	27.8
โรควิตกกังวล	29	32.2	36	40.0	65	36.1
ไม่รู้	27	30.0	33	36.7	60	33.3
ไม่ระบุ	-	-	5	5.6	5	2.8
ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ เกี่ยวข้องกับท่าน เป็น	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
พ่อแม่	64	71.1	67	74.4	131	72.8
พี่น้อง	3	3.3	3	3.3	6	3.3
ปู่ย่าตายาย	8	8.9	5	5.6	13	7.2
ลุงป้าน้าอา	4	4.4	5	5.6	9	5.0
อื่น ๆ	11	12.2	10	11.1	21	11.7
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในครอบครัว	**90**	**100**	**90**	**100**	180	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	39	43.3	38	42.2	77	42.8
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	26	28.9	30	33.3	56	31.1
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	25	27.8	22	24.4	47	26.1

จากตาราง 4.85 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดราชบุรี มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 74 คน (ร้อยละ 82.2) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 32 คน (ร้อยละ 35.6) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 23.3) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 34 คน (ร้อยละ 37.8) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 64 คน (ร้อยละ 71.1) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 39 คน (ร้อยละ 43.3)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” ของจังหวัดเพชรบุรี มีจำนวน 90 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 79 คน (ร้อยละ 87.8) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 29 คน (ร้อยละ 32.2) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 30.0) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 36 คน (ร้อยละ 40) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 67 คน (ร้อยละ 74.4) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 38 คน (ร้อยละ 42.2)

ตาราง 4.86 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” จำแนกตามภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันตกตามรายจังหวัด (n = 60 คน)

จังหวัด	ราชบุรี		เพชรบุรี		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
เพศ	30	100.0	30	100.0	60	100
ชาย	-	-	4	13.3	4	6.7
หญิง	30	100.0	26	86.7	56	93.3
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
อายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
< 30 ปี	-	-	4	13.3	4	6.7
30-34 ปี	1	3.3	-	-	1	1.7
35-39 ปี	9	30.0	7	23.3	16	26.7
40-44 ปี	8	26.7	7	23.3	15	25.0
45-49 ปี	5	16.7	8	26.7	13	21.7
≥ 50 ปี	7	23.3	4	13.3	11	18.3
ลักษณะของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
อสม.	2	6.7	4	13.3	6	10.0
อผส.	1	3.3	-	-	1	1.7
พยาบาลวิชาชีพ	23	76.7	19	63.3	42	70.0
ผู้ช่วยพยาบาล	1	3.3	-	-	1	1.7
อื่น ๆ	3	10.0	7	23.3	10	16.7
ไม่ระบุ	-	-	-	-	-	-
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ	30	100.0	30	100.0	60	100
< 3 ปี	6	20.0	5	16.7	11	18.3
3-5 ปี	4	13.3	6	20.0	10	16.7
6-9 ปี	1	3.3	2	6.7	3	5.0
10-14 ปี	8	26.7	12	40.0	20	33.3
15-19 ปี	4	13.3	4	13.3	8	13.3
≥ 20 ปี	7	23.3	1	3.3	8	13.3
ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
กลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง	30	100.0	28	93.3	58	96.7
กลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย	29	96.7	28	93.3	57	95.0
กลุ่มที่ 3 พึ่งพิงมาก	29	96.7	22	73.3	51	85.0
การมีทีมงานรับผิดชอบในการทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชน	30	100.0	30	100.0	60	100
มี	29	96.7	30	100.0	59	98.3
ไม่มี	-	-	-	-	-	-
ไม่ระบุ	1	3.3	-	-	1	1.7
องค์ประกอบของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100

จังหวัด	ราชบุรี		เพชรบุรี		รวม	
จำนวน (f) และร้อยละ	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
แพทย์	20	66.7	11	36.7	31	51.7
พยาบาล	27	90.0	28	93.3	55	91.7
นักสังคมสงเคราะห์	3	10.0	-	-	3	5.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	14	46.7	22	73.3	36	60.0
นักจิตวิทยา	4	13.3	11	36.7	15	25.0
อาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.)	10	33.3	14	46.7	24	40.0
อสม.	23	76.7	28	93.3	51	85.0
อื่น ๆ	3	10.0	3	10.0	6	10.0
บทบาทของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
ป้องกัน	18	60.0	25	83.3	43	71.7
คัดกรอง	27	90.0	29	96.7	56	93.3
ตรวจวินิจฉัยอาการ	13	43.3	11	36.7	24	40.0
รักษา	19	63.3	15	50.0	34	56.7
บำบัด	12	40.0	16	53.3	28	46.7
ส่งต่อ	21	70.0	23	76.7	44	73.3
อื่น ๆ	2	6.7	3	10.0	5	8.3
ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วมในการทำงาน *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*	30	100.0	30	100.0	60	100
อปท.	9	30.0	14	46.7	23	38.3
อผส.	9	30.0	15	50.0	24	40.0
อสม.	25	83.3	28	93.3	53	88.3
ชมรมผู้สูงอายุ	21	70.0	23	76.7	44	73.3
ศพค.	1	3.3	2	6.7	3	5.0
อื่น ๆ	3	10.0	2	6.7	5	8.3

จากตาราง 4.86 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดราชบุรี มีจำนวน 30 คน โดยทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุ 35-39 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.0) มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100.0) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ พยาบาล จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.0) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การคัดกรอง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.0) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” ของจังหวัดเพชรบุรี มีจำนวน 30 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) มีอายุ 45-49 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 10-14 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ 1 ไม่พึ่งพิง และกลุ่มที่ 2 พึ่งพิงน้อย จำนวนเท่ากันคือ 28 คน (ร้อยละ 93.3) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 100.0) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ พยาบาล และ อสม. จำนวนเท่ากันคือ 28 คน (ร้อยละ 93.3) บทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ การคัดกรอง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3)

ตาราง 4.87 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	21	23.6%	21.1***	16	18.4%	37.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	50	56.2%		56	64.4%	
	ไม่รู้	18	20.2%		15	17.2%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	33	37.5%	3.6	34	39.1%	1.3
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	34	38.6%		27	31.0%	
	ไม่รู้	21	23.9%		26	29.9%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	38	43.7%	4.6	31	35.6%	1.9
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	31.0%		33	37.9%	
	ไม่รู้	22	25.3%		23	26.4%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	72	81.8%	93.7***	63	72.4%	62.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	11	12.5%		18	20.7%	
	ไม่รู้	5	5.7%		6	6.9%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	54	60.7%	34.8***	56	65.1%	42.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	29.2%		22	25.6%	
	ไม่รู้	9	10.1%		8	9.3%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	57	64.0%	44.5***	59	67.8%	52.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	29.2%		23	26.4%	
	ไม่รู้	6	6.7%		5	5.7%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	66	75.9%	74.7***	59	67.8%	51.0***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	18	20.7%		22	25.3%	
	ไม่รู้	3	3.4%		6	6.9%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	63	72.4%	64.2***	63	72.4%	63.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	20	23.0%		19	21.8%	
	ไม่รู้	4	4.6%		5	5.7%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	73	82.0%	95.6***	68	78.2%	80.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	11	12.4%		15	17.2%	
	ไม่รู้	5	5.6%		4	4.6%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	65	73.0%	65.6***	59	67.8%	52.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	18	20.2%		23	26.4%	
	ไม่รู้	6	6.7%		5	5.7%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.87 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันตก พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ข้อ 1 – ข้อ 10) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยในข้อ 3 – ข้อ 10 เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 43.7 – ร้อยละ 82.0) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 และ ข้อ 2 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์, การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง) พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่จังหวัดยังมีความเข้าใจผิดในสาเหตุดังกล่าว (ร้อยละ 56.2 และ 38.6 ตามลำดับ) แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดเพชรบุรีส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยในข้อ 2 และข้อ 4 – ข้อ 10 เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 39.1 – ร้อยละ 78.2) แต่สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 และข้อ 3 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์, ความผิดปกติของฮอร์โมน) พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดเพชรบุรีส่วนใหญ่จังหวัดยังมีความเข้าใจผิดในสาเหตุดังกล่าว (ร้อยละ 64.4 และ 37.9 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดราชบุรี สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 4 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่ขาดความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือผู้ที่เข้าใจผิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้ สำหรับในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดเพชรบุรีสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 4 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่ขาดความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือผู้ที่เข้าใจผิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.88 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	69	77.5%	79.3***	73	83.9%	101.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	14	15.7%		12	13.8%	
	ไม่รู้	6	6.7%		2	2.3%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	69	77.5%	81.5***	75	85.2%	108.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	17	19.1%		12	13.6%	
	ไม่รู้	3	3.4%		1	1.1%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	82	92.1%	138.5***	84	95.5%	72.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	4	4.5%		4	4.5%	
	ไม่รู้	3	3.4%		0	0.0%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	79	88.8%	123.1***	84	95.5%	72.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.7%		4	4.5%	
	ไม่รู้	4	4.5%		0	0.0%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	79	88.8%	123.1***	81	92.0%	136.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.7%		6	6.8%	
	ไม่รู้	4	4.5%		1	1.1%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	79	88.8%	123.1***	75	85.2%	108.0***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.7%		11	12.5%	
	ไม่รู้	4	4.5%		2	2.3%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	78	87.6%	118.1***	78	88.6%	121.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	6	6.7%		8	9.1%	
	ไม่รู้	5	5.6%		2	2.3%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.88 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันตก พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 77.5 – ร้อยละ 95.5) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.89 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	39	43.8%	4.7	37	42.0%	3.0
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	30.3%		25	28.4%	
	ไม่รู้	23	25.8%		26	29.5%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	32	36.0%	12.6**	22	25.0%	8.3*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	42	47.2%		42	47.7%	
	ไม่รู้	15	16.9%		24	27.3%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	41	46.1%	12.0**	40	45.5%	6.9*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	33	37.1%		28	31.8%	
	ไม่รู้	15	16.9%		20	22.7%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	35	39.8%	16.0***	26	29.5%	15.9***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	41	46.6%		46	52.3%	
	ไม่รู้	12	13.6%		16	18.2%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	73	82.0%	96.6***	73	83.0%	99.6***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	13	14.6%		13	14.8%	
	ไม่รู้	3	3.4%		2	2.3%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	78	87.6%	118.3***	68	78.2%	80.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	7	7.9%		15	17.2%	
	ไม่รู้	4	4.5%		4	4.6%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	63	70.8%	60.5***	60	68.2%	56.3***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	21	23.6%		25	28.4%	
	ไม่รู้	5	5.6%		3	3.4%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	72	80.9%	92.0***	74	84.1%	103.7***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	13	14.6%		12	13.6%	
	ไม่รู้	4	4.5%		2	2.3%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	63	71.6%	62.9***	62	70.5%	61.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	21	23.9%		23	26.1%	
	ไม่รู้	4	4.5%		3	3.4%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	70	78.7%	84.3***	68	77.3%	80.8***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	15	16.9%		18	20.5%	
	ไม่รู้	4	4.5%		2	2.3%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.89 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันตก พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล (ข้อ 1 – ข้อ 10) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของจังหวัดราชบุรีและเพชรบุรีส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยเกือบทุกข้อเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 42.0 – ร้อยละ 87.6) ยกเว้นข้อ 2 และข้อ 4 แต่สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 และ ข้อ 4 (การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์, การขาดสารอาหารและวิตามิน) พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวของสอง

จังหวัดส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดในสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 47.2 – ร้อยละ 47.7 และ ร้อยละ 46.6 – 52.3 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 5 - ข้อ 10 ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทั้งสองจังหวัดมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 3 ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดราชบุรีมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดเพชรบุรีมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 4 ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทั้งสองจังหวัดมีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดราชบุรีมีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดเพชรบุรีมีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทั้งสองจังหวัดมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้

ตาราง 4.90 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	77	87.5%	116.2***	74	83.1%	99.5***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	6	6.8%		9	10.1%	
	ไม่รู้	5	5.7%		6	6.7%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	84	94.4%	149.3***	85	95.5%	154.9***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	3	3.4%		3	3.4%	
	ไม่รู้	2	2.2%		1	1.1%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	79	88.8%	123.3***	88	98.9%	85.0***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	7	7.9%		1	1.1%	
	ไม่รู้	3	3.4%		0	0.0%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	82	92.1%	138.6***	85	95.5%	73.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		4	4.5%	
	ไม่รู้	2	2.2%		0	0.0%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	81	91.0%	133.3***	85	95.5%	73.7***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		4	4.5%	
	ไม่รู้	3	3.4%		0	0.0%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	80	89.9%	128.1***	84	94.4%	149.3***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		3	3.4%	
	ไม่รู้	4	4.5%		2	2.2%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	81	91.0%	133.3***	84	94.4%	149.4***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	5.6%		4	4.5%	
	ไม่รู้	3	3.4%		1	1.1%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.90 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันตก พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 83.1 – ร้อยละ 98.9) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้วพบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.91 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		ราชบุรี			เพชรบุรี			ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2 (df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	79	89.8%	55.7***	79	89.8%	55.7***	72	85.7%	42.9***	72	90.0%	51.2***
	ทำไม่ได้	9	10.2%		9	10.2%		12	14.3%		8	10.0%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	50	57.5%	1.9	61	69.3%	13.1***	50	58.1%	2.3	57	72.2%	15.5***
	ทำไม่ได้	37	42.5%		27	30.7%		36	41.9%		22	27.8%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	62	71.3%	15.7***	64	73.6%	19.3***	63	71.6%	16.4***	59	74.7%	19.3***
	ทำไม่ได้	25	28.7%		23	26.4%		25	28.4%		20	25.3%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	76	87.4%	48.6***	81	92.0%	62.2***	77	87.5%	49.5***	74	93.7%	60.3***
	ทำไม่ได้	11	12.6%		7	8.0%		11	12.5%		5	6.3%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	76	86.4%	46.5***	76	86.4%	46.5***	75	86.2%	45.6***	68	88.3%	45.2***
	ทำไม่ได้	12	13.6%		12	13.6%		12	13.8%		9	11.7%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	73	83.0%	38.2***	84	95.5%	72.7***	70	81.4%	33.9***	74	96.1%	65.5***
	ทำไม่ได้	15	17.0%		4	4.5%		16	18.6%		3	3.9%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	74	86.0%	44.7***	84	94.4%	70.1***	73	83.9%	40.0***	74	94.9%	62.8***
	ทำไม่ได้	12	14.0%		5	5.6%		14	16.1%		4	5.1%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	60	69.8%	13.4***	69	77.5%	27.0***	61	70.1%	14.1***	62	78.5%	25.6***
	ทำไม่ได้	26	30.2%		20	22.5%		26	29.9%		17	21.5%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	80	92.0%	61.3***	83	94.3%	69.1***	80	92.0%	61.3***	75	94.9%	63.8***
	ทำไม่ได้	7	8.0%		5	5.7%		7	8.0%		4	5.1%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	54	61.4%	4.5*	62	72.1%	16.8***	53	61.6%	4.7*	57	72.2%	15.5***
	ทำไม่ได้	34	38.6%		24	27.9%		33	38.4%		22	27.8%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		ราชบุรี			เพชรบุรี			ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2 (df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	70	80.5%	32.3***	69	80.2%	31.4***	69	79.3%	29.9***	63	78.8%	26.5***
	ทำไม่ได้	17	19.5%		17	19.8%		18	20.7%		17	21.2%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	69	79.3%	29.9***	73	83.0%	38.2***	70	79.5%	30.7***	71	87.7%	45.9***
	ทำไม่ได้	18	20.7%		15	17.0%		18	20.5%		10	12.3%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	72	82.8%	37.3***	75	86.2%	45.6***	72	83.7%	39.1***	68	86.1%	41.1***
	ทำไม่ได้	15	17.2%		12	13.8%		14	16.3%		11	13.9%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	66	76.7%	24.6***	77	87.5%	49.5***	66	75.0%	22.0***	72	90.0%	51.2***
	ทำไม่ได้	20	23.3%		11	12.5%		22	25.0%		8	10.0%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	73	83.9%	40.0***	79	89.8%	55.7***	74	85.1%	42.8***	73	91.2%	54.5***
	ทำไม่ได้	14	16.1%		9	10.2%		13	14.9%		7	8.8%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	75	86.2%	45.6***	79	90.8%	57.9***	73	83.0%	38.2***	76	93.8%	62.2***
	ทำไม่ได้	12	13.8%		8	9.2%		15	17.0%		5	6.2%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.91 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันตก พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 57.5 – ร้อยละ 95.5) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดราชบุรี ทักษะข้อ 1, ข้อ 3 – ข้อ 9 และ ข้อ 11 - 16 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทักษะข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดเพชรบุรีทักษะทั้งข้อ 1 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 58.1 – ร้อยละ 96.1) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดราชบุรี ทักษะข้อ 1, ข้อ 3 – ข้อ 9 และ ข้อ 11

- 16 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทักษะข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนในผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดเพชรบุรี ทักษะทั้งข้อ 1 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.92 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=3)	F	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	36	40.9%	64.6***	34	39.1%	27.5***
	เห็นด้วย	45	51.1%		46	52.9%	
	ไม่เห็นด้วย	6	6.8%		7	8.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	30	34.1%	42.2***	17	19.5%	55.1***
	เห็นด้วย	42	47.7%		49	56.3%	
	ไม่เห็นด้วย	14	15.9%		20	23.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2	2.3%		1	1.1%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	38	43.2%	70.5***	27	31.0%	22.6***
	เห็นด้วย	45	51.1%		48	55.2%	
	ไม่เห็นด้วย	4	4.5%		12	13.8%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		0	0.0%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	33	37.9%	12.5**	27	31.0%	27.8***
	เห็นด้วย	40	46.0%		50	57.5%	
	ไม่เห็นด้วย	14	16.1%		10	11.5%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	41	46.6%	21.3***	31	35.6%	36.7***
	เห็นด้วย	38	43.2%		51	58.6%	
	ไม่เห็นด้วย	9	10.2%		5	5.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	31	35.2%	7.7*	21	24.1%	77.0***
	เห็นด้วย	39	44.3%		55	63.2%	
	ไม่เห็นด้วย	18	20.5%		10	11.5%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		1	1.1%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	30	34.1%	23.9***	13	15.1%	66.3***
	เห็นด้วย	32	36.4%		52	60.5%	
	ไม่เห็นด้วย	23	26.1%		20	23.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	3	3.4%		1	1.2%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	33	37.5%	30.1***	16	18.4%	94.9***
	เห็นด้วย	32	36.4%		60	69.0%	
	ไม่เห็นด้วย	22	25.0%		10	11.5%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.1%		1	1.1%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	35	39.8%	7.8*	22	25.3%	58.6***
	เห็นด้วย	36	40.9%		61	70.1%	
	ไม่เห็นด้วย	17	19.3%		4	4.6%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.92 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของภาคตะวันตก พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 36.4 – ร้อยละ 51.1) ยกเว้นข้อ 5 (ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ) และข้อ 8 (การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ) ที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 46.6 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 34.1 – ร้อยละ 43.2) ยกเว้นข้อ 5 และข้อ 8 ที่เป็นกลุ่มที่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 43.2 และร้อยละ 36.4 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในข้อ 1 – ข้อ 3 และ ข้อ 7 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ข้อ 6 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนข้อ 5 และข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจังหวัดเพชรบุรีส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลทุกข้อ (ร้อยละ 52.9 – ร้อยละ 70.1) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 18.4 – ร้อยละ 35.6) ยกเว้นข้อ 2 (ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล) และข้อ 7 (ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ) ที่เป็นกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางลบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 23.0 และ 23.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในข้อทุกข้อมีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.93 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	13	44.8%	9.2**	18	62.1%	15.0***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	14	48.3%		10	34.5%	
	ไม่รู้	2	6.9%		1	3.4%	
2. การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมีซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	27	93.1%	21.6***	26	89.7%	18.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	2	6.9%		3	10.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
3. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	23	79.3%	27.6***	23	79.3%	28.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.3%		5	17.2%	
	ไม่รู้	3	10.3%		1	3.4%	
4. ความผิดหวังร้ายแรง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	96.6%	25.1***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.4%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
5. สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	96.6%	25.1***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.4%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	89.7%	18.2***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.3%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	89.7%	18.2***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.3%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
8. การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	28	96.6%	25.1***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	1	3.4%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
9. การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	29	100.0%	-	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	0	0.0%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
10. ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	26	89.7%	18.2***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	3	10.3%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.93 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันตก พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้าในทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ของทั้งสองจังหวัดมีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าเกือบทุกข้อ (ร้อยละ 48.3 – ร้อยละ 100.0) โดยเฉพาะข้อ 9 ในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดราชบุรีทั้งหมด (ร้อยละ

100.0) มีความรู้ด้านนี้ ยกเว้นข้อ 1 ในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิด เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในข้อ 1 ถึง ข้อ 10 ยกเว้นข้อ 9 ในจังหวัดราชบุรี พบว่า สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 2 – ข้อ 8 และ ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่เข้าใจผิดสูงกว่าผู้ที่มีความรู้หรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในจังหวัดเพชรบุรี สำหรับสาเหตุของโรคซึมเศร้าข้อ 1 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.94 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=2)	F	%	χ^2 (df=2)
1. การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	26	89.7%	18.2***	29	96.7%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	3	10.3%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
2. การดูแลรักษาสุขภาพรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	26	89.7%	41.4***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.9%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.4%		0	0.0%	
3. การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	27	93.1%	46.6***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.4%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.4%		0	0.0%	
4. การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่าย ๆ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	27	93.1%	46.6***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.4%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.4%		0	0.0%	
5. การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	25	86.2%	36.5***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	2	6.9%		0	0.0%	
	ไม่รู้	2	6.9%		0	0.0%	
6. การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	27	93.1%	46.6***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	1	3.4%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.4%		0	0.0%	
7. การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	25	86.2%	36.7***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	3	10.3%		0	0.0%	
	ไม่รู้	1	3.4%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.94 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันตก พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 86.2 – ร้อยละ 93.1) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้ว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดเพชรบุรีทั้งหมดมีความรู้ว่าแนวทางข้อ 2 – ข้อ 7 สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 100.0) และส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางข้อ 1 สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ (ร้อยละ 96.7) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในข้อ 1 พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.95 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. ความผิดปกติของฮอร์โมน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	20	69.0%	19.1***	22	73.3%	6.5*
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	8	27.6%		8	26.7%	
	ไม่รู้	1	3.4%		0	0.0%	
2. การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	14	48.3%	9.2**	16	53.3%	12.6**
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	13	44.8%		13	43.3%	
	ไม่รู้	2	6.9%		1	3.3%	
3. การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่าง ๆ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	21	72.4%	5.8*	25	83.3%	34.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	8	27.6%		4	13.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		1	3.3%	
4. การขาดสารอาหารและวิตามิน	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	16	55.2%	8.8*	22	73.3%	22.4***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	10	34.5%		6	20.0%	
	ไม่รู้	3	10.3%		2	6.7%	
5. ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	29	100.0%	-	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	0	0.0%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. ความกดดันในเรื่องใด ๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	29	100.0%	-	28	93.3%	22.5***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	0	0.0%		2	6.7%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	93.1%	46.6***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.4%		1	3.3%	
	ไม่รู้	1	3.4%		0	0.0%	
8. ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	96.6%	25.1***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	1	3.4%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
9. ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	28	96.6%	25.1***	29	96.7%	26.1***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	0	0.0%		1	3.3%	
	ไม่รู้	1	3.4%		0	0.0%	
10. การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	27	93.1%	21.6***	26	89.7%	18.2***
	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	2	6.9%		3	10.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.95 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันตก พบว่า จากสาเหตุของโรควิตกกังวล (ข้อ 1 – ข้อ 10) ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของทั้งสองจังหวัดส่วนใหญ่มีความรู้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ร้อยละ 48.3 – ร้อยละ 100.0) โดยเฉพาะข้อ 5 และ ข้อ 6 ในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดราชบุรีทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) มีความรู้ด้านนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าวแล้วยกเว้น

ข้อ 5 และ ข้อ 6 พบว่า ในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดราชบุรีสำหรับสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 3 และข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สาเหตุของโรควิตกกังวล ข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรควิตกกังวล ข้อ 1, ข้อ 7 – ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับในทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรีสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 1 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสาเหตุของโรควิตกกังวลข้อ 3 - ข้อ 10 มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.96 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มีความรู้ด้าน “แนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=2)	f	%	χ^2 (df=2)
1. การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	24	82.8%	12.4***	29	96.7%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	5	17.2%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
2. การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	96.6%	25.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.4%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
3. การมีลูกหลานคอยดูแล	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	93.1%	21.6***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	2	6.9%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
4. การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	93.1%	21.6***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	2	6.9%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
5. การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	28	96.6%	25.1***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	1	3.4%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
6. การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	93.1%	21.6***	29	96.7%	26.1***
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	2	6.9%		1	3.3%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	
7. การทำสมาธิให้เกิดความสงบ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	27	93.1%	21.6***	30	100.0%	-
	ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	2	6.9%		0	0.0%	
	ไม่รู้	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.96 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันตก พบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 82.8 – ร้อยละ 96.6) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ด้านดังกล่าว พบว่า สำหรับแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของจังหวัดเพชรบุรี รายงานว่าความรู้ในข้อ 1 และ ข้อ 6 ส่วนใหญ่มีความรู้ว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (อย่างละร้อยละ 96.7) ส่วนความรู้ในข้อ 2 – ข้อ 5 และ ข้อ 7 ทั้งหมดรายงานว่าแนวทางดังกล่าวสามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ (ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในข้อ 1 และ ข้อ 6 พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้ด้านนี้สูงกว่าผู้ที่เข้าใจผิดหรือขาดความรู้ด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4.97 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		ราชบุรี			เพชรบุรี			ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2 (df=1)
1. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่	ทำได้	23	79.3%	10.0**	26	89.7%	18.2***	26	86.7%	16.1***	26	89.7%	18.2***
	ทำไม่ได้	6	20.7%		3	10.3%		4	13.3%		3	10.3%	
2. สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด	ทำได้	14	46.7%	0.1	19	67.9%	3.6	13	44.8%	0.3	18	60.0%	1.2
	ทำไม่ได้	16	53.3%		9	32.1%		16	55.2%		12	40.0%	
3. รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้	ทำได้	17	58.6%	0.9	24	82.8%	12.4***	17	58.6%	0.9	25	83.3%	13.3***
	ทำไม่ได้	12	41.4%		5	17.2%		12	41.4%		5	16.7%	
4. ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้	ทำได้	23	76.7%	8.5**	27	90.0%	19.2***	21	72.4%	5.8*	26	89.7%	18.2***
	ทำไม่ได้	7	23.3%		3	10.0%		8	27.6%		3	10.3%	
5. หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้	ทำได้	24	80.0%	10.8***	28	96.6%	25.1***	22	75.9%	7.8**	30	100.0%	-
	ทำไม่ได้	6	20.0%		1	3.4%		7	24.1%		0	0.0%	
6. ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่	ทำได้	25	86.2%	15.2***	29	100.0%	-	26	86.7%	16.1***	30	100.0%	-
	ทำไม่ได้	4	13.8%		0	0.0%		4	13.3%		0	0.0%	
7. อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล	ทำได้	23	85.2%	13.4***	23	79.3%	10.0**	24	85.7%	14.3***	25	83.3%	13.3***
	ทำไม่ได้	4	14.8%		6	20.7%		4	14.3%		5	16.7%	
8. ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง	ทำได้	24	82.8%	12.4***	26	89.7%	18.2***	26	86.7%	16.1***	28	93.3%	22.5***
	ทำไม่ได้	5	17.2%		3	10.3%		4	13.3%		2	6.7%	
9. คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	ทำได้	27	93.1%	21.6***	30	100.0%	-	28	93.3%	22.5***	30	100.0%	-
	ทำไม่ได้	2	6.9%		0	0.0%		2	6.7%		0	0.0%	
10. ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้	ทำได้	24	80.0%	10.8***	24	80.0%	10.8***	22	75.9%	7.8**	24	80.0%	10.8***
	ทำไม่ได้	6	20.0%		6	20.0%		7	24.1%		6	20.0%	

รายการ		โรคซึมเศร้า						โรควิตกกังวล					
		ราชบุรี			เพชรบุรี			ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2(df=1)	f	%	χ^2 (df=1)
11. ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม	ทำได้	23	76.7%	8.5**	26	86.7%	16.1***	23	79.3%	10.0**	27	90.0%	19.2***
	ทำไม่ได้	7	23.3%		4	13.3%		6	20.7%		3	10.0%	
12. บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง	ทำได้	23	76.7%	8.5**	27	90.0%	19.2***	22	75.9%	7.8**	28	93.3%	22.5***
	ทำไม่ได้	7	23.3%		3	10.0%		7	24.1%		2	6.7%	
13. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้	ทำได้	23	76.7%	8.5**	29	96.7%	26.1***	22	75.9%	7.8**	29	96.7%	26.1***
	ทำไม่ได้	7	23.3%		1	3.3%		7	24.1%		1	3.3%	
14. หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ	ทำได้	25	83.3%	13.3***	30	100.0%	-	25	86.2%	15.2***	30	100.0%	-
	ทำไม่ได้	5	16.7%		0	0.0%		4	13.8%		0	0.0%	
15. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย	ทำได้	25	83.3%	13.3***	30	100.0%	-	24	82.8%	12.4***	30	100.0%	-
	ทำไม่ได้	5	16.7%		0	0.0%		5	17.2%		0	0.0%	
16. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ	ทำได้	26	86.7%	16.1***	30	100.0%	-	26	89.7%	18.2***	30	100.0%	-
	ทำไม่ได้	4	13.3%		0	0.0%		3	10.3%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.97 ซึ่งเป็นผลการสำรวจเกี่ยวกับ “ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันตก พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 58.6 – ร้อยละ 93.1) ยกเว้นข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 1, ข้อ 4 และข้อ 11 – ข้อ 13 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 5 – ข้อ 10 และ ข้อ 14 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรีส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 67.9 – ร้อยละ 100.0) โดยเฉพาะทักษะข้อ 6, ข้อ 9 และ ข้อ 14 – ข้อ 16 ทั้งหมดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะเฉพาะในข้อ 1 – ข้อ 5, ข้อ 7, ข้อ 8 และ ข้อ 10 – ข้อ 13 พบว่า ทักษะข้อ 7 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้าน

นี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1, ข้อ 3 – ข้อ 5, ข้อ 8 และข้อ 10 – ข้อ 13 มีสัดส่วนผู้ที่ทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

เมื่อพิจารณาทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวล ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้เกือบทุกข้อ (ร้อยละ 58.6 – ร้อยละ 93.3) ยกเว้นข้อ 2 (สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะดังกล่าวแล้ว พบว่า ทักษะข้อ 4 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทักษะข้อ 5, ข้อ 10 – ข้อ 13 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะข้อ 1, ข้อ 6 – ข้อ 9 และ ข้อ 14 – ข้อ 16 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 และ ข้อ 3 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้ ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรีส่วนใหญ่ประเมินว่าตนสามารถทำได้ทุกข้อ (ร้อยละ 60.0 – ร้อยละ 100.0) โดยเฉพาะทักษะข้อ 5, ข้อ 6, ข้อ 9 และ ข้อ 14 – ข้อ 16 ทั้งหมดประเมินว่าตนสามารถทำได้ (ร้อยละ 100.0) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทักษะในข้อ 1 – ข้อ 4, ข้อ 7, ข้อ 8, ข้อ 10 – ข้อ 13 พบว่า ทุกทักษะดังกล่าวยกเว้นข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้สูงกว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะด้านนี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีทักษะด้านนี้

ตาราง 4.98 จำนวนและร้อยละของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนที่มี “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของภาคตะวันตกตามรายจังหวัด

รายการ		จังหวัด					
		ราชบุรี			เพชรบุรี		
		f	%	χ^2 (df=3)	f	%	χ^2 (df=3)
1. ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	30.8%	25.6***	12	40.0%	13.4***
	เห็นด้วย	17	65.4%		17	56.7%	
	ไม่เห็นด้วย	1	3.8%		1	3.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
2. ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	23.1%	22.6***	14	46.7%	7.4*
	เห็นด้วย	17	65.4%		13	43.3%	
	ไม่เห็นด้วย	3	11.5%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
3. การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	30.8%	17.3***	13	43.3%	9.8**
	เห็นด้วย	15	57.7%		15	50.0%	
	ไม่เห็นด้วย	3	11.5%		2	6.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
4. ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	15.4%	30.3***	10	33.3%	7.2*
	เห็นด้วย	19	73.1%		16	53.3%	
	ไม่เห็นด้วย	3	11.5%		4	13.3%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	20.0%	36.3***	12	40.0%	7.8*
	เห็นด้วย	20	80.0%		15	50.0%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
6. ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	8	32.0%	25.6***	11	36.7%	8.6*
	เห็นด้วย	17	68.0%		16	53.3%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		3	10.0%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
7. ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	19.2%	38.7***	7	23.3%	9.8**
	เห็นด้วย	18	69.2%		18	60.0%	
	ไม่เห็นด้วย	2	7.7%		5	16.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	3.8%		0	0.0%	
8. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	20.0%	36.3***	9	30.0%	14.6***
	เห็นด้วย	20	80.0%		19	63.3%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		2	6.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	
9. ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	28.0%	28.6***	13	43.3%	9.8**
	เห็นด้วย	18	72.0%		15	50.0%	
	ไม่เห็นด้วย	0	0.0%		2	6.7%	
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	0.0%		0	0.0%	

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 4.98 ซึ่งเป็นผลการสำรวจ “ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนของภาคตะวันตก พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดราชบุรีส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลทุกข้อ (ร้อยละ 57.7 – ร้อยละ 80.0) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 15.4 – ร้อยละ 32.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเกือบทุกข้อ (ร้อยละ 50.0 – ร้อยละ 63.3) ยกเว้นข้อ 2 (ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล) ที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเกือบทุกข้อ (ร้อยละ 28.6 – ร้อยละ 46.4) ยกเว้นข้อ 2 ที่เป็นกลุ่มเห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวก (ร้อยละ 43.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่าง ๆ ต่อเรื่องดังกล่าวแล้ว พบว่า ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 4 – ข้อ 6 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 3, ข้อ 7 และ ข้อ 9 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 1 และ ข้อ 8 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อ 2 มีสัดส่วนผู้ที่มีความเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงกว่าผู้ที่มีความเห็นในระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล

บทนี้เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะที่ 1 ข้อที่ 2 “ศึกษาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” ซึ่งในการดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังกล่าวนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ฉบับสำหรับผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ในตอนนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายสาเหตุและผลของการมีภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยการนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้สูงอายุ จำแนกตามภูมิภาคและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงสถิติพื้นฐานของตัวแปรต่าง ๆ และส่วนที่ 2 เป็นโมเดลเชิงสาเหตุและผล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตาราง 4.99 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในภาพรวม มีจำนวน 1,072 คน เป็นเพศชาย 337 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 และเพศหญิง 730 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 โดยส่วนใหญ่มีอายุ 65-69 ปี จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 อาชีพที่เคยทำก่อนอายุ 60 ปีส่วนใหญ่คือ อาชีพอื่น ๆ (ที่นอกเหนือจากอาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานเอกชน หรือเจ้าของกิจการ) จำนวน 851 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 รองลงมา คือ เจ้าของกิจการ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 9.2 อาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่คือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 565 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมาคืออาชีพอื่น ๆ (ที่นอกเหนือจากอาชีพพนักงานเอกชน เจ้าของกิจการ หรือทำการเกษตร) จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4

ตาราง 4.99 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้สูงอายุ จำแนกตามภูมิภาคและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=1,072 คน)

ภูมิภาค	ภาคเหนือ				ภาคใต้				ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน				ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง				ภาคกลางและภาคตะวันออก				ภาคตะวันตก				รวม	
จังหวัด	น่าน		เชียงราย		สงขลา		ยะลา		นครพนม		สกลนคร		อุบลราชธานี		นครราชสีมา		สมุทรปราการ		ฉะเชิงเทรา		ราชบุรี		เพชรบุรี			
จำนวนและร้อยละ	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
เพศ																										
ชาย	36	40.0	30	33.7%	23	25.8	37	41.1	27	30.0	25	28.1	16	17.8%	32	38.1%	33	36.7	28	31.1%	28	31.8	22	25.0	337	31.6%
หญิง	54	60.0	59	66.3%	66	74.2	53	58.9	63	70.0	64	71.9	74	82.2%	52	61.9%	57	63.3	62	68.9%	60	68.2	66	75.0	730	68.4%
อายุ																										
60-64	44	48.9	16	18.0%	5	5.6	28	31.1	12	13.3	16	17.8	26	28.9%	17	20.7%	20	22.2	12	14.5%	10	11.2	16	18.0	217	20.5%
65-69	31	34.4	21	23.6%	16	18.0	13	14.4	16	17.8	26	28.9	20	22.2%	22	26.8%	22	24.4	16	19.3%	19	21.3	12	13.5	234	22.2%
70-74	8	8.9	11	12.4%	18	20.2	19	21.1	22	24.4	19	21.1	19	21.1%	10	12.2%	22	24.4	19	22.9%	22	24.7	22	24.7	211	20.0%
75-79	6	6.7	16	18.0%	22	24.7	13	14.4	13	14.4	16	17.8	17	18.9%	18	22.0%	15	16.7	16	19.3%	14	15.7	20	22.5	186	17.6%
80 ขึ้นไป	1	1.1	25	28.1%	28	31.5	17	18.9	27	30.0	13	14.4	8	8.9%	15	18.3%	11	12.2	20	24.1%	24	27.0	19	21.3	208	19.7%
อาชีพที่เคยทำก่อนอายุ 60 ปี																										
ข้าราชการ	2	2.2	3	3.6%	2	2.4	0	0.0	5	5.6	4	4.7	4	4.4%	4	4.9%	4	8.1	3	3.4%	4	4.7	2	2.4	40	3.9%
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0.0	1	1.2%	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.2	0	0.0%	0	0.0%	24	4.7	0	0.0%	0	0.0	2	2.4	8	0.8%
พนักงานเอกชน	1	1.1	0	0.0%	1	1.2	1	1.2	0	0.0	0	0.0	2	2.2%	3	3.7%	14	27.9	1	1.1%	1	1.2	2	2.4	36	3.5%
เจ้าของกิจการ	1	1.1	1	1.2%	20	24.1	1	1.2	25	28.1	6	7.1	0	0.0%	11	13.4%	37	16.3	1	1.1%	6	7.0	9	10.6	95	9.2%
อื่น ๆ	85	95.5	78	94.0%	60	72.3	82	97.6	59	66.3	74	87.1	84	93.3%	64	78.0%	37	43.0	83	94.3%	75	87.2	70	82.4	851	82.6%
อาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบัน																										
พนักงานเอกชน	0	0.0	0	0.0%	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1%	0	0.0%	6	0.0	0	0.0%	1	1.2	0	0.0	2	0.2%
เจ้าของกิจการ	1	1.1	0	0.0%	11	13.1	0	0.0	6	6.7	0	0.0	0	0.0%	3	3.6%	1	7.1	0	0.0%	3	3.5	4	4.6	34	3.3%
ทำการเกษตร	26	29.5	15	18.3%	4	4.8	23	27.1	7	7.9	35	38.9	35	38.9%	14	16.9%	66	1.2	13	15.7%	6	7.0	10	11.5	189	18.3%
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	60.2	45	54.9%	51	60.7	31	36.5	59	66.3	48	53.3	32	35.6%	45	54.2%	12	77.6	45	54.2%	40	46.5	50	57.5	565	54.7%
อื่น ๆ	8	9.1	22	26.8%	18	21.4	31	36.5	17	19.1	6	6.7	22	24.4%	21	25.3%	0	14.1	25	30.1%	36	41.9	23	26.4	241	23.4%
ไม่ระบุ	0	0.0	0	0.0%	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0	0	0.0%	0	0.0	0	0.0	1	0.1%

ตาราง 4.100 จำนวนคน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ (12 จังหวัด)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ภาวะซึมเศร้า	1,072	1.91	.44
2. ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านพ่อแม่)	1,072	1.44	.73
3. ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านบุคลิกภาพ)	1,072	1.53	.51
4. ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านอาการป่วย)	1,072	1.42	.34
5. ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านสถานการณ์)	1,072	1.52	.54
6. ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า (ด้านโรค)	1,072	1.37	.47
7. ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า (ด้านความบกพร่อง)	1,072	1.79	.96
8. ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า (ด้านการอยากตาย)	1,072	1.34	.74
9. ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล (ด้านพ่อแม่)	1,072	1.46	.92
10. ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล (ด้านบุคลิกภาพ)	1,072	1.69	.64
11. ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล (ด้านอาการป่วย)	1,072	1.35	.52
12. ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล (ด้านสถานการณ์)	1,072	1.42	.55
13. ภาวะวิตกกังวล (ด้านร่างกาย)	1,072	1.57	.47
14. ภาวะวิตกกังวล (ด้านอารมณ์)	1,072	1.52	.56
15. ภาวะวิตกกังวล (ด้านความคิด)	1,072	1.70	.61
16. ความสุขใจ (ด้านพึงพอใจ)	1,072	3.04	.65
17. ความสุขใจ (ด้านภาคภูมิใจ)	1,072	2.77	.54
18. ความสุขใจ (ด้านความสัมพันธ์)	1,072	3.10	.51
19. การสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์)	1,072	3.05	.54
20. การสนับสนุนทางสังคม (ด้านสิ่งของ)	1,072	2.88	.63
21. การสนับสนุนทางสังคม (ด้านข้อมูล)	1,072	3.30	.66
22. การสนับสนุนทางสังคม (ด้านเครือข่าย)	1,072	3.17	.76
23. การสนับสนุนทางสังคม (ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์)	1,072	3.19	.72

จากตาราง 4.100 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรเชิงสาเหตุ ตัวแปรผล และภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล แสดงว่า กลุ่มผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงซึมเศร้านาน ๆ ครั้ง ($\bar{x}$ = 1.91) และมีภาวะวิตกกังวลในระดับที่ต่ำกว่าภาวะซึมเศร้า ($\bar{x}$ อยู่ในช่วง 1.52 – 1.70) คือ อยู่ในช่วงไม่ค่อยวิตกกังวล นอกจากนี้ผู้สูงอายุ มีความสุขใจ ในระดับมากถึงระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ อยู่ในช่วง 2.77 – 3.10) และมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากถึงระดับมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{x}$ อยู่ในช่วง 2.88 – 3.30)

ตาราง 4.101 ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ (12 จังหวัด)

ตัวแปร	[1] ภาวะซึมเศร้า	[2] ปัจจัยเติม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านพ่อแม่)	[3] ปัจจัยเติม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านบุคลิกภาพ)	[4] ปัจจัยเติม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านอาการป่วย)	[5] ปัจจัยเติม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านสถานการณ์)	[6] ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า (ด้านโรค)	[7] ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า (ด้านความบกพร่อง)	[8] ผลภาวะซึมเศร้า (อยากตาย)	[9] ปัจจัยเติม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาววิตกกังวล (ด้านพ่อแม่)	[10] ปัจจัยเติม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาววิตกกังวล (ด้านบุคลิกภาพ)	[11] ปัจจัยเติม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาววิตกกังวล (ด้านสถานการณ์)	[12] ปัจจัยเติม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาววิตกกังวล (ด้านอาการป่วย)	[13] ภาวะวิตกกังวล (ด้านร่างกาย)	[14] ภาวะวิตกกังวล (ด้านอารมณ์)	[15] ภาวะวิตกกังวล (ด้านความคิด)	[16] ความสุขใจ (ด้านพึงพอใจ)	[17] ความสุขใจ (ด้านภาคภูมิใจ)	[18] ความสุขใจ (ด้านความสัมพันธ์)	[19] การสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์)	[20] การสนับสนุนทางสังคม (ด้านสิ่งของ)	[21] การสนับสนุนทางสังคม (ด้านข้อมูล)	[22] การสนับสนุนทางสังคม (ด้านเครือข่าย)	[23] การสนับสนุนทางสังคม (ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์)
[1]	1																						
[2]	.153**	1																					
[3]	.374**	.191**	1																				
[4]	.173**	.130**	.254**	1																			
[5]	.400**	.272**	.459**	.240**	1																		
[6]	.092**	.091**	.090**	.350**	.092**	1																	
[7]	.237**	.169**	.246**	.210**	.207**	.245**	1																
[8]	.385**	.164**	.370**	.181**	.346**	.150**	.229**	1															
[9]	.163**	.315**	.203**	.090**	.187**	.078*	.127**	.157**	1														
[10]	.243**	.094**	.374**	.178**	.367**	.104**	.204**	.240**	.141**	1													
[11]	.353**	.204**	.401**	.158**	.620**	.133**	.251**	.314**	.185**	.417**	1												
[12]	.157**	.029	.178**	.179**	.193**	.097**	.050	.119**	.064*	.217**	.266**	1											
[13]	.437**	.200**	.461**	.360**	.422**	.234**	.288**	.362**	.171**	.350**	.401**	.270**	1										
[14]	.568**	.206**	.519**	.232**	.510**	.171**	.289**	.524**	.231**	.450**	.508**	.260**	.643**	1									
[15]	.379**	.178**	.408**	.241**	.383**	.146**	.360**	.352**	.182**	.330**	.390**	.232**	.484**	.582**	1								
[16]	-.243**	-.096**	-.102**	-.021	-.218**	-.005	-.138**	-.206**	-.104**	.078*	-.144**	.031	-.096**	-.192**	-.159**	1							
[17]	-.134**	-.015	.016	-.030	-.034	.041	-.039	.000	.029	.101**	.007	-.022	.030	.027	-.008	.333**	1						
[18]	-.181**	-.037	.015	-.044	-.061*	.027	-.051	-.017	-.043	.106**	-.030	.017	.019	-.039	-.014	.376**	.523**	1					
[19]	-.214**	-.046	-.056	.002	-.050	.017	-.085**	-.096**	-.031	.080**	-.093**	-.010	-.015	-.104**	-.023	.376**	.515**	.458**	1				
[20]	-.067*	-.021	.016	.044	-.066*	.059	.040	.025	-.013	.065*	-.023	-.024	.027	.007	-.003	.261**	.334**	.299**	.490**	1			
[21]	-.159**	-.059	-.058	.015	-.070*	-.036	-.055	-.124**	-.063*	.096**	-.104**	-.027	-.021	-.120**	-.079*	.481**	.307**	.367**	.591**	.490**	1		
[22]	-.208**	-.085**	-.083**	-.072*	-.090**	-.087**	-.169**	-.163**	-.106**	.070*	-.074*	.015	-.102**	-.155**	-.143**	.386**	.257**	.368**	.412**	.321**	.579**	1	
[23]	-.243**	-.046	-.102**	-.039	-.052	-.043	-.154**	-.186**	-.080**	.047	-.076*	.024	-.079**	-.158**	-.124**	.411**	.294**	.438**	.527**	.360**	.669**	.695**	1

ตาราง 4.101 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าภาวะซึมเศร้า และ ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r อยู่ในช่วง .379 - .568) กลุ่มตัวแปรที่เป็นสาเหตุมีความสัมพันธ์กันเองบ้าง มีพิสัยของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่ถึง 0.70 ซึ่งไม่น่ามีปัญหา multicollinearity นอกจากนี้พบว่าความสุขใจด้านความภาคภูมิใจ มีความสัมพันธ์สูงสุดกับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (r= .515)

4.3.2 ผลการทดสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์

โมเดลที่ 1 โมเดลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
(จำนวน 1,072 คน จาก 12 จังหวัด)

จากตาราง 4.102 ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 283.60, df=97 (p=.00) χ^2/df=2.92, ค่าCFI = 0.94, ค่า TLI = 0.93, RMSEA = 0.060, SRMR = 0.050 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ความสอดคล้อง พบว่า มีค่าไค-สแควร์ค่าเดียวที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากค่าไค–สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของค่าไค-สแควร์กับองศาอิสระ พบว่า มีค่าไม่เกิน 3 ส่วนดัชนีอื่น ๆ มีค่าผ่านเกณฑ์การพิจารณาซึ่งแสดงถึงความกลมกลืนของโมเดลฯ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ หมายความว่าโมเดลที่สร้างขึ้นสามารถนำมาอธิบายภาวะซึมเศร้า ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าและความสุขใจได้

เมื่อพิจารณาถึง **โมเดลการวัดของตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ** พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ มีตัวแปรสังเกต 4 ตัว คือ ด้านสถานการณ์ ด้านบุคลิกภาพ ด้านอาการป่วย และด้านพ่อแม่ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .68, .64, .41 และ .31 ตามลำดับ

โมเดลการวัดของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม มีตัวแปรสังเกต 5 ตัว คือ ด้านข้อมูล ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ ด้านเครือข่าย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .79, .78, .68, .45 และ .33 ตามลำดับ

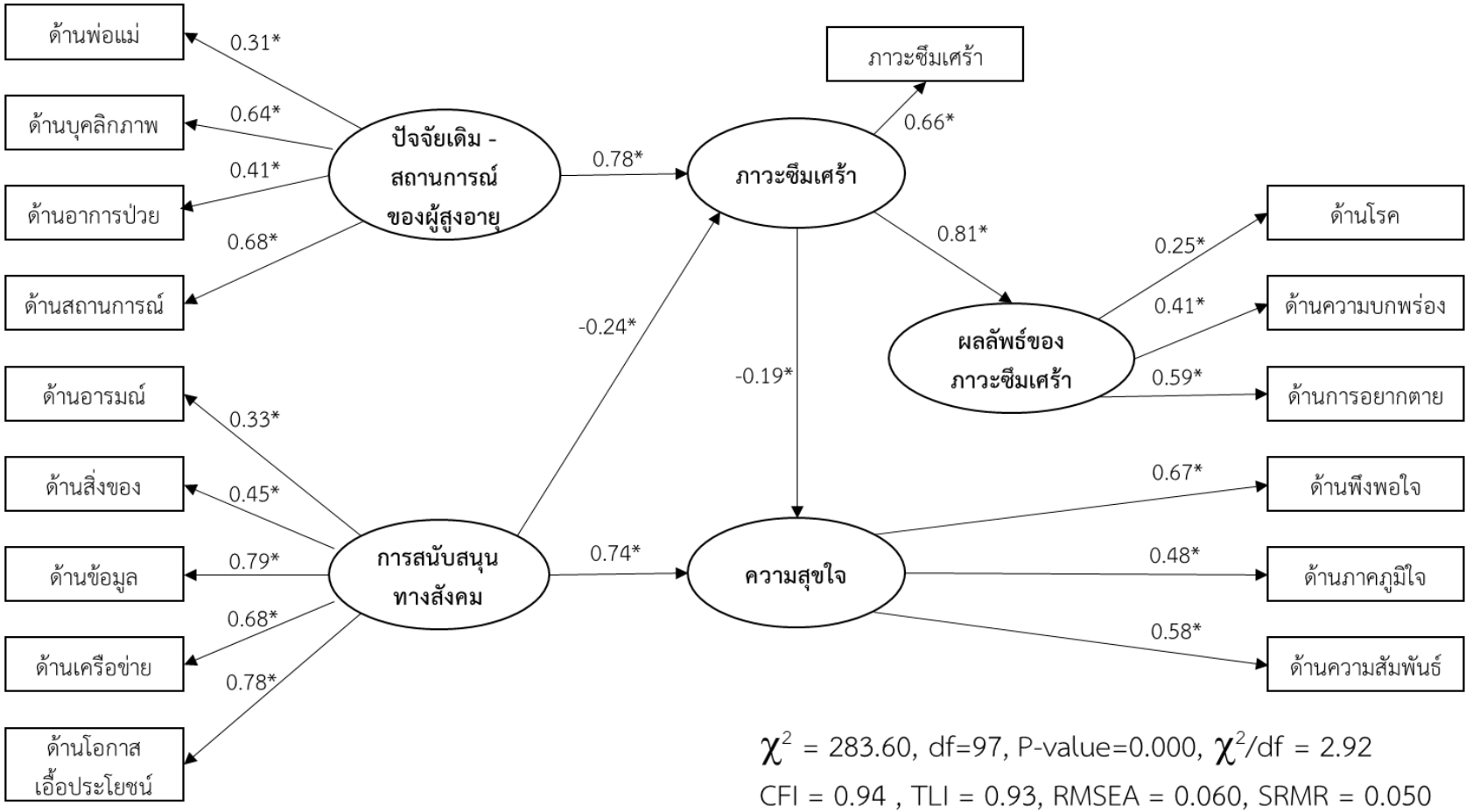
โมเดลการวัดของตัวแปรความสุขใจ พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงความสุขใจ มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านพึงพอใจ ด้านความสัมพันธ์ และด้านภาคภูมิใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .67, .58 และ .48 ตามลำดับ

โมเดลการวัดตัวแปรภาวะซึมเศร้า พบว่า ตัวแปรสังเกตสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้า มีตัวแปรสังเกต 1 ตัว คือ ภาวะซึมเศร้า มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .66

โมเดลการวัดของตัวแปรผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านการอยากตาย ด้านความบกพร่อง และด้านโรค มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .59, .41 และ .25 ตามลำดับ

โมเดลที่ 1 โมเดลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

(จำนวน 1,072 คน จาก 12 จังหวัด)



**หมายเหตุ *** $p < .05$

ตาราง 4.102 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (โมเดลที่ 1) กับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าสถิติ	แปลผล
1. χ^2	P > .05	χ^2 = 283.60, df=97, P-value=0.00, χ^2/df=2.92	ไม่กลมกลืน
2. CFI	มากกว่า .90	0.94	กลมกลืน
3. TLI	มากกว่า .90	0.93	กลมกลืน
4. RMSEA	น้อยกว่า .07	0.060	กลมกลืน
5. SRMR	น้อยกว่า .08	0.050	กลมกลืน

ตาราง 4.103 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effects: IE) อิทธิพลรวม (Total effects: TE) ของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R^2) ของโมเดลที่ 1

ตัวแปรผล	ตัวแปรเชิงสาเหตุ									R^2
	ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุ			การสนับสนุนทางสังคม			ภาวะซึมเศร้า			
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	
ภาวะซึมเศร้า	0.78*	-	0.78*	-0.24*	-	-0.24*	-	-	-	0.79
ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า	-	0.63**	0.63**	-	-0.19*	-0.19*	0.81*	-	0.81*	0.62
ความสุขใจ	-	-0.15*	-0.15*	0.74*	0.04*	0.78*	-0.19*	-	-0.19*	0.69

หมายเหตุ : * $p < .05$, ** $p < .01$

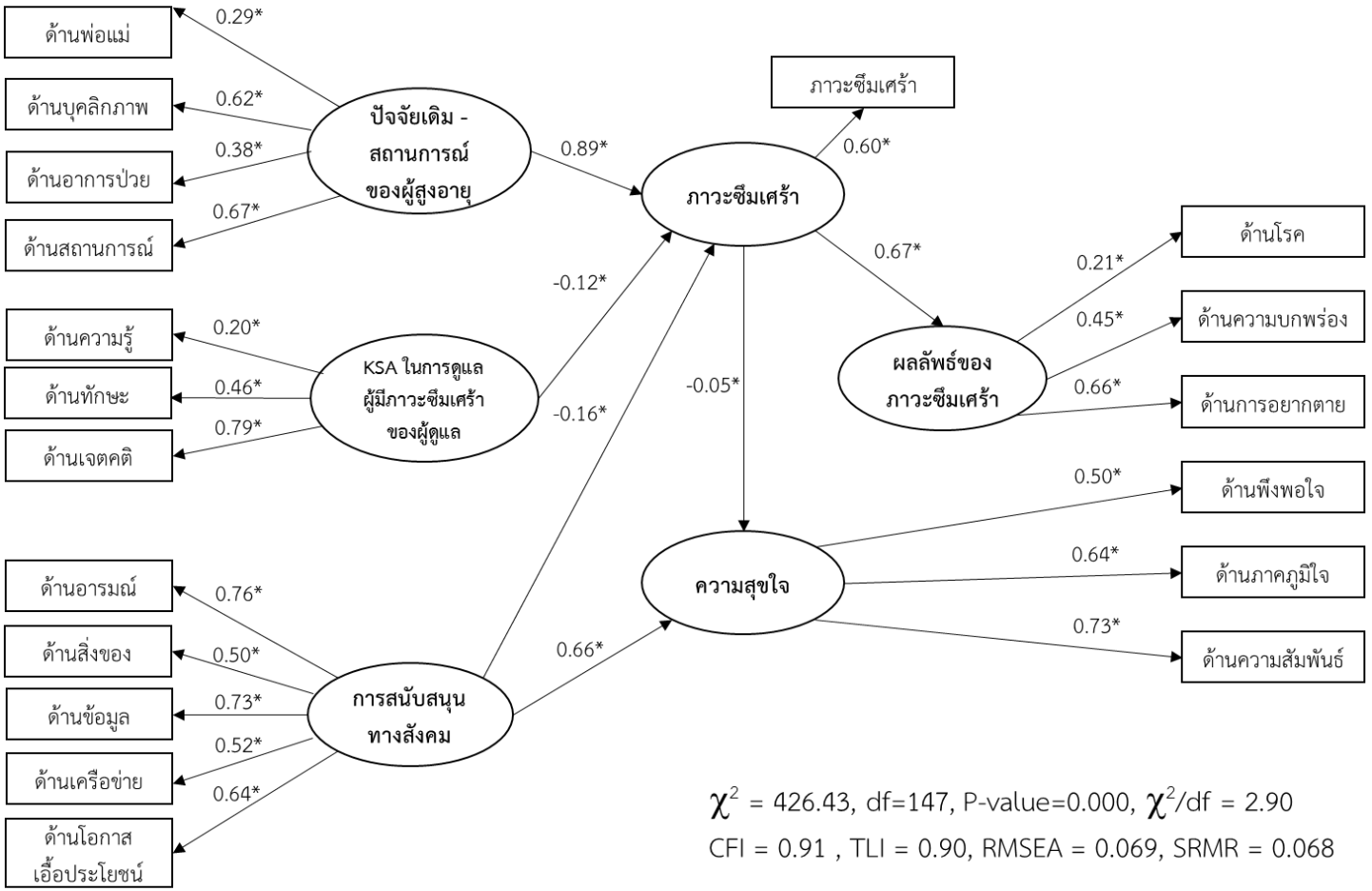
จากตาราง 4.103 พบว่า **อิทธิพลทางตรงที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า** พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .78 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.24 แสดงว่า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคม เป็นสาเหตุสำคัญของการมีภาวะซึมเศร้า

อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า พบว่า ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .81 แสดงว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นบวกจากปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ (สัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .63) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นลบจากการสนับสนุนทางสังคม (สัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.19) โดยผ่านภาวะซึมเศร้า

อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อความสุขใจ พบว่า ความสุขใจของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .74 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรภาวะซึมเศร้า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.19 แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของความสุขใจ นอกจากนี้ความสุขใจยังได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นบวกจากการสนับสนุนทางสังคม (สัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .04) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นลบจากปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ (สัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.15) โดยผ่านภาวะซึมเศร้า

ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันอธิบายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 79 (R^2= .79) ส่วนตัวแปรภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันอธิบายผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 62 (R^2= .62) และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุร่วมกันอธิบายความสุขใจได้ร้อยละ 69 (R^2= .69)

โมเดลที่ 2 โมเดลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ – ผู้ดูแลในครอบครัว
(จำนวน 450 คน จาก 5 จังหวัด)



**หมายเหตุ *** $p < .05$

ตาราง 4.104 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ – ผู้ดูแลในครอบครัว (โมเดลที่ 2) กับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าสถิติ	แปลผล
1. χ^2	P > .05	χ^2 = 426.43, df=147, P-value=0.000, χ^2/df=2.90	ไม่กลมกลืน
2. CFI	มากกว่า .90	0.91	กลมกลืน
3. TLI	มากกว่า .90	0.90	กลมกลืน
4. RMSEA	น้อยกว่า .07	0.069	กลมกลืน
5. SRMR	น้อยกว่า .08	0.068	กลมกลืน

ตาราง 4.105 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effects: IE) อิทธิพลรวม (Total effects: TE) ของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R^2) ของโมเดลที่ 2

ตัวแปรผล	ตัวแปรเชิงสาเหตุ												R^2
	ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุ			KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล			การสนับสนุนทางสังคม			ภาวะซึมเศร้า			
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	
ภาวะซึมเศร้า	0.89*	-	0.89*	-0.12*	-	-0.12*	-0.16*	-	-0.16*	-	-	-	0.92
ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า	-	0.60**	0.60**	-	-0.08*	-0.08*	-	-0.11*	-0.11*	0.67*	-	0.67*	0.65
ความสุขใจ	-	-0.04*	-0.04*	-	0.01*	0.01*	0.66*	0.01*	0.67*	-0.05*	-	-0.05*	0.62

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 4.104 ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ-ผู้ดูแลในครอบครัว กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 426.43, df=147 (p=.00) χ^2/df=2.90, ค่า CFI = 0.91, ค่า TLI = 0.90, RMSEA = 0.069, SRMR = 0.068 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ความสอดคล้อง พบว่า มีค่าไค-สแควร์ค่าเดียวที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากค่าไค–สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของค่าไค-สแควร์กับองศาอิสระ พบว่า มีค่าไม่เกิน 3 ส่วนดัชนีอื่น ๆ มีค่าผ่านเกณฑ์การพิจารณา ซึ่งแสดงถึงความกลมกลืนของโมเดลฯ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ หมายความว่าโมเดลที่สร้างขึ้นสามารถนำมาอธิบายภาวะซึมเศร้า ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าและความสุขใจได้

เมื่อพิจารณาถึง **โมเดลการวัดของตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ** พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ มีตัวแปรสังเกต 4 ตัว คือ ด้านสถานการณ์ ด้านบุคลิกภาพ ด้านอาการป่วย และด้านพ่อแม่ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .67, .62, .38 และ .29 ตามลำดับ

โมเดลการวัดของตัวแปร KSA ในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝง KSA ในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านเจตคติ ด้านทักษะ และด้านความรู้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .79, .46, และ.20 ตามลำดับ

โมเดลการวัดของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม มีตัวแปรสังเกต 5 ตัว คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ ด้านเครือข่าย และด้านสิ่งของ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .76, .73, .64, .52 และ .50 ตามลำดับ

โมเดลการวัดของตัวแปรความสุขใจ พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงความสุขใจ มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านความสัมพันธ์ ด้านภาคภูมิใจ และด้านพึงพอใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .73, .64 และ .50 ตามลำดับ

โมเดลการวัดตัวแปรภาวะซึมเศร้า พบว่า ตัวแปรสังเกตสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงภาวะซึมเศร้า มีตัวแปรสังเกต 1 ตัว คือ ภาวะซึมเศร้า มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .60

โมเดลการวัดของตัวแปรผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านการอยากตาย ด้านความบกพร่อง และด้านโรค มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .66, .45 และ .21 ตามลำดับ

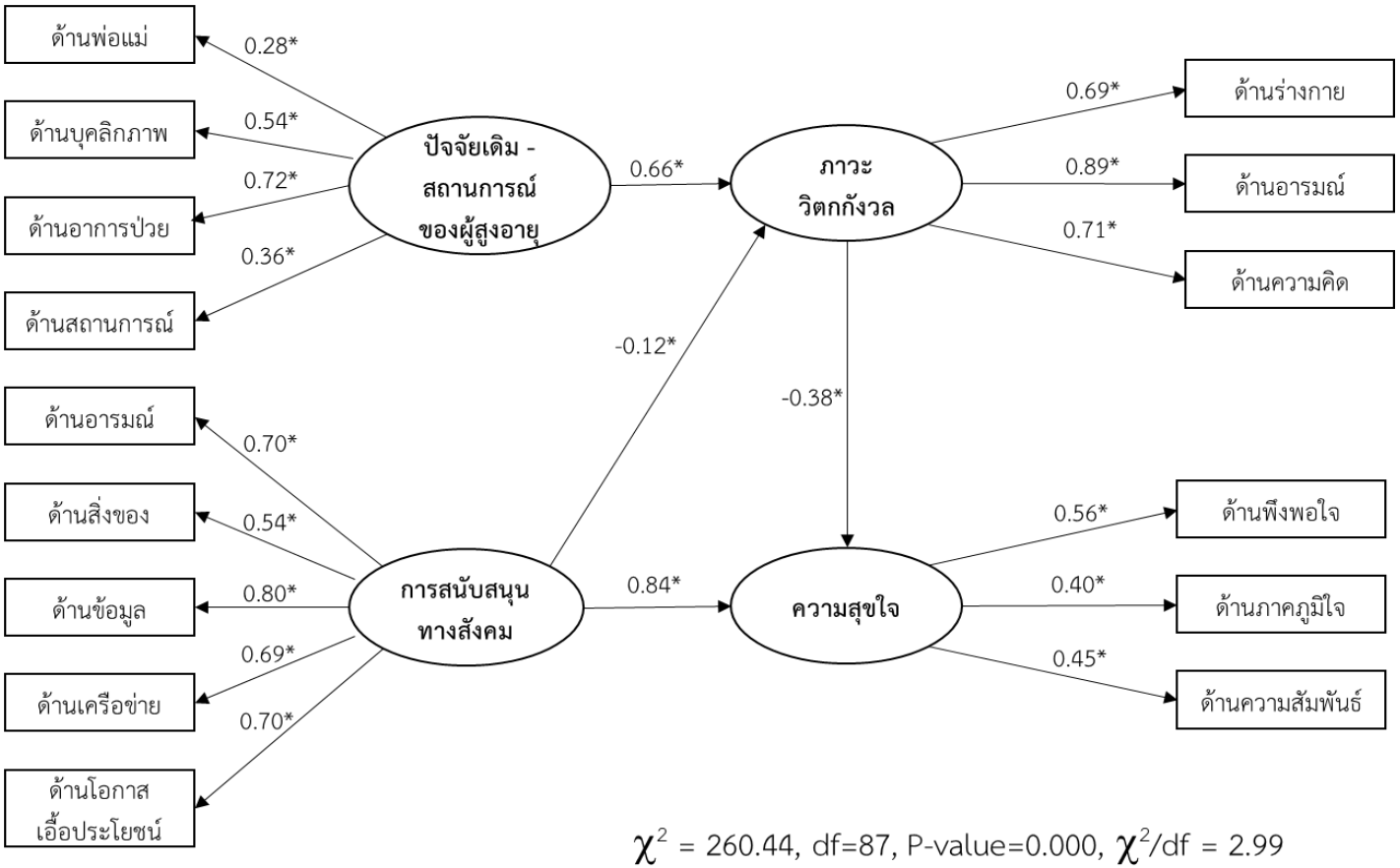
จากตาราง 4.105 พบว่า **อิทธิพลทางตรงที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า** พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ-ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .89 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.16) และตัวแปร KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.12) แสดงว่า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมและ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เป็นสาเหตุสำคัญของการมีภาวะซึมเศร้า

อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า พบว่า ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .67 แสดงว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญต่อผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นบวกจากปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .60) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นลบจากการสนับสนุนทางสังคม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.11) และ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.08) โดยผ่านภาวะซึมเศร้า

อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อความสุขใจ พบว่า ความสุขใจได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .66 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรภาวะซึมเศร้า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.05 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของความสุขใจ นอกจากนี้ความสุขใจยังได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นบวกจากการสนับสนุนทางสังคม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .01) และ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .01) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นลบจากปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.04) โดยผ่านภาวะซึมเศร้า

ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และKSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลร่วมกันอธิบายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 92 (R^2= .92) ส่วนตัวแปรภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลร่วมกันอธิบายผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 65 (R^2= .65) และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ และ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลร่วมกันอธิบายความสุขใจได้ร้อยละ 62 (R^2= .62)

โมเดลที่ 3 โมเดลภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุ
(จำนวน 1,072 คน จาก 12 จังหวัด)



**หมายเหตุ *** $p < .05$

ตาราง 4.106 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (โมเดลที่ 3) กับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าสถิติ	แปลผล
1. χ^2	P > .05	χ^2 = 260.44, df=87, P-value=0.000, χ^2/df=2.99	ไม่กลมกลืน
2. CFI	มากกว่า .90	0.93	กลมกลืน
3. TLI	มากกว่า .90	0.91	กลมกลืน
4. RMSEA	น้อยกว่า .07	0.065	กลมกลืน
5. SRMR	น้อยกว่า .08	0.061	กลมกลืน

ตาราง 4.107 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effects: IE) อิทธิพลรวม (Total effects: TE) ของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R^2) ของโมเดลที่ 3

ตัวแปรผล	ตัวแปรเชิงสาเหตุ									R^2
	ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุ			การสนับสนุนทางสังคม			ภาวะวิตกกังวล			
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	
ภาวะวิตกกังวล	0.66*	-	0.66*	-0.12*	-	-0.12*	-	-	-	0.60
ความสุขใจ	-	-0.25*	-0.25*	0.84*	0.04*	0.88*	-0.38*	-	-0.38*	0.77

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 4.106 ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 260.44, df=87 (p=.00) χ^2/df=2.99, ค่าCFI = 0.93, ค่า TLI = 0.91, RMSEA = 0.065, SRMR = 0.061 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ความสอดคล้อง พบว่า มีค่าไค-สแควร์ค่าเดียวที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากค่าไค–สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของค่าไค-สแควร์กับองศาอิสระ พบว่า มีค่าไม่เกิน 3 ส่วนดัชนีอื่น ๆ มีค่าผ่านเกณฑ์การพิจารณาซึ่งแสดงถึงความกลมกลืนของโมเดลฯ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ หมายความว่าโมเดลที่สร้างขึ้นสามารถนำมาอธิบายภาวะวิตกกังวลและความสุขใจได้

เมื่อพิจารณาถึง **โมเดลการวัดของตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ** พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ มีตัวแปรสังเกต 4 ตัว คือ ด้านอาการป่วย ด้านบุคลิกภาพ ด้านสถานการณ์ และด้านพ่อแม่ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .72, .54, .36 และ .28 ตามลำดับ

โมเดลการวัดของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม มีตัวแปรสังเกต 5 ตัว คือ ด้านข้อมูล ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ ด้านอารมณ์ ด้านเครือข่าย และด้านสิ่งของ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .80, .70, .70, .69 และ .54 ตามลำดับ

โมเดลการวัดตัวแปรภาวะวิตกกังวล พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงภาวะวิตกกังวล มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านร่างกาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .89, .71 และ .69 ตามลำดับ

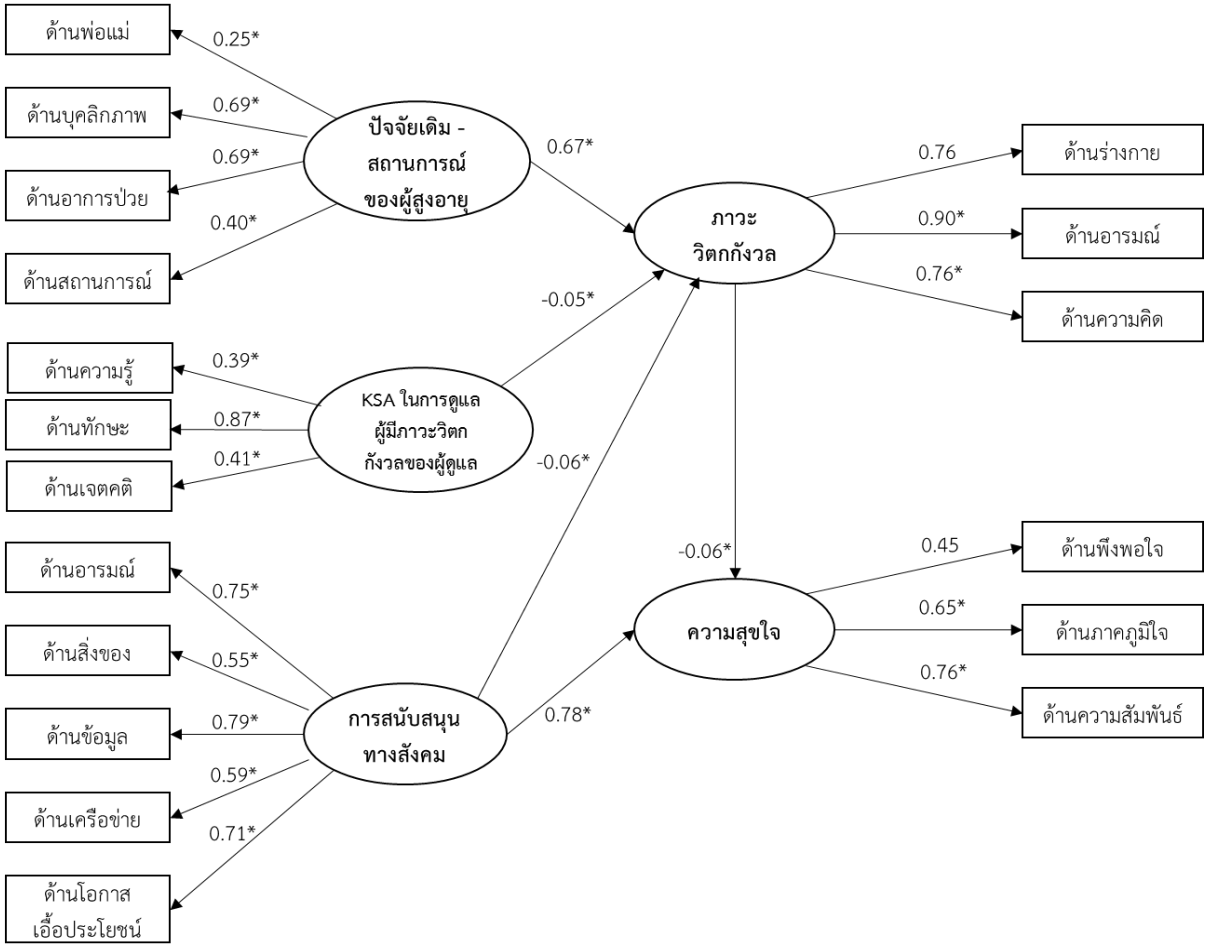
โมเดลการวัดของตัวแปรความสุขใจ พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงความสุขใจ มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านพึงพอใจ ด้านความสัมพันธ์ และด้านภาคภูมิใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .56, .45 และ .40 ตามลำดับ

จากตาราง 4.107 พบว่า **อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อภาวะวิตกกังวล** พบว่า ภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .66 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.12 แสดงว่า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมเป็นสาเหตุสำคัญของการมีภาวะวิตกกังวล

อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อความสุขใจ พบว่า ความสุขใจได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .84 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรภาวะวิตกกังวล ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.38 แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมและภาวะวิตกกังวลเป็นสาเหตุสำคัญของความสุขใจ นอกจากนี้ความสุขใจยังได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นบวกจากการสนับสนุนทางสังคม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .04) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นลบจากปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.25) โดยผ่านภาวะวิตกกังวล

ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันอธิบายภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 60 (R^2= .60) ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ ร่วมกันอธิบายความสุขใจได้ร้อยละ 77 (R^2= .77)

โมเดลที่ 4 โมเดลภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุ – ผู้ดูแลในครอบครัว
(จำนวน 450 คน จาก 5 จังหวัด)



**หมายเหตุ *** $p < .05$

ตาราง 4.108 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุ–ผู้ดูแลในครอบครัว (โมเดลที่ 4) กับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าสถิติ	แปลผล
1. χ^2	P > .05	χ^2 = 329.48, df=125, P-value=0.000, χ^2/df=2.64	ไม่กลมกลืน
2. CFI	มากกว่า .90	0.94	กลมกลืน
3. TLI	มากกว่า .90	0.93	กลมกลืน
4. RMSEA	น้อยกว่า .07	0.060	กลมกลืน
5. SRMR	น้อยกว่า .08	0.070	กลมกลืน

จากตาราง 4.108 ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุ-ผู้ดูแลในครอบครัวกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 329.48, df = 125 (p=.00) χ^2/df=2.64, ค่า CFI = 0.94, ค่า TLI = 0.93, RMSEA = 0.060, SRMR = 0.070 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ความสอดคล้อง พบว่า มีค่าไค-สแควร์ค่าเดียวที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากค่าไค–สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของค่าไค-สแควร์กับองศาอิสระ พบว่า มีค่าไม่เกิน 3 ส่วนดัชนีอื่น ๆ มีค่าผ่านเกณฑ์ที่พิจารณาซึ่งแสดงถึงความกลมกลืนของโมเดลฯ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ หมายความว่าโมเดลที่สร้างขึ้นสามารถนำมาอธิบายภาวะวิตกกังวลและความสุขใจได้

เมื่อพิจารณาถึง **โมเดลการวัดของตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ** พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ มีตัวแปรสังเกต 4 ตัว คือ ด้านบุคลิกภาพ ด้านอาการป่วย ด้านสถานการณ์ และด้านพ่อแม่ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .69, .69, .40 และ .25 ตามลำดับ

โมเดลการวัดของตัวแปร KSA ในการดูแลผู้มีภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแล พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝง KSA ในการดูแลผู้มีภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแล มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านทักษะ ด้านเจตคติ และด้านความรู้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .87, .41, และ .39 ตามลำดับ

โมเดลการวัดของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม มีตัวแปรสังเกต 5 ตัว คือ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ ด้านเครือข่าย และด้านสิ่งของ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .79, .75, .71, .59 และ .55 ตามลำดับ

โมเดลการวัดตัวแปรภาวะวิตกกังวล พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงภาวะวิตกกังวล มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านความคิด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .90, .76 และ.76 ตามลำดับ

โมเดลการวัดของตัวแปรความสุขใจ พบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวสามารถใช้แทนตัวแปรแฝงได้ดี ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรแฝงความสุขใจ มีตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ด้านความสัมพันธ์ ด้านภาคภูมิใจ และด้านพึงพอใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ .76, .65 และ .45 ตามลำดับ

ตาราง 4.109 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effects: IE) อิทธิพลรวม (Total effects: TE) ของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R^2) ของโมเดลที่ 4

ตัวแปรผล	ตัวแปรเชิงสาเหตุ												R^2
	ปัจจัยเดิม – สถานการณ์ของผู้สูงอายุ			KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแล			การสนับสนุนทางสังคม			ภาวะวิตกกังวล			
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	
ภาวะวิตกกังวล	0.67*	-	0.67*	-0.05*	-	-0.05*	-0.06*	-	-0.06*	-	-	-	0.45
ความสุขใจ	-	-0.04*	-0.04*	-	0.003*	0.003*	0.78*	0.003*	0.783*	-0.06*	-	-0.06*	0.61

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

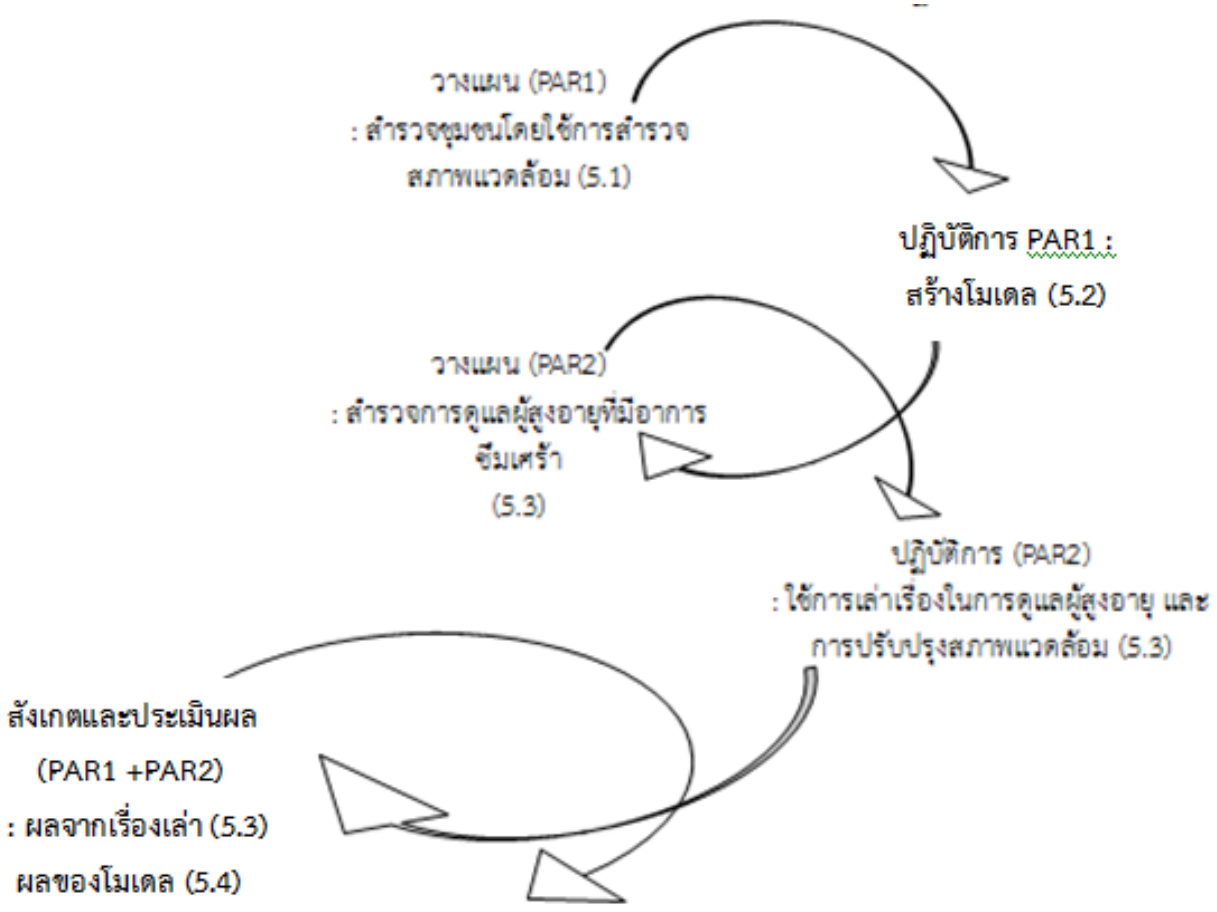
จากตาราง 4.109 พบว่า **อิทธิพลทางตรงที่ส่งผลต่อภาวะวิตกกังวล** พบว่า ภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุ-ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .67 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.06) และตัวแปร KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแล (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.05) แสดงว่า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแล เป็นสาเหตุสำคัญของการมีภาวะวิตกกังวล

อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อความสุขใจ พบว่า ความสุขใจได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .78 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรภาวะวิตกกังวล ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.06 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมและภาวะวิตกกังวลเป็นสาเหตุสำคัญของความสุขใจ นอกจากนี้ความสุขใจยังได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นบวกจากการสนับสนุนทางสังคม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .03) และ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแล (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .03) และได้รับอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเป็นลบจากปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.04) โดยผ่านภาวะวิตกกังวล

ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 45 (R^2= .45) ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ภาวะวิตกกังวล ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ และ KSA ในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแล ร่วมกันอธิบายความสุขใจได้ร้อยละ 61 (R^2= .61)

บทที่ 5
รูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ครอบครัว และภาครัฐ

บทนี้เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบจุดประสงค์ของการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ครอบครัวและภาครัฐ การวิจัยในส่วนนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในรูปแบบของ Collaboration action research โดยมีผู้เกี่ยวข้องร่วมทำการวิจัยปฏิบัติการ 3 ภาคส่วน ดังนี้ 1) นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว โดยมีวงจรการวิจัย ดังภาพประกอบ 5.1



ภาพประกอบ 5.1 วงจรการวิจัยปฏิบัติการ

จากภาพประกอบ 5.1 แสดงถึงการทำวิจัยปฏิบัติการ 2 วงจร คือ วงจรแรก (PAR1) เป็นการสร้างรูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ เริ่มจาก การสำรวจชุมชน การปฏิบัติ การสร้างรูปแบบหรือโมเดล การสังเกตและประเมิน

วงจรที่ 2 (PAR2) เป็นกลไกในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ การปฏิบัติการใช้เรื่องเล่าและการปรับปรุงสภาพแวดล้อม การสังเกตและประเมิน

รายละเอียดของการวิจัยในแต่ละวงจรนำเสนอ โดยจำแนกเป็นหัวข้อ ดังนี้

5.1 วางแผน : สำรวจชุมชน

5.2 ปฏิบัติการสร้างรูปแบบหรือโมเดล

5.3 วางแผนและปฏิบัติการใช้เรื่องเล่า

5.4 การสังเกตและการประเมินผลการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

5.1 วางแผน : สำรวจชุมชน

จากการลงพื้นที่ครั้งที่ 1 เพื่อสำรวจความต้องการของชุมชนใน 6 พื้นที่ ได้แก่ จ.น่าน จ.นครราชสีมา จ.สกลนคร จ.ราชบุรี จ.ฉะเชิงเทรา และจ.สงขลา ได้ทำการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและภายในชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มออกเป็น กลุ่มทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อสม. /อผส) และ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว โดยผลจากการสำรวจใน 6 พื้นที่พบรายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจสำรวจสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน (Environmental Scanning)

1.1 การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากองค์กรภาครัฐ และเอกชนที่อยู่ภายนอกชุมชน

1.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี ที่มีผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า

2. การตรวจสำรวจสภาพแวดล้อมภายในชุมชน (Internal Scanning)

2.1 ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 สิ่งที่ชื่นชอบในชุมชน

2.3 กิจกรรมในชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลได้มีส่วนร่วม

2.4 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2.5 การดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. การจัดลำดับความสำคัญ จากการระดมความคิดเห็นการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน

3.1 การจัดกิจกรรมเพื่อให้คนในชุมชนรู้และเข้าใจ “ความกังวลและความซึมเศร้า

3.2 การจัดกิจกรรมเพื่อให้คนในชุมชนลดความเสี่ยง “จากความกังวล และความซึมเศร้า”

3.3 การจัดกิจกรรมเพื่อให้ทีมดูแลผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมาย (ฝัน)

ตาราง 5.1 ผลการสำรวจชุมชนด้านสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน

ด้าน / จังหวัด	ความช่วยเหลือของหน่วยงานภาครัฐ	ความช่วยเหลือของหน่วยงานเอกชน	ผลจากสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน
ฉะเชิงเทรา	<u>ทุกจังหวัดเหมือนกัน ดังนี้</u> <u>ด้านสวัสดิการ</u> กลุ่มผู้สูงอายุจะได้รับสิ่งต่าง ๆ โดยตรง อันได้แก่ เบี้ยยังชีพประจำทุกเดือน เงินสวัสดิการและอุปกรณ์สำหรับกายภาพบำบัดสำหรับผู้พิการ สวัสดิการค่าเดินทาง การเข้าชมสถานที่ท่องเที่ยวต่าง ๆ ตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมกองทุนนี้ทั้งหมด การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ <u>ด้านความรู้</u> มีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานขององค์กรภาครัฐ ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล อสม. เจ้าหน้าที่ของกรมสุขภาพจิต นักศึกษาแพทย์ จิตอาสา ได้ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การพัฒนาคุณภาพชีวิต การใช้ยาสมุนไพรในผู้สูงอายุ เป็นต้น	<u>ด้านสวัสดิการ</u> ไม่มีหน่วยงานใดใดเข้ามาให้การช่วยเหลือ <u>ด้านความรู้</u> รพ.เอกชนจัดกิจกรรมการให้ความรู้ แต่ประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง จึงไม่มีผู้มาเข้าร่วม	<u>ปัญหาสังคม</u> ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งสังเกตได้จากผู้สูงอายุ จะมีอาการวิตกกังวล เหม่อลอย ซึมเศร้า คิดมาก ตื่นกลัวต่อเหตุการณ์ทางโทรทัศน์ เครียด กลัวโดนทำร้าย เป็นต้น <u>ปัญหาเศรษฐกิจ</u> *ผลด้านบวก*ทำให้มีผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ สำหรับช่วยดูแลผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น มีวัตถุดิบและอาหารสำเร็จรูปที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้เลือกซื้อได้ง่ายขึ้น *ผลด้านลบ* ผู้สูงอายุมีความกังวล เครียด กับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น มากกว่ารายรับของครอบครัว ผู้สูงอายุบางบ้านต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานที่อื่นต่อดูแลตัวเอง และการได้รับเบี้ยผู้สูงอายุช้าออกไป <u>เทคโนโลยีและสื่อ</u> *ผลทางด้านบวก* ช่วยให้ผู้สูงอายุติดต่อสื่อสารกับลูกหลาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น ทั้งในเวลาปกติ และเวลาที่ไม่สบาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข หัวเราะ ได้ย้อนอดีต ได้รับความรู้ทางสุขศึกษาต่าง ๆ จากรายการโทรทัศน์ต่าง ๆ ที่ท่านสามารถเลือกดูได้ตามความชอบ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข่าวสารต่าง ๆ ผ่านเสียงตามสาย ช่วยให้ผู้สูงอายุฝึกความจำ จากการจำหมายเลขโทรศัพท์ *ผลด้านลบ*

ด้าน / จังหวัด	ความช่วยเหลือของหน่วยงานภาครัฐ	ความช่วยเหลือของหน่วยงานเอกชน	ผลจากสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน
			ผู้สูงอายุรู้สึกน้อยใจ โดดเดียว เนื่องจากลูกหลานให้ความสนใจกับเทคโนโลยีต่าง ๆ มากกว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นกังวล และเกิดความเครียดจากข่าวที่ดูในรายการโทรทัศน์ที่เปิดไปเจอผู้สูงอายุเสียเงิน จากโฆษณาชวนเชื่อในการขายของต่าง ๆ รวมทั้งได้รับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
ราชบุรี		<u>ด้านสวัสดิการ</u> ไม่มีหน่วยงานใดใดเข้ามาให้การช่วยเหลือ <u>ด้านความรู้</u> ไม่มีการให้ความรู้จากหน่วยงานเอกชนเลย	<u>ปัญหาสังคม</u> ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งสังเกตได้จากผู้สูงอายุ จะมีอาการวิตกกังวล เหม่อลอย ซึมเศร้า คิดมาก ตื่นกลัวต่อเหตุการณ์ทางโทรทัศน์ เครียด กลัวโดนทำร้าย เป็นต้น <u>ปัญหาเศรษฐกิจ</u> *ผลด้านลบ* ผู้สูงอายุมีความกังวล เครียด กับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น มากกว่ารายรับของครอบครัว ผู้สูงอายุบางบ้านต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจาก

ด้าน / จังหวัด	ความช่วยเหลือของหน่วยงานภาครัฐ	ความช่วยเหลือของหน่วยงานเอกชน	ผลจากสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน
			ลูกหลานต้องไปทำงานที่อื่น ต่อดูแลตัวเอง และการได้รับเบี้ยผู้สูงอายุช้าออกไป <u>เทคโนโลยีและสื่อ</u> *ผลทางด้านบวก* ช่วยให้ผู้สูงอายุติดต่อสื่อสารกับลูกหลาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น ทั้งในเวลาปกติ และเวลาที่ไม่สบาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข หัวเราะ ได้ย้อนอดีต ได้รับความรู้ทางสุขศึกษาต่าง ๆ จากรายการโทรทัศน์ต่าง ๆ ที่ท่านสามารถเลือกดูได้ตามความชอบ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข่าวสารต่าง ๆ ผ่านเสียงตามสาย ช่วยให้ผู้สูงอายุฝึกความจำ จากการจำหมายเลขโทรศัพท์
น่าน		<u>ด้านสวัสดิการ</u> ไม่มีหน่วยงานใดใดเข้ามาให้การช่วยเหลือ <u>ด้านความรู้</u> มีบุคลากรจากบริษัทเจียไต๋ของ CP ที่มาให้ความรู้เรื่องการปลูกผักการสร้างรายได้	<u>ปัญหาสังคม</u> ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งสังเกตได้จากผู้สูงอายุ จะมีอาการวิตกกังวล เหม่อลอย ซึมเศร้า คิดมาก ตื่นกลัวต่อเหตุการณ์ทางโทรทัศน์ เครียด กลัวโดนทำร้าย เป็นต้น <u>ปัญหาเศรษฐกิจ</u> *ผลด้านลบ* ผู้สูงอายุมีความกังวลเครียด กับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น มากกว่ารายรับของครอบครัว ผู้สูงอายุบางบ้านต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานที่อื่น ต่อดูแลตัวเอง และการได้รับเบี้ยผู้สูงอายุช้าออกไป

ด้าน / จังหวัด	ความช่วยเหลือของหน่วยงานภาครัฐ	ความช่วยเหลือของหน่วยงานเอกชน	ผลจากสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน
			<u>เทคโนโลยีและสื่อ</u> *ผลทางด้านบวก* ช่วยให้ผู้สูงอายุติดต่อสื่อสารกับลูกหลาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น ทั้งในเวลาปกติ และเวลาที่ไม่สบาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข หัวเราะ ได้ย้อนอดีต ได้รับความรู้ทางสุขศึกษาต่าง ๆ จากรายการโทรทัศน์ต่าง ๆ ที่ท่านสามารถเลือกดูได้ตามความชอบ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข่าวสารต่าง ๆ ผ่านเสียงตามสาย ช่วยให้ผู้สูงอายุฝึกความจำ จากการจำหมายเลขโทรศัพท์ *ผลด้านลบ* ผู้สูงอายุรู้สึกน้อยใจ โดดเดียว เนื่องจากลูกหลานให้ความสนใจกับเทคโนโลยีต่าง ๆ มากกว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นกังวล และเกิดความเครียดจากข่าวที่ดูในรายการโทรทัศน์ที่เปิดไปเจอ ผู้สูงอายุเสียเงิน จากโฆษณาชวนเชื่อในการขายของต่าง ๆ รวมทั้งได้รับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง
นครราชสีมา		<u>ด้านสวัสดิการ</u> มีหน่วยงานเข้ามาเสริมกับหน่วยงานของรัฐ ในการพาผู้สูงอายุไปทัศนอาสานอกสถานที่ <u>ด้านความรู้</u> ไม่มีการให้ความรู้จากหน่วยงานเอกชนเลย	<u>ปัญหาสังคม</u> ไม่พบ <u>ปัญหาเศรษฐกิจ</u> *ผลด้านลบ* ผู้สูงอายุมีความกังวลเครียด กับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น มากกว่ารายรับของครอบครัว ผู้สูงอายุบางบ้านต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานที่อื่น ต่อดูแลตัวเอง และการได้รับเบี้ยผู้สูงอายุช้าออกไป

ด้าน / จังหวัด	ความช่วยเหลือของหน่วยงานภาครัฐ	ความช่วยเหลือของหน่วยงานเอกชน	ผลจากสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน
			<u>เทคโนโลยีและสื่อ</u> *ผลทางด้านบวก* ช่วยให้ผู้สูงอายุติดต่อสื่อสารกับลูกหลาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น ทั้งในเวลาปกติ และเวลาที่ไม่สบาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข หัวเราะ ได้ย้อนอดีต ได้รับความรู้ทางสุขศึกษาต่าง ๆ จากรายการโทรทัศน์ต่าง ๆ ที่ท่านสามารถเลือกดูได้ตามความชอบ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข่าวสารต่าง ๆ ผ่านเสียงตามสาย ช่วยให้ผู้สูงอายุฝึกความจำ จากการจำหมายเลขโทรศัพท์
สกลนคร		<u>ด้านสวัสดิการ</u> มีสโมสรโรตารี่มาจัดโครงการฝังเข็มให้ผู้ป่วยเรื้อรัง <u>ด้านความรู้</u> ไม่มีการให้ความรู้จากหน่วยงานเอกชนเลย	<u>ปัญหาสังคม</u> ไม่ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจกับผู้สูงอายุ <u>ปัญหาเศรษฐกิจ</u> *ผลด้านลบ* ผู้สูงอายุมีความกังวลเครียด กับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น มากกว่ารายรับของครอบครัว ผู้สูงอายุบางบ้านต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานที่อื่น ต่อดูแลตัวเอง และการได้รับเบี้ยผู้สูงอายุช้าออกไป <u>เทคโนโลยีและสื่อ</u> *ผลทางด้านบวก* ช่วยให้ผู้สูงอายุติดต่อสื่อสารกับลูกหลาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น ทั้งในเวลาปกติ และเวลาที่ไม่สบาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข หัวเราะ ได้ย้อนอดีต ได้รับความรู้ทางสุขศึกษาต่าง ๆ จากรายการโทรทัศน์ต่าง ๆ ที่ท่านสามารถเลือกดูได้ตามความชอบ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับ

ด้าน / จังหวัด	ความช่วยเหลือของหน่วยงานภาครัฐ	ความช่วยเหลือของหน่วยงานเอกชน	ผลจากสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน
			ทราบข่าวสารต่าง ๆ ผ่านเสียงตามสาย ช่วยให้ผู้สูงอายุฝึกความจำ จากการจำหมายเลขโทรศัพท์
สงขลา		<u>ด้านสวัสดิการ</u> สนับสนุนงบประมาณในการทำโครงการต่าง ๆ แต่ต้องมีการเขียนโครงการเข้าไป <u>ด้านความรู้</u> ไม่มีการให้ความรู้จากหน่วยงานเอกชนเลย	<u>ปัญหาสังคม</u> ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งสังเกตได้จากผู้สูงอายุ จะมีอาการวิตกกังวล เหม่อลอย ซึมเศร้า คิดมาก ตื่นกลัวต่อเหตุการณ์ทางโทรทัศน์ เครียด กลัวโดนทำร้าย เป็นต้น <u>ปัญหาเศรษฐกิจ</u> *ผลด้านลบ* ผู้สูงอายุมีความกังวล เครียด กับรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น มากกว่ารายรับของครอบครัว ผู้สูงอายุบางบ้านต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานที่อื่น ต่อดูแลตัวเอง และการได้รับเบี้ยผู้สูงอายุช้าออกไป <u>เทคโนโลยีและสื่อ</u> *ผลทางด้านบวก* ช่วยให้ผู้สูงอายุติดต่อสื่อสารกับลูกหลาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น ทั้งในเวลาปกติ และเวลาที่ไม่สบาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข หัวเราะ ได้ย้อนอดีต ได้รับความรู้ทางสุขศึกษาต่าง ๆ จากรายการโทรทัศน์ต่าง ๆ ที่ท่านสามารถเลือกดูได้ตามความชอบ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข่าวสารต่าง ๆ ผ่านเสียงตามสาย ช่วยให้ผู้สูงอายุฝึกความจำ จากการจำหมายเลขโทรศัพท์ *ผลด้านลบ* ผู้สูงอายุรู้สึกน้อยใจ โดดเดียว เนื่องจากลูกหลานให้

ด้าน / จังหวัด	ความช่วยเหลือของหน่วยงานภาครัฐ	ความช่วยเหลือของหน่วยงานเอกชน	ผลจากสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน
			ความสนใจกับเทคโนโลยีต่าง ๆ มากกว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นกังวล และเกิดความเครียดจากข่าวที่ดูในรายการโทรทัศน์ที่เปิดไปเจอผู้สูงอายุเสียเงิน จากโฆษณาชวนเชื่อในการขายของต่าง ๆ รวมทั้งได้รับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ตาราง 5.2 ผลการสำรวจชุมชนด้านสภาพแวดล้อมภายในชุมชน

ด้าน / จังหวัด	ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	สิ่งที่ชื่นชอบในชุมชน	การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
ฉะเชิงเทรา	1) ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้หลักการทำงาน 3 หลัก ●การบอกต่อ ●ความใกล้ชิดในชุมชน ●การทำงานเป็นเครือข่าย 2) การแบ่งโครงสร้างทีมงาน ●ในแต่ละตำบล จำแนกเป็นระดับหมู่บ้าน ●ใน 1 หมู่บ้าน มี อสม. 5 – 7 คน ●อสม. 1 คน ดูแลรับผิดชอบคนละประมาณ 12 หลังคาเรือน 3) หน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. / อผส. ●<u>คัดกรอง</u> โรคทางกาย เช่น เบาหวาน /โรคทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัด 2Q, 9Q โดยทำปีละครั้ง ●<u>ดูแล</u> ผู้สูงอายุติดเตียง (นวด ทำกายภาพบำบัด กิจวัตรประจำวัน ให้ยา) / ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (เยี่ยมบ้าน พูดคุยกับผู้สูงอายุ และญาติ	<u>บุคคลที่ชื่นชอบ</u> ส่วนใหญ่เป็น เจ้าหน้าที่รพ.สต. พยาบาล พระ เนื่องจากมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนหลาย ๆ ด้าน <u>กลุ่มคนที่ชื่นชอบ</u> ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ประจำรพ.สต. กลุ่มเจ้าหน้าที่ของคลีนิคเวช เนื่องจากให้ความดูแล ไปเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนบ่อย ๆ <u>ประเพณีและวัฒนธรรม</u> ได้แก่ ประเพณีสงกรานต์ เนื่องจาก มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ มีการรวมญาติ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการได้เจอลูกหลานในครอบครัว <u>กิจกรรมที่เป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุ</u> กิจกรรมการไปทัศนศึกษา กิจกรรมการไหว้พระ 9 วัด กิจกรรมกีฬา กิจกรรมภายในครอบครัวที่ได้ร่วมทำกับลูกหลาน เป็นต้น <u>กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม</u> มีทั้งกิจกรรมทางสังคมล้วนเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย มีความสุข และได้มีการพบปะกับเพื่อน ๆ อยู่เป็นประจำ และ กิจกรรมภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสุขจากภายใน	<u>การดูแลด้านร่างกาย</u> มีการดูแลเรื่องชีวิตประจำวัน พาไปวัด ทำบุญ พาเดินออกกำลังกาย พาไปเสริมสวย ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า ที่นอน <u>การดูแลด้านจิตใจ</u> การพาลูกหลานมาพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความสำคัญฟังเรื่องที่ท่านอยากระบาย ให้กำลังใจ ทำกิจกรรมร่วม

ด้าน / จังหวัด	ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	สิ่งที่ชื่นชอบในชุมชน	การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
	ผู้ดูแลในครอบครัว) โดยทำประมาณวันเว้นวัน 4) กระบวนการดำเนินการเมื่อตรวจสอบพบผู้ป่วยที่บ้าน ● เมื่อ อสม. พบผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย → อสม. แจ้ง รพ.สต. (คุณโสลัดดา ผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ ทำหน้าที่โทรประสานงานโดยใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัว ทำให้สะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย) → ส่งต่อไปยัง รพ.ช., รพ.จ. หรือคลินิกแล้วแต่ผู้ป่วยจะเลือก		
ราชบุรี	ระบบการทำงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจะเป็นการทำงานเชื่อมโยงสัมพันธ์กันระหว่างทีม อสม. อผส. ที่รับผิดชอบเขตบริเวณหมู่นั้นๆ และแบ่งจำนวนหลังคา จำนวนผู้สูงอายุไปดูแล ซึ่งทาง อสม. อผส. จะทำหน้าที่ส่วนใหญ่ในการตรวจเยี่ยมบ้าน ซึ่งเวลาไปตรวจเยี่ยม จะมีการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยอาการ บำบัดรักษา อาการความเจ็บป่วยพื้นฐานเท่าที่ทำได้ เช่น การเจาะเลือด วัดความดัน แต่หากกรณีใดที่อาการหนัก ก็จะทำการส่งต่อหรือมาขอคำปรึกษาจากทางพยาบาลที่โรงพยาบาล สำหรับการคัดกรองอาการซึมเศร้า ก็ใช้คำถาม 2Q บางคนมีอาการ แต่ อสม (ผู้ให้ข้อมูล)	<u>กลุ่มคนและบุคคลที่ชื่นชอบ</u> ไม่มีการระบุว่าชื่นชอบกลุ่มคนและบุคคลใดเป็นพิเศษ <u>ประเพณีและวัฒนธรรม</u> ได้แก่ ประเพณีสงกรานต์ เนื่องจาก มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ มีการรวมญาติ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการได้เจอลูกหลานในครอบครัว <u>กิจกรรมที่เป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุ</u> กิจกรรมการไปทัศนศึกษา กิจกรรมการไหว้พระ 9 วัด กิจกรรมกีฬา กิจกรรมภายในครอบครัวที่ได้ร่วมทำกับลูกหลาน เป็น <u>กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม</u> มีทั้งกิจกรรมทางสังคมล้วนเป็น	<u>ไม่พบข้อมูลการดูแลด้านร่างกาย และ การดูแลทางด้านจิตใจ</u>

ด้าน / จังหวัด	ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	สิ่งที่ชื่นชอบในชุมชน	การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
	คิดว่าเป็นเรื่องปกติ เพราะบางครั้งถามก็ไม่มีอาการ แล้งแต่อารมณ์ของผู้สูงอายุมากกว่า อย่างไรก็ดีพยาบาลผู้ให้ข้อมูลว่าเมื่อผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลด้วยอาการป่วยทางกาย ก็จะพบว่ามีอาการซึมเศร้าค่อนข้างเยอะ ซึ่งพยาบาลก็จะทำการเยี่ยมบ้านเป็นรายกรณี	กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย มีความสุข และได้มีการพบปะกับเพื่อน ๆ อยู่เป็นประจำ และ กิจกรรมภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสุขจากภายใน	
น่าน	ระบบการทำงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทีม อสม. อผส. จะลงพื้นที่ ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน สอบถามและบันทึกข้อมูลทางกาย- ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน และจะใช้แบบประเมิน 2Q ซึ่งไม่มีอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (หากพบก็มักเป็นวัยทำงานมากกว่า)เท่าที่พบ มีผู้สูงอายุคิดไปเองบ้าง ถ้ามีปัญหาผู้สูงอายุจะไปที่โรงพยาบาลเองเลย ผู้สูงอายุไม่เข้าใจคำว่าสภาวะทางจิต คิดแต่ว่าตัวเองปวดหัว คำถามในแบบวัดก็เข้าใจยาก เช่น เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ต้องถามเป็น ต๊อใจ๋ บ่ม่วนใจ๋ อ่อนใจ๋	<u>กลุ่มคนและบุคคลที่ชื่นชอบ</u> ไม่มีการระบุว่าชื่นชอบกลุ่มคนและบุคคลใดเป็นพิเศษ <u>ประเพณีและวัฒนธรรม</u> ได้แก่ ประเพณีสงกรานต์ เนื่องจาก มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ มีการรวมญาติ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการได้เจอลูกหลานในครอบครัว <u>กิจกรรมที่เป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุ</u> กิจกรรมการไปทัศนศึกษา กิจกรรมการไหว้พระ 9 วัด กิจกรรมกีฬา กิจกรรมภายในครอบครัวที่ได้ร่วมทำกับลูกหลาน เป็น <u>กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม</u> มีทั้งกิจกรรมทางสังคมล้วนเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย มีความสุข และได้มีการพบปะกับเพื่อน ๆ อยู่เป็นประจำ และ กิจกรรมภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วย	<u>ไม่พบข้อมูลการดูแลด้านร่างกาย และ การดูแลทางด้านจิตใจ</u>

ด้าน / จังหวัด	ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	สิ่งที่ชื่นชอบในชุมชน	การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
		ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสุขจากภายใน	
นครราชสีมา	- บอกต่อ ความใกล้ชิดในชุมชน และมีการทำงานเป็นเครือข่าย - การแบ่งโครงสร้างทีมงาน มี 7 ชุมชน แต่ละชุมชนจะมี อสม ประมาณ 10 คนขึ้นไป - มีจิตอาสา 28 คน - มี อสม. ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุ เจาะเลือด วัดความดัน เดือนละครั้ง - ในชุมชนไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือก้าวร้าวอย่างรุนแรง - จิตอาสามีทุกชุมชน - จิตอาสา แพทย์ และ อสม. จะประสานงานและไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามที่หมอกำหนด โดยจะไปเยี่ยมไม่เกิน 4 รายต่อวัน - แพทย์และจิตอาสาจะให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมให้คำแนะนำ	<u>บุคคลที่ชื่นชอบ</u> ส่วนใหญ่เป็น เจ้าหน้าที่รพ.สต. พยาบาล พระ เนื่องจากมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนหลาย ๆ ด้าน <u>กลุ่มคนที่ชื่นชอบ</u> ไม่ระบุ <u>ประเพณีและวัฒนธรรม</u> ได้แก่ ประเพณีสงกรานต์ เนื่องจาก มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ มีการรวมญาติ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการได้เจอลูกหลานในครอบครัว <u>กิจกรรมที่เป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุ</u> กิจกรรมการไปทัศนศึกษา กิจกรรมการไหว้พระ 9 วัด กิจกรรมกีฬา กิจกรรมภายในครอบครัวที่ได้ร่วมทำกับลูกหลาน เป็นต้น <u>กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม</u> มีทั้งกิจกรรมทางสังคมล้วนเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย มีความสุข และได้มีการพบปะกับเพื่อน ๆ อยู่เป็นประจำ และ กิจกรรมภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสุขจากภายใน	<u>การดูแลด้านร่างกาย</u> มีการดูแลเรื่องชีวิตประจำวัน พาไปวัด ทำบุญ พาเดินออกกำลังกาย พาไปเสริมสวย ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า ที่นอน <u>การดูแลด้านจิตใจ</u> การพาลูกหลานมาพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความสำคัญฟังเรื่องที่ท่านอยากระบาย ให้กำลังใจ ทำกิจกรรมร่วม
สกลนคร	- มี อสม. ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุ - มีการจัดกิจกรรม เช่น วันผู้สูงอายุ	<u>บุคคลที่ชื่นชอบ</u> ส่วนใหญ่เป็น เจ้าหน้าที่รพ.สต. พยาบาล พระ เนื่องจากมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนหลาย ๆ ด้าน <u>กลุ่มคนที่ชื่นชอบ</u> ไม่ระบุ	<u>การดูแลด้านร่างกาย</u> มีการดูแลเรื่องชีวิตประจำวัน พาไปวัด ทำบุญ พาเดินออกกำลังกาย พาไปเสริมสวย ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า ที่นอน

ด้าน / จังหวัด	ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	สิ่งที่ชื่นชอบในชุมชน	การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
		ประเพณีและวัฒนธรรม ได้แก่ ประเพณีสงกรานต์ เนื่องจาก มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ มีการรวมญาติ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการได้เจอลูกหลานในครอบครัว กิจกรรมที่เป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุ กิจกรรมการไปทัศนศึกษา กิจกรรมการไหว้พระ 9 วัด กิจกรรมกีฬา กิจกรรมภายในครอบครัวที่ได้ร่วมทำกับลูกหลาน เป็นต้น กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม มีทั้งกิจกรรมทางสังคมล้วนเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย มีความสุข และได้มีการพบปะกับเพื่อน ๆ อยู่เป็นประจำ และ กิจกรรมภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสุขจากภายใน	การดูแลด้านจิตใจ การพาลูกหลานมาพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความสำคัญฟังเรื่องที่ท่านอยากระบาย ให้กำลังใจ ทำกิจกรรมร่วม
สงขลา	- อสม. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ คัดกรองโดยการคุยกับผู้สูงอายุและญาติ (ผู้สูงอายุบางคนก็ไว้ใจอสม.มากกว่าญาติตัวเอง) - เมื่อคัดกรองแล้วเจอผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าให้คำแนะนำให้ญาติพาไปโรงพยาบาล - โรงพยาบาลให้คำแนะนำด้านการใช้ยาก การเบิกค่าใช้จ่าย การเดินทาง - โรงพยาบาลส่งเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบไปเยี่ยมเป็นทีม หรือโทรไปคุย เป็นการติดตามอาการหลังจากการทานยา	บุคคลที่ชื่นชอบ ส่วนใหญ่เป็น เจ้าหน้าที่รพ.สต. พยาบาล พระ เนื่องจากมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนหลาย ๆ ด้าน กลุ่มคนที่ชื่นชอบ ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ประจำรพ.สต. กลุ่มเจ้าหน้าที่ของคลีนิคเวช เนื่องจากให้ความดูแล ไปเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนบ่อย ๆ ประเพณีและวัฒนธรรม ได้แก่ ประเพณีสงกรานต์ เนื่องจาก มีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ มีการรวมญาติ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการได้เจอลูกหลานในครอบครัว กิจกรรมที่เป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุ กิจกรรมการไปทัศน	การดูแลด้านร่างกาย มีการดูแลเรื่องชีวิตประจำวัน พาไปวัด ทำบุญ พาเดินออกกำลังกาย พาไปเสริมสวย ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า ที่นอน การดูแลด้านจิตใจ การพาลูกหลานมาพูดคุยให้กำลังใจ ให้ความสำคัญฟังเรื่องที่ท่านอยากระบาย ให้กำลังใจ ทำกิจกรรมร่วม

ด้าน / จังหวัด	ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	สิ่งที่ชื่นชอบในชุมชน	การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
		ศึกษา กิจกรรมการไหว้พระ 9 วัด กิจกรรมกีฬา กิจกรรมภายในครอบครัวที่ได้ร่วมทำกับลูกหลาน เป็นต้น <u>กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วม</u> มีทั้งกิจกรรมทางสังคมล้วนเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย มีความสุข และได้มีการพบปะกับเพื่อน ๆ อยู่เป็นประจำ และ กิจกรรมภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสุขจากภายใน	

ตาราง 5.3 ผลการสำรวจชุมชนด้านสภาพแวดล้อมภายในชุมชน : การดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ด้าน / จังหวัด	การดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ			
	ปัญหาและอุปสรรค	**วิธีการแก้ปัญหา**	**ความรู้สึกต่อการดูแลผู้สูงอายุ**	**แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต**
ฉะเชิงเทรา ราชบุรี น่าน นครราชสีมา สกลนคร สงขลา	ทุกจังหวัดพบปัญหาและอุปสรรคเหมือนกัน แยกตามกลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลูกหลานไม่มีเวลา ดูแล เนื่องจากต้องไปทำงานนอกบ้าน ต้องระวังไม่พูดเสียงดัง เนื่องจากผู้สูงอายุจะเกิดอาการน้อยใจ ไม่สามารถปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวได้ มีปัญหาในเรื่องการสื่อสารกับผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในช่วงแรกญาติ ของผู้สูงอายุไม่เข้าใจหน้าที่ของทีมผู้ดูแล คิดว่าเป็นการรบกวนการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มักมีอาการหลงลืม การได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุในการดูแลน้อยมาก เจ้าหน้าที่บางท่านไม่ค่อยมีเวลา เนื่องจากมีงานประจำเป็นจำนวนมาก ทีมผู้ดูแลบางคนขาดความรู้ในการดูแล และพูดคุยกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต	ทุกจังหวัดมีวิธีการแก้ปัญหาเหมือนกัน แยกตามกลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ พยายามควบคุมอารมณ์ของตนเอง สร้างเครื่องมือออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุ ในเรื่องการสื่อสารก็จะถามซ้ำ ๆ ให้เข้าใจ และทำใจให้นิ่ง ใจเย็นให้มากที่สุด ให้กำลังใจ พาลูกหลานมาพบเพื่อพูดคุยด้วย ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เข้ารับการอบรมความรู้จากหน่วยงานต่าง ๆ สร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการทำงานเชิงรุกมากขึ้น คือ การไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านบ่อย ๆ พยายามทำความเข้าใจกับญาติของผู้สูงอายุ ให้เข้าใจการทำงานของทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ทุกจังหวัด มีความรู้สึกต่อการดูแลผู้สูงอายุเหมือนกัน แยกตามกลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ รู้สึกว่ายังไงก็ต้องทำ เพราะท่านเป็นพ่อและแม่ อยากทำให้ท่านมีความสุข ถึงแม้บางครั้งจะเบื่อหรือจะเหนื่อย แต่ก็คิดว่าต้องทำเพื่อตอบแทนบุญคุณของท่าน เมื่อคิดได้ดังนั้น ความเหนื่อย ความเบื่อก็จะหายไป ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เครียด เศร้า รู้สึกสงสารผู้สูงอายุ และทำให้นึกถึงพ่อกับแม่ และนึกถึงตัวเองในอนาคต นอกจากนี้ยังพบความรู้สึกที่ว่าเป็นงานที่ท้าทาย ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือ	ทุกจังหวัด มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตเหมือนกัน แยกตามกลุ่ม ดังนี้ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะหาเวลาให้ครอบครัวได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน พาไปเที่ยวในที่ท่านอยากไป และพาไปทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ เช่น ไปวัด ไปหาเพื่อน ๆ ของท่าน ได้มีกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะเพิ่มการเข้ารับการอบรมความรู้ให้มากยิ่งขึ้น วางแผนให้กิจกรรมต่าง ๆ นั้นผู้สูงอายุมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น เพิ่มบุคลากรในการทำงาน เพิ่มบทบาทของทีมผู้ดูแลให้มากขึ้น และอยากให้มีการเพิ่มค่าตอบแทนให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นด้วย

ตาราง 5.4 การจัดลำดับความสำคัญ จากการระดมความคิดเห็นการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน

<table>
<tr><th>วัตถุประสงค์
กิจกรรม
จังหวัด</th><th>เพื่อให้คนในชุมชนรู้และเข้าใจ “ความกังวลและความซึมเศร้า</th><th>เพื่อให้คนในชุมชนลดความเสี่ยง “จากความกังวล ความซึมเศร้า”</th><th>เพื่อให้ทีมดูแลผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมาย (ฝัน)</th></tr>
<tr><td>ฉะเชิงเทรา</td><td rowspan="6"><u>ทุกจังหวัดมีการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม เหมือนกัน ดังนี้</u>
กิจกรรมที่สำคัญที่สุด คือ การให้ความรู้กับคนในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. โดยการให้ความรู้นั้น อาจทำโดยเจ้าหน้าที่หรือพยาบาล และการประชาสัมพันธ์ และเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องอาการของโรค การสังเกตอาการของโรค
ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่ให้ความสำคัญรองลงมา ก็ยังคงเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ ความเข้าใจ กับคนในชุมชน โดยการจัดอบรมเพิ่มเติม และการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และกลุ่มเพื่อนช่วยแนะนำเกี่ยวกับโรคเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น</td><td rowspan="6"><u>ทุกจังหวัดมีการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม เหมือนกัน ดังนี้</u>
กิจกรรมที่สำคัญที่สุด คือ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ กับคนในครอบครัว ได้พูดคุย และมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การไปวัด ฟังธรรม ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและคุณค่าในตัวเอง
กิจกรรมที่สำคัญรองลงมา คือ การรวมตัวกันเพื่อให้กำลังใจกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความซึมเศร้าและวิตกกังวล</td><td rowspan="6"><u>ทุกจังหวัดมีการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม เหมือนกัน ดังนี้</u>
กิจกรรมที่สำคัญที่สุด คือ การร่วมมือร่วมใจกันของทุกฝ่าย โดยที่แต่ละคนต้องทำตามหน้าที่ของตนเอง และมีการสร้างเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน
รองลงมาคือ การสร้างความสามัคคี การสร้าง Action plan ที่ชัดเจน รับฟังความคิดเห็น ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และสร้างทีมงานผู้สูงอายุให้มีศักยภาพอย่างเต็มที่</td></tr>
<tr><td>ราชบุรี</td></tr>
<tr><td>น่าน</td></tr>
<tr><td>นครราชสีมา</td></tr>
<tr><td>สกลนคร</td></tr>
<tr><td>สงขลา</td></tr>
</table>

5.2 รูปแบบเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

5.2.1 ขั้นวางแผนจากกิจกรรมสำรวจชุมชน

พบว่า ชุมชนทุกชุมชนให้ความเห็นเกี่ยวกับอาการและสาเหตุของความวิตกกังวลและซึมเศร้า และการดูแล ดังนี้

1) สาเหตุของความวิตกกังวล และซึมเศร้า

ต่อเนื่องจากการสำรวจความต้องการของชุมชนทั้ง 6 จังหวัด พบว่าทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย พยาบาล อสม. อผส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับ ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีรายละเอียดแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด อย่างไรก็ตามพบว่ามีข้อสรุปได้ดังนี้

ความเครียดและความวิตกกังวล แสดงออกโดย การน้อยใจ ขาดกำลังใจ รู้สึกขาดเพื่อน ซึมอารมณ์เชิงลบ คิดมาก นอนไม่หลับ ขาดความมั่นใจ

ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และความวิตกกังวล ประกอบด้วยยาเสพจิดในชุมชน อาชญากรรมในชุมชน ปัญหาเด็กและวัยรุ่น เช่น สื่อและเทคโนโลยี ปัญหาข้าวของแพงแต่รายได้น้อย ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง ปัญหาการเมือง การแบ่งพรรคพวก ปัญหาสิ่งแวดล้อม ในชุมชน เช่น น้ำเสีย รถสิบล้อวิ่งเสียงดัง ความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาขาดคนดูแล (ดังภาพประกอบ 1-6 ภาคผนวก ฌ.)

ปัจจัยของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และความวิตกกังวล ประกอบด้วยอาการเจ็บป่วย จากความรู้ในการดูแลอาการของตนเอง ปัญหาด้านการปรับตัว มีบุคลิกภาพที่ทำให้น้อยใจง่าย

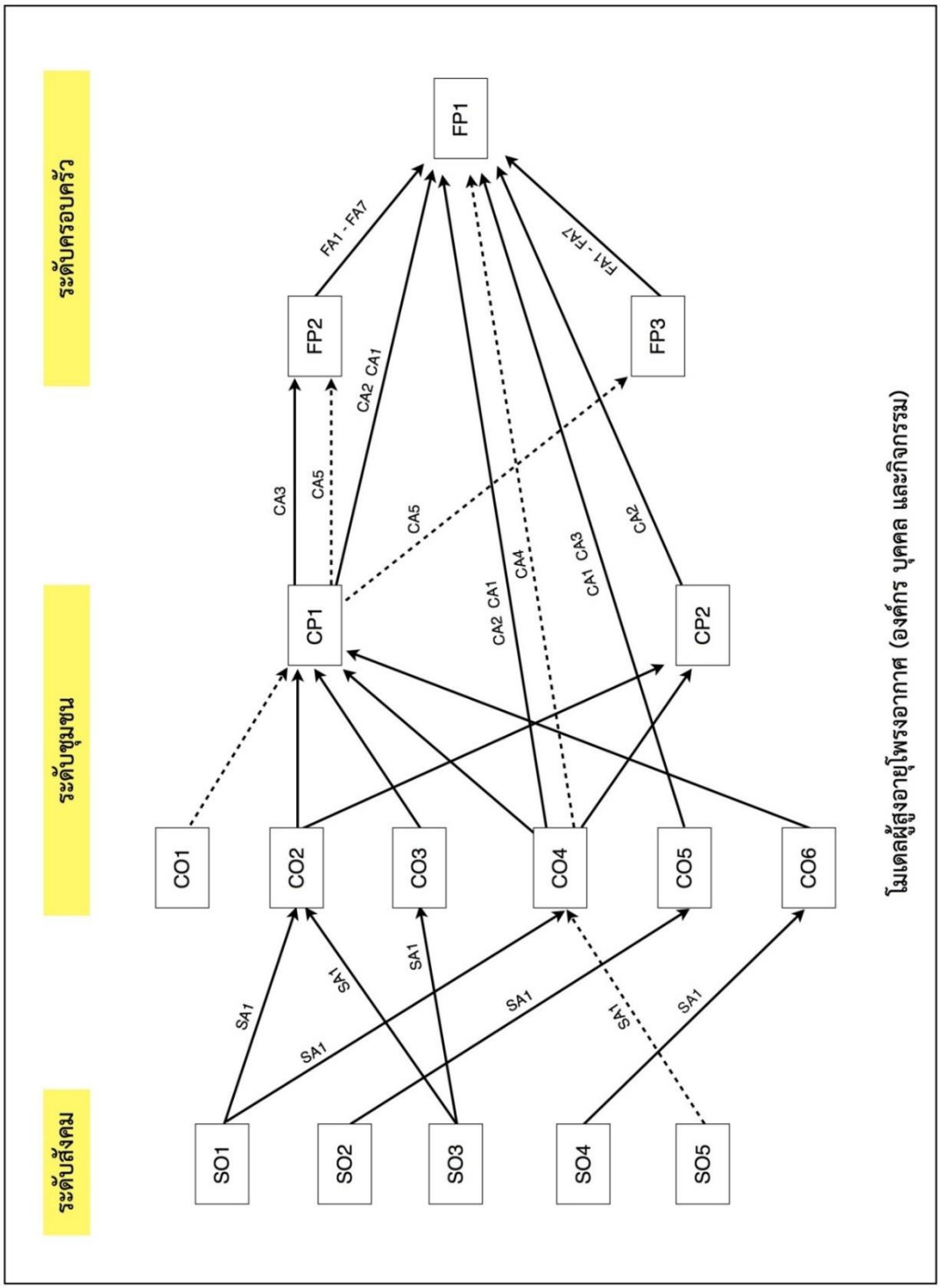
2) วิธีการดูแล และกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อมูลจาก 6 จังหวัดแสดงว่า วิธีการดูแลและกิจกรรม สำหรับผู้สูงอายุควรเน้น 3 เรื่อง คือ การสนับสนุนให้เกิดสังคมของผู้สูงอายุ การมีความรู้ความเข้าใจต่อสุขภาพทางกาย และอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อผส. อสม. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล มีเจตคติที่ดีต่อผู้สงอายุ ต้องการดูแลผู้สูงอายุ และต่อการให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ (ดังภาพประกอบ 1-6 ภาคผนวก ฌ)

5.2.2 ปฏิบัติการสร้างโมเดล (รูปแบบ) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละจังหวัด

ทีมผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยปฏิบัติการ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างรูปแบบและกลไก โดยใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างภาพอนาคตเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลที่ได้มีดังนี้

โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ : รพ.สต.โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา



ภาพประกอบ 5.2 โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ: จ.ฉะเชิงเทรา

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ รพ.สต.โพรงอากาศ จ. ฉะเชิงเทรา

โมเดลนี้แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ คนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มทำกิจกรรมเหมือนกันคือ สังสรรค์/พูดคุยในครอบครัว (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) ทำบุญ ปฏิบัติธรรม (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) เลี้ยงหลาน/เล่นกับเด็ก (FA5) พาท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ (FA6) เล่าเรื่องตลก/ดูรายการบันเทิง (FA7)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ทั้งนี้กลุ่มประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ รพ.สต. (CO2) รพ.จังหวัด (CO3) อบต. (CO4) กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน (CO5) กศน. (CO6) และบุคคลประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ อสม./อผส.(CP1)และเจ้าหน้าที่ อปท. (CP2)

2.1กลุ่มที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อบต. (CO4) และ กศน. (CO6) กิจกรรมที่ อบต. (CO4) ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) และ ให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ (CA2) และกิจกรรมที่ กศน. (CO6) ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) และ กิจกรรมให้ความรู้ (CA3)

2.2 กลุ่มที่ทำกิจกรรมผ่าน อสม./อผส.(CP1) คือ รพ.สต. (CO2) รพ.จังหวัด(CO3) อบต. (CO4) กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน (CO5) และ กศน. (CO6) โดยกิจกรรมที่ทำมากเรียงตามลำดับคือ ให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ (CA2) และกิจกรรมให้ความรู้ (CA3)

2.3 กลุ่มที่ทำกิจกรรมผ่าน เจ้าหน้าที่ อปท. (CP2) คือ รพ.สต. (CO2) อบต. (CO4) กิจกรรมที่ทำคือให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ (CA2)

โดยสรุปกิจกรรมที่ ผู้สูงอายุได้รับจากชุมชนมากที่สุดคือ คือการให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ (CA2) รองลงมาคือ การให้ความรู้ (CA3) และสุดท้ายคือ การทำกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมมีจำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย รัฐบาล (SO1) กระทรวงศึกษาธิการ (SO2) สาธารณสุขจังหวัด (SO3)และ สปสช. (SO4) ทุกกลุ่มไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุโดยตรง

3.1 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน รพสต.(CO2) ประกอบด้วย รัฐบาล (SO1) และ สาธารณสุขจังหวัด (SO3) กิจกรรมทั้งหมดเป็นเรื่องของการให้สวัสดิการและงบประมาณ (SA1)

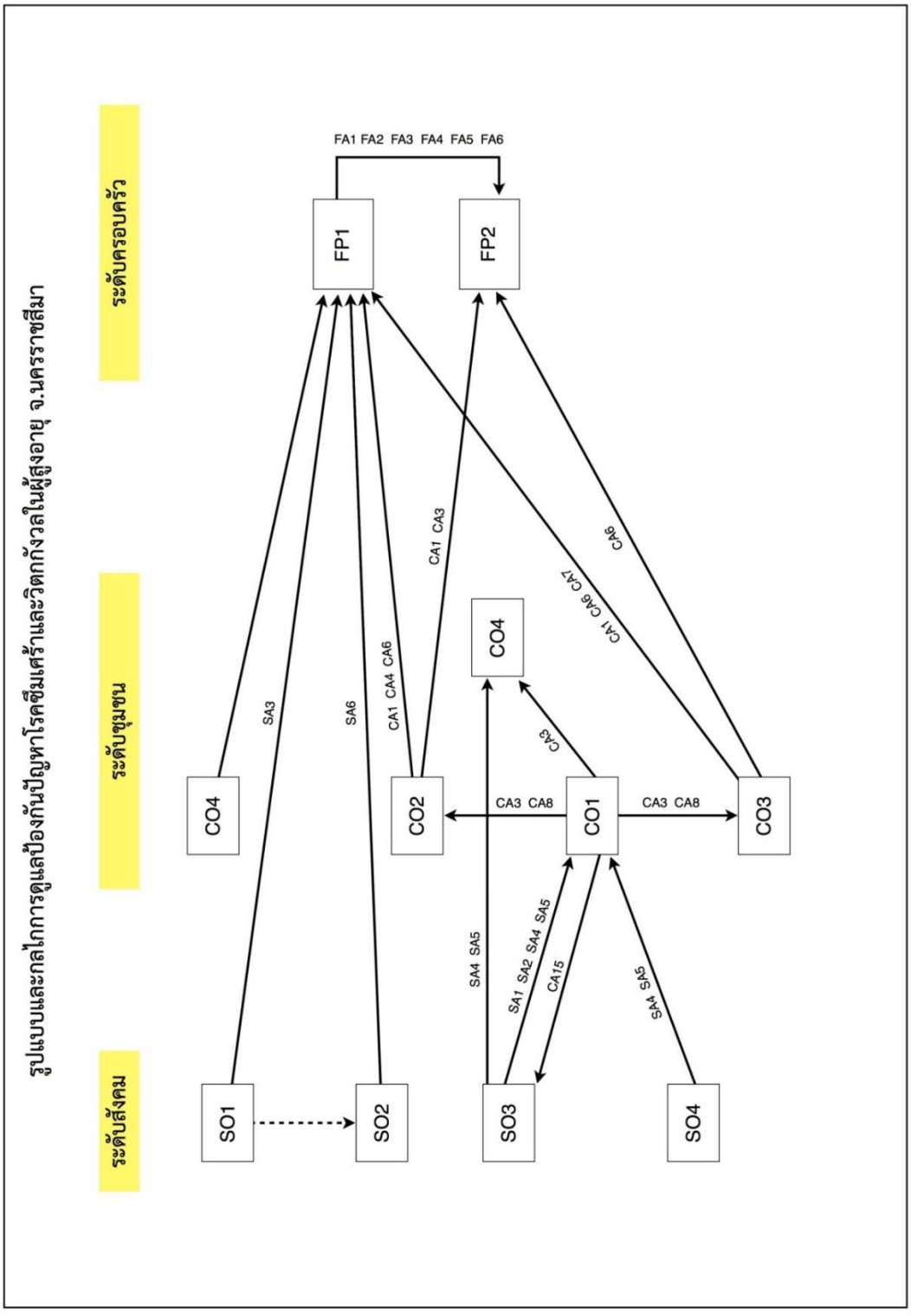
3.2 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน รพ.จังหวัด(CO3) อบต. (CO4) กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน (CO5) และ กศน. (CO6) แห่งละ 1 กิจกรรมคือ การให้สวัสดิการและงบประมาณ (SA1)

โดยสรุปองค์กรในสังคมไม่มีกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ แต่ทำผ่านองค์กรในชุมชนและเป็นกิจกรรมที่เหมือนกันคือการให้สวัสดิการและงบประมาณ (SA1)

ในอนาคตทีมงานของโพรงอากาศมีความตั้งใจที่จะเพิ่มองค์กรทางสังคม 1 องค์กร คือกระทรวง พม. (SO5) โดยการให้สวัสดิการและงบประมาณ (SA1)ไปยังอบต. (CO4) เพื่อทำกิจกรรม อบรมรมอาชีพเสริม (CA4)และเพิ่ม องค์กรในโรงเรียน 1 องค์กรคือ โรงเรียนวัดญาณรังษาราม (CO1)โดยต้องการเพิ่มกิจกรรมคือ กิจกรรมสอนนวดผ่อนคลายในครอบครัว (CA5)

นอกจากนี้ในอนาคต ทีมงานโพรงอากาศต้องการเพิ่มกิจกรรมที่ อสม./อผส.(CP1) ทำกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(FP2) และคนในครอบครัว (FP3) คือกิจกรรมสอนนวดผ่อนคลายในครอบครัว (CA5)

โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ: ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาละวัน จ.นครราชสีมา



ภาพประกอบ 5.3 โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ: ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาละวัน จ.นครราชสีมา

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาละวัน จ.นครราชสีมา

จากโมเดลระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวล จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ระกับสังคม (SO) ระดับชุมชน (CO) และระดับครอบครัว/บุคคล (FP) อธิบายความสัมพันธ์ในแต่ละระดับได้ ดังนี้

1. ระดับบุคคล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ใน (FP1) และผู้ดูแล /ครอบครัวผู้สูงอายุ ใน (FP2) ที่มีกิจกรรมทำร่วมกันเป็นการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การพบปะพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว (FA1) ทำกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การไปทำบุญ การปฏิบัติธรรม (FA2) เลี้ยงหลาน (FA3) ท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ(FA5) ดูโทรทัศน์ร่วมกัน (FA6) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีระดับชุมชน คือ ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ศูนย์กลางประสานงานกับระดับสังคม ได้แก่ 1) สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา (SO1) 2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO2) 3) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (SO3) รับนโยบายและการสนับสนุนมาดำเนินกิจกรรมเชิงรุกให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว

2. ระดับชุมชน คือ ระบบของหน่วยงานที่รับนโยบายและมีความใกล้ชิดกับระดับครอบครัวผู้สูงอายุ (FP1) และ ครอบครัว (FP2) ได้แก่ ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) อาสาสมัครประจาหมู่บ้าน/อสม (CO2) จิตอาสา (CO3) ชมรมผู้สูงอายุ (CO4) และ วัดป่าสาละวัน (SO5) โดยมีการดำเนินงานประสานงานและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังนี้

ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) มีหน้าที่รับนโยบายและเป็นแกนนำขับเคลื่อนงานการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกลไกการดำเนินงานที่สำคัญ คือ กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/อสม (CO2) จิตอาสา (CO3) ชมรมผู้สูงอายุ (CO4) และ วัด (SO5) โดยศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ให้การสนับสนุนในด้านวิชาการ ได้แก่การจัดกิจกรรมการอบรมการดูแลสูงอายุ (CA3) และกิจกรรมและเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ (CA8) ให้แก่ อาสาสมัครประจาหมู่บ้าน(CO2) และกลุ่มจิตอาสา (CO3) นอกจากนี้ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ดำเนินงานการคัดกรองโรคและสุขภาพจิต (CA4) โดยได้รับความร่วมมือจาก กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/อสม (CO2) จิตอาสา (CO3) ช่วยดำเนินการคัดกรองโรคและสุขภาพจิต นอกจากนี้ ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ยังดำเนินกิจกรรมส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคทางกายและมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชสีมา(CA15) โดยผู้สูงอายุจะไม่ต้องมารับใบส่งตัวจากศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวันซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างระบบดูแลระดับสังคมกับระบบชุมชน

กิจกรรมสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว คือ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (CA1) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแบบเชิงรุก โดยทีมในการเยี่ยมบ้านประกอบไปด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล กลุ่มอาสา นักจิตบาบัด นักสังคม นักกายภาพบาบัด อาสาสมัครประจาหมู่บ้าน จิตอาสา โดยเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในทุกมิติและผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าถึงบริการและให้การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง ตามระบบบริการปฐมภูมิ คือ ดูแลแต่แรกทุกเรื่อง/ดูแลต่อเนื่อง/ดูแลเบ็ดเสร็จ/ดูแลแบบผสมผสาน/บริการที่เข้าถึงสะดวก และมีระบบปรึกษาและส่งต่อ โดยมีศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน (CA1) ร่วมกับกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/อสม (CO2) กลุ่มจิตอาสา (CO3)

นอกจากนี้ กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/อสม กลุ่มจิตอาสา (CO3) เป็นกลไกดำเนิน กิจกรรมออกกำลังกาย(CA6) ให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล และกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อ

ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว

ส่วนชมรมผู้สูงอายุ (CO4) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ในชุมชนที่มีความรู้ ความสามารถ และยังมีสุขภาพแข็งแรง รวมกลุ่มดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมจัดดอกไม้ (CA5) เยี่ยมบ้านพักคนชรา (CA9) กิจกรรมออกกาลังกาย(CA6) กิจกรรมทัศนศึกษา (CA14) ส่วนกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเอง (CA3) ชมรมผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ (CO4) ประสานขอความร่วมมือและสนับสนุนบุคลากร (SA5) และทรัพยากร ต่างๆ จากศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) และโรงพยาบาลมาหาราชสีมา

ระดับชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและครอบครัวอีกกลุ่มหนึ่ง คือ วัด เป็นชุมชนที่มีความสำคัญเป็นสถานที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้สูงอายุและคนอื่นในชุมชน มีกลไกขับเคลื่อนกิจกรรมทางศาสนา คือ พระภิกษุ/แม่ชี เช่น กิจกรรมสวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญวันสำคัญทางศาสนา นอกจากนี้ พระภิกษุยังเข้าร่วมกิจกรรมเยี่ยมบ้านกับศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ในการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงสูงอายุในบางรายที่มีความท้อท้อทางจิตใจ/ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

3. ระดับสังคม คือ ระบบของหน่วยงานที่ให้นโยบายการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวล

ให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล ได้กล่าวถึงหน่วยงานระดับสังคม 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา (SO1) 2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO2) 3) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (SO3) และ 4) ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ (SO4) มีระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังนี้

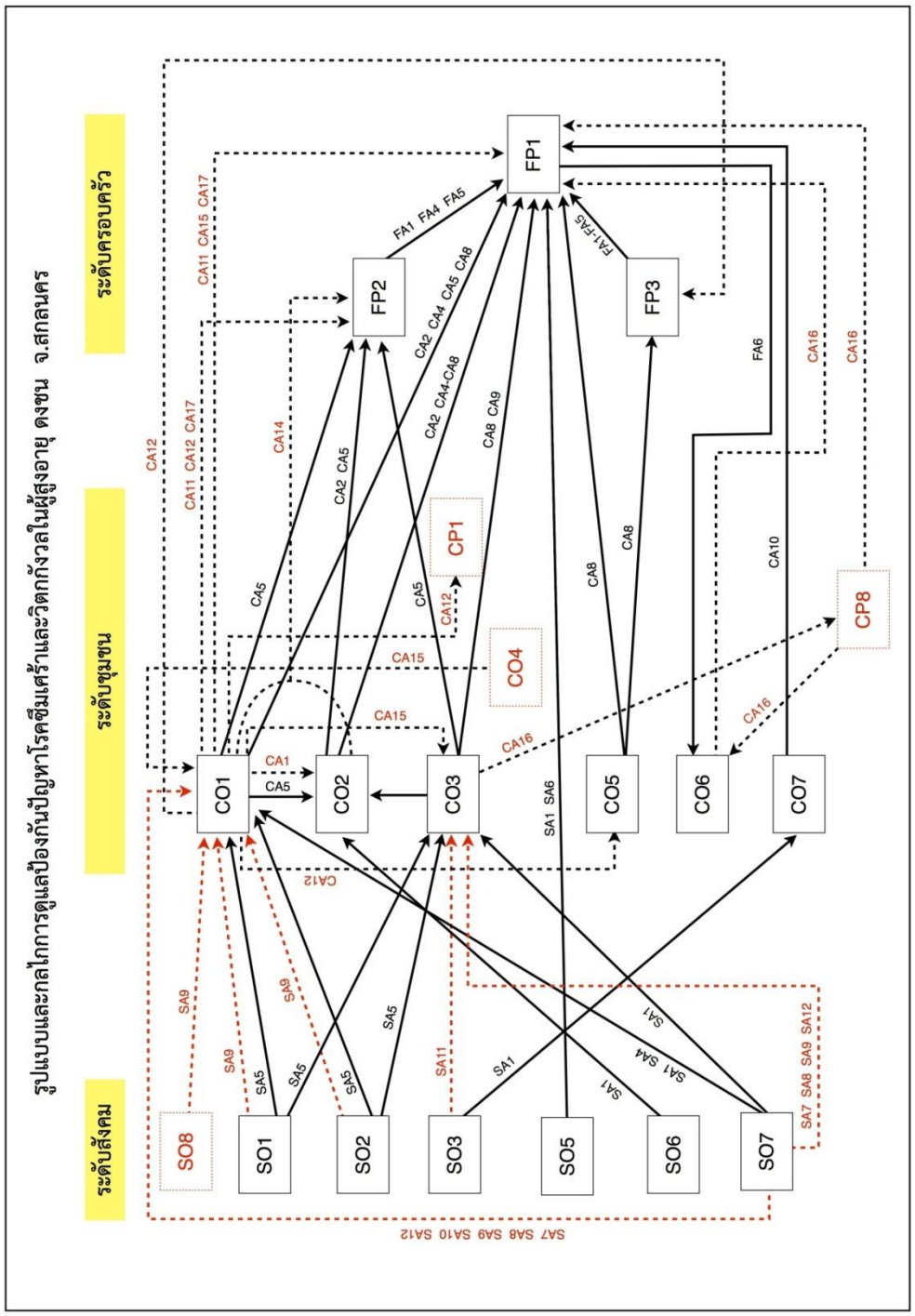
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (SO3) เป็นหน่วยงานระดับสังคมที่รับนโยบายสุขภาพและงบประมาณจากกระทรวงสาธารณะสุขไปสู่ชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมี ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) เป็นเครือข่ายรับนโยบายและงบประมาณ ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับชุมชนเป็นระบบและกลไกไปบริหารจัดการงานตามนโยบายที่ได้รับ นอกจากนี้โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (SO3) ยังให้การสนับสนุนในด้านความรู้ทางวิชาการ (SA4) และการสนับสนุนบุคลากร (SA5) เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบาบัด อีกด้วย การสนับสนุนดังกล่าวก่อให้เกิดงานการดูแลผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary)

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO2) และ สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา (SO1) เป็นหน่วยงานระดับสังคมทำงานประสานกัน ในเรื่องการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น อวัยวะเทียม รถเข็น และอุปกรณ์อื่นที่มีความเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนการประสานงาน ดังนี้สำนักงานเทศบาลนครราชสีมารับเรื่องและดำเนินการแจ้งสิทธิผู้สูงอายุไปยังกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO2) ๆ ตรวจสอบและอนุมัติ อวัยวะเทียม รถเข็น และอุปกรณ์อื่นที่มีความเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (SA6) นอกจากนี้สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา (SO1) เป็นหน่วยงานระดับสังคมที่รับผิดชอบดำเนินงานเรื่องสิทธิและจ่ายเงินเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ (FP1)

ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ (SO4) เป็นหน่วยงานระดับสังคม สนับสนุนเรื่องการให้ความรู้ต่างๆ (SA4) เช่น อาชีพอิสระ และความรู้ต่างที่ผู้สูงอายุมีความสนใจ โดยให้การสนับสนุน องค์ความรู้ และบุคลากร (SA5) โดยมีการดำเดินงานร่วมมือกับศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ในการจัดกิจกรรมจัดดอกไม้(CA5) การสอนอาชีพอิสระ (CA12)

ในอนาคตกลุ่มผู้ให้ข้อมูลของนครราชสีมา มีความตั้งใจเข้าไปประสานงานขอความรู้มือจากโรงเรียน ซึ่งเป็นระดับชุมชม ให้โรงเรียนมีส่วนร่วมการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ผู้สูงอายุร่วมมีบทบาทในการเรียนการสอนนักเรียนเช่น ศิลปวัฒนธรรม ทักษะชีวิต การประกอบอาชีพอิสระ และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีระหว่างนักเรียนกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวของวัยที่ต่างกัน

โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ: รพ.สต.บ้านแมด จ.สกลนคร



ภาพประกอบ 5.4 โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ: รพ.สต.บ้านแมด จ.สกลนคร

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ รพ.สต.บ้านแมด จ.สกลนคร

โมเดลนี้แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ คนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มทำกิจกรรมคล้ายกันคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) ทำกิจกรรม ปลูกต้นไม้ ดายหญ้า (FA1) เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน (FA4) และเข้าวัดปฏิบัติธรรม (FA5) ส่วนคนในครอบครัว (FP3) ทำกิจกรรมปลูกต้นไม้ ดายหญ้า (FA1) เดินไปส่งลูกหลานไปโรงเรียน (FA2) ทำอาชีพเสริมที่บ้าน (FA3) เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน (FA4) และเข้าวัดปฏิบัติธรรม (FA5)

ทั้งนี้ มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมย้อนกลับไปยังโรงเรียน (CO6) โดยตรงด้วย คือกิจกรรมผู้สูงอายุถ่ายทอดภูมิปัญญา (FA16)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ทั้งนี้กลุ่มประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ รพ.สต. (CO1) กลุ่ม อสม. (CO2) อบต. (CO3) วัด (CO5) โรงเรียน (CO6) อพม. (CO7) และบุคคลอีก 1 กลุ่ม คือหมอเหยา (CP1)

2.1กลุ่มที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รพ.สต. (CO1) กลุ่ม อสม. (CO2) อบต. (CO3) วัด (CO5) และ อพม. (CO7) โดยที่

กิจกรรมที่ รพ.สต. (CO1) ทำคือ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (CA2) จัดกิจกรรมสุขภาพ (CA4) อบรมให้ความรู้ (CA5) กิจกรรมตามประเพณี (CA8)

กิจกรรมที่ กลุ่ม อสม. (CO2) ทำคือ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (CA2) จัดกิจกรรมสุขภาพ (CA4) อบรมให้ความรู้ (CA5) จัดกิจกรรมออกกำลังกาย (CA6) ธนาคารสุขภาพ (CA7) กิจกรรมตามประเพณี (CA8)

กิจกรรมที่ อบต. (CO3) ทำคือ กิจกรรมตามประเพณี (CA8) ธนาคารขยะ (CA9)

กิจกรรมที่ วัด (CO5) ทำคือ กิจกรรมตามประเพณี (CA8)

กิจกรรมที่ อพม. (CO7) ทำคือ งบกู้ยืม (CA10)

โดยสรุปกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับจากชุมชนมากที่สุดคือ คือ อบรมให้ความรู้ให้ผู้ดูแล (CA5) รองลงมาคือ กิจกรรมตามประเพณี (CA8) และลำดับสุดท้ายคือ งบกู้ยืม (CA10)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมมีจำนวน 6 กลุ่ม ประกอบด้วย สสจ. (SO1) สสอ. (SO2) กระทรวง พม. (SO3) สโมสรโรตารี (SO5) สสส. (SO6) สปสช. (SO7)

3.1 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ คือ สโมสรโรตารี (SO5) โดยกิจกรรมที่ทำคือ บริหารงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ (SA1) และ การฝังเข็ม (SA6)

3.2 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน รพ.สต. (CO1) และ กลุ่ม อสม. (CO2) ประกอบด้วย สสจ. (SO1) และ สสอ. (SO2) กิจกรรมทั้งหมดเป็นเรื่องของการจัดอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ (SA5)

3.2 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน รพ.สต. (CO1) และ อบต. (CO3) คือ สปสช. (SO7) โดยทำกิจกรรม บริหารงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ (SA1) และการตัดแว่นตาฟรี (SA4)

3.3 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน กลุ่ม อสม. (CO2) และ อพม. (CO7) แห่งละ 1 กิจกรรม กิจกรรมทั้งหมดเป็นเรื่องของการบริหารงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ (SA1)

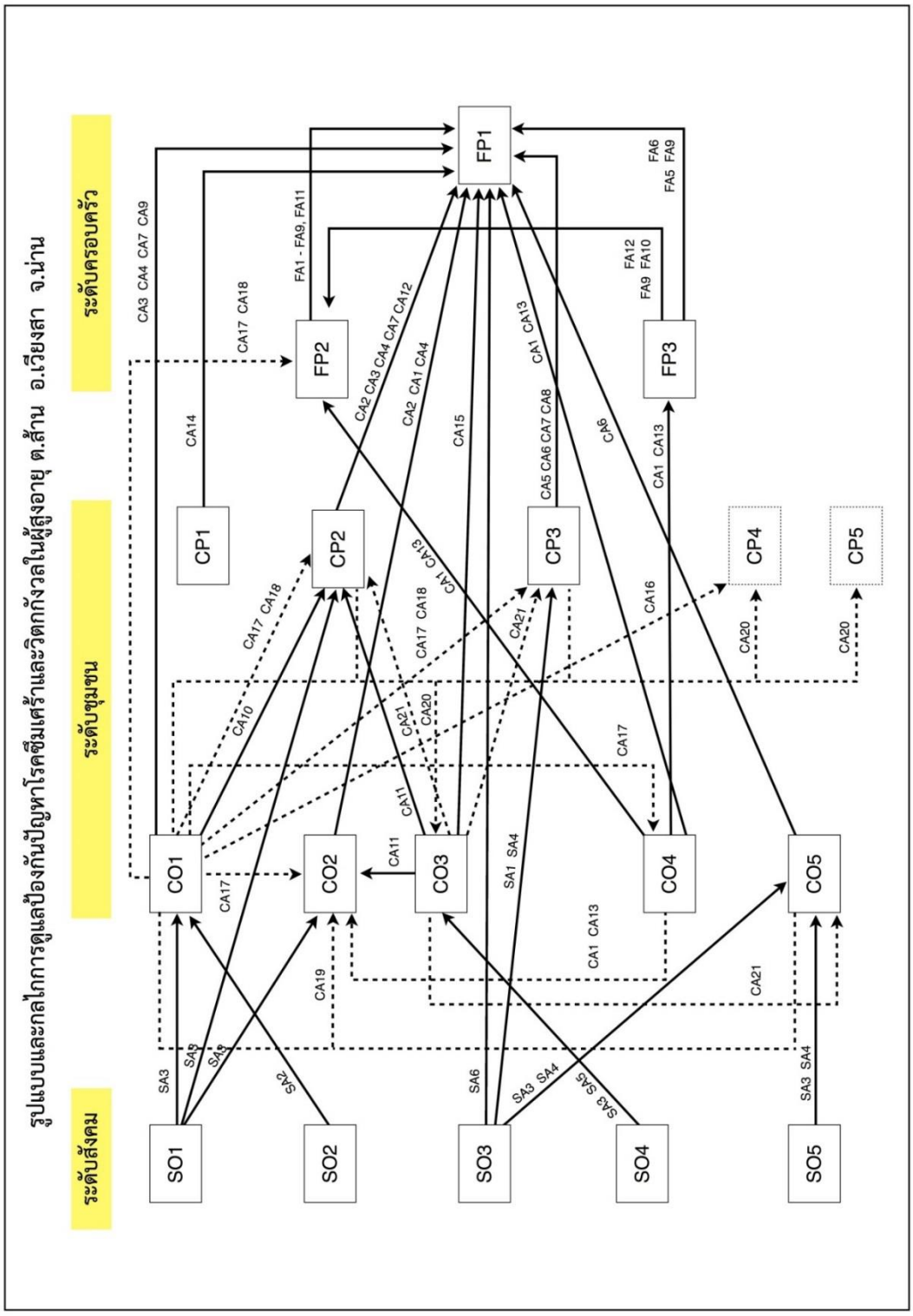
โดยสรุปองค์กรในสังคมมีกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ และทำผ่านองค์กรในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เหมือนกันคือการบริหารงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ (SA1) และการจัดอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ (SA5)

ในอนาคตทีมงานของดงชน จ.สกลนครมีความตั้งใจที่จะเพิ่มองค์กรทางสังคม 1 องค์กร คือ โรงพยาบาลจังหวัด (SO8) โดยเป็นผู้จัดกิจกรรมอบรมการให้คำปรึกษาแก่ อสม. (SA9) ไปยัง รพ.สต. (CO1) เพื่อทำกิจกรรม ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้ (CA11) อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และหมอเหยา (CA12) สร้างแผนและการประเมินผล (CA15) และสร้างความเข้มแข็งในครอบครัวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CA17)

และเพิ่ม องค์กรระดับชุมชน 2 องค์กร ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน (CO4) และ สภาเด็ก (CO8) โดยต้องการเพิ่มกิจกรรมที่ดำเนินการให้กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน (CO4) คือ สร้างแผนและการประเมินผล (CA15) และเพิ่มกิจกรรมที่ดำเนินการโดย อบต. (CO3) ผ่านสภาเด็ก (CO8) คือ การจัดกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติในการดูแลผู้สูงอายุ (CA16)

นอกจากนี้ในอนาคต ทีมงานดงชน จ.สกลนคร ต้องการเพิ่มกิจกรรมที่ รพ.สต. (CO1) ร่วมกับ กลุ่ม อสม. (CO2) ทำกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) คือ กิจกรรมสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ (ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ) (CA14) และต้องการเพิ่มกิจกรรมที่ รพ.สต. (CO1) ทำกับ คนในครอบครัว (FP3) คือกิจกรรมอบรมให้ความรู้ (CA12)

โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ: รพ.สต.ส้าน จ.น่าน



ภาพประกอบ 5.5 โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ: รพ.สต.ส้าน จ.น่าน

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ รพ.สต.ส้าน จ.น่าน

โมเดลนี้แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องได้ดังต่อไปนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3)

1.1 บุคคลในครอบครัวทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3)

- กิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) ทำ มี 10 กิจกรรม คือ แลกเปลี่ยนความรู้กันเอง (FA1) ศาสนาและจิตวิญญาณ ได้แก่ พาไปวัด ทำบุญ ทำพิธีเรียกขวัญ และพิธีสืบชะตา (FA2) พาไปหาหมอและจัดยาให้ทาน (FA3) ทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ ปลูกผักสวนครัวและเลี้ยงเป็ด (FA4) ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การยกย่อง เชิดชูผู้สูงอายุ (FA5) จัดอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ (FA6) พาไปเที่ยว (FA7) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น พาไปส่ง ชักชวนให้ไป (FA8) ให้เงินและสิ่งอำนวยความสะดวก (FA9) และ ช่วยทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนแพมเพิส พาออกกำลังกาย (FA11)

- กิจกรรมที่คนในครอบครัว (FP3) ทำจะมีเพียง 3 กิจกรรม คือ ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การยกย่อง เชิดชูผู้สูงอายุ (FA5) ให้เงินและสิ่งอำนวยความสะดวก (FA9) และจัดอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ (FA6) โดยทำ FA6 เป็นครั้งคราว

1.2 บุคคลในครอบครัวทำกิจกรรมผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) คือ คนในครอบครัว (FP3) โดยกิจกรรมที่ทำ คือ ให้เงินและสิ่งอำนวยความสะดวก (FA9) ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นคุณค่าในตนเอง (FA10) และ ช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น งานบ้าน (FA12)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน กลุ่มในชุมชนประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล (CO3) วัด (CO4) และ เครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) ส่วนบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย คนในชุมชน (CP1) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3)

2.1 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล (CO3) วัด (CO4) และ เครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5)

- กิจกรรมที่ รพ.สต. /รพช. (CO1) ทำคือ จัดอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ (CA3) เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพกายและจิต (CA4) คัดกรองโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล เช่น แบบคัดกรอง 2Q และ 9Q (CA7) และรักษาผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล เช่น มีอาการนอนไม่หลับก็จะมียาต้านเศร้าและมีการให้คำปรึกษาร่วมด้วย (CA9)

- กิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) ทำคือ วัฒนธรรมและศาสนพิธี ได้แก่ รดน้ำดำหัว เรียกขวัญและสืบชะตา (CA1) กีฬา ท่องเที่ยว และนันทนาการ (CA2) และเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพกายและจิต (CA4)

- กิจกรรมที่อบต. / เทศบาล (CO3) ทำคือ ให้เบี้ยยังชีพ (CA15)

- กิจกรรมที่วัด (CO4) ทำคือ วัฒนธรรมและศาสนพิธี ได้แก่ รดน้ำดำหัว เรียกขวัญและสืบชะตา (CA1) และ บำบัดจิตใจและจิตวิญญาณโดยใช้ศาสนา (ธรรมะ) (CA13)

- กิจกรรมที่เครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) ทำคือ เยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจความต้องการและให้ความช่วยเหลือ (CA6)

2.2 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และผ่านคนในครอบครัว (FP3) คือ อบต. / เทศบาล (CO3) และ วัด (CO4)

- กิจกรรมที่วัด (CO4) ทำ คือ วัฒนธรรมและศาสนพิธี ได้แก่ รดน้ำดำหัว เรียกขวัญและสืบชะตา (CA1) และ บำบัดจิตใจและจิตวิญญาณโดยใช้ศาสนา (ธรรมะ) (CA13)

2.3 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมผ่านอสม. (CP2) คือ รพ.สต. /รพช. (CO1) และ อบต. / เทศบาล (CO3)

- กิจกรรมที่ รพ.สต. /รพช. (CO1) ทำ คือ ให้นโยบายเรื่องการจัดอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพกายและจิต คัดกรองโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ส่งต่อผู้ที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA10)

- กิจกรรมที่ อบต. / เทศบาล (CO3) ทำคือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (CA11)

2.4 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมผ่านกลุ่มในชุมชนด้วยกัน

- กิจกรรมที่อบต. / เทศบาล (CO3) ทำ คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (CA11) แก่ ชมรมผู้สูงอายุ (CO2)

2.5 บุคคลในชุมชนที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ คนในชุมชน (CP1) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3)

- กิจกรรมที่คนในชุมชน (CP1) ทำคือ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่ดีต่อกัน (CA14)

- อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) ทำคือ กีฬา ท่องเที่ยว และนันทนาการ (CA2) จัดอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ (CA3) เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพกายและจิต (CA4) คัดกรองโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล เช่น แบบคัดกรอง 2Q และ 9Q (CA7) และ ให้บริการตรวจสุขภาพและปฐมพยาบาล (CA12)

- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3) ทำคือ ซ่อมแซมบ้าน (CA5) เยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจความต้องการและให้ความช่วยเหลือ (CA6) คัดกรองโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล เช่น แบบคัดกรอง 2Q และ 9Q (CA7) และ ส่งต่อผู้ที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA8)

โดยสรุป กลุ่มในชุมชนมีทั้งที่ทำกิจกรรมทั้งโดยตรงต่อผู้สูงอายุและโดยผ่านกลุ่มหรือบุคคลอื่น กล่าวคือ กลุ่มในชุมชนที่ทำเฉพาะกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ คือ ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) เครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) และกลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมทั้งโดยตรงต่อผู้สูงอายุและโดยผ่านกลุ่มหรือบุคคลอื่น คือ รพ.สต. /รพช. (CO1) อบต. / เทศบาล (CO3) วัด (CO4) สำหรับบุคคลในชุมชนจะมีที่ทำเฉพาะกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ คือ คนในชุมชน (CP1) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3) ผู้สูงอายุจะได้รับกิจกรรมจากกลุ่มและบุคคลในชุมชนมากที่สุด คือ วัฒนธรรมและศาสนพิธี ได้แก่ รดน้ำดำหัว เรียกขวัญและสืบชะตา (CA1) และผู้สูงอายุจะได้รับกิจกรรมจากกลุ่มและบุคคลในชุมชนน้อยที่สุด มีอยู่ด้วยกัน 7 กิจกรรม คือ ซ่อมแซมบ้าน (CA5) ส่งต่อผู้ที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA8) รักษาผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล เช่น มีอาการนอนไม่หลับก็จะมียาต้านเศร้าและมีการให้คำปรึกษาร่วมด้วย (CA9) ให้งบประมาณทำโครงการ

ส่งเสริมสุขภาพ (CA11) ให้บริการตรวจสุขภาพและปฐมพยาบาล (CA12) ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่ดีต่อกัน (CA14) และ ให้เบี้ยยังชีพ (CA15)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) กระทรวงสาธารณสุข (SO2) กระทรวง พม./พมจ. (SO3) กระทรวงมหาดไทย (SO4) และ เอกชน ได้แก่ สสส. กองทุนโลก และมูลนิธิต่างๆ เช่น บ้านเซเวียร์ (SO5)

3.1 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ คือ กระทรวง พม./พมจ. (SO3) กิจกรรมที่ทำ คือ ให้เงินกู้ไม่มีดอกเบี้ย (SA6)

3.2 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่าน รพ.สต. /รพช. (CO1) คือ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) และ กระทรวงสาธารณสุข (SO2)

- กิจกรรมที่กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) ทำ คือ ให้งบประมาณในการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) โดย รพ.สต. /รพช. (CO1) เขียนโครงการไปขอสนับสนุนงบประมาณได้โดยตรง

- กิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุข (SO2) ทำ คือ มอบนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (SA2)

3.3 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ (CO2) คือ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) กิจกรรมที่ทำ คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) โดยชมรมผู้สูงอายุ (CO2) เขียนโครงการไปขอสนับสนุนงบประมาณได้โดยตรง

3.4 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านอบต./เทศบาล (CO3) คือ กระทรวงมหาดไทย (SO4) กิจกรรมที่ทำ คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) และ ให้เบี้ยยังชีพ (SA5)

3.5 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านเครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) / สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) (SO3) และ เอกชน ได้แก่ สสส. กองทุนโลก และมูลนิธิต่างๆ เช่น บ้านเซเวียร์ (SO5)

- กิจกรรมที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) / สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) (SO3) ทำ คือ ให้งบประมาณในการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) และให้เงินช่วยเหลือครอบครัว (SA4)

- กิจกรรมที่เอกชน ได้แก่ สสส. กองทุนโลก และมูลนิธิต่างๆ เช่น บ้านเซเวียร์ (SO5) ทำ คือ ให้งบประมาณในการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) และให้เงินช่วยเหลือครอบครัว (SA4)

3.6 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) คือ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) กิจกรรมที่ทำ คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3)

3.7 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3) คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) / สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) (SO3) กิจกรรมที่ทำ คือ แจกสิ่งของ (SA1) และให้เงินช่วยเหลือครอบครัว (SA4)

โดยสรุป กลุ่มในสังคมมีทั้งที่ทำกิจกรรมทั้งโดยตรงต่อผู้สูงอายุและโดยผ่านกลุ่มหรือบุคคลอื่น กล่าวคือ กลุ่มในสังคมที่ทำกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ คือ กระทรวง พม./พมจ. (SO3) ในขณะเดียวกัน กระทรวง พม./พมจ. (SO3) ก็ทำกิจกรรมโดยผ่านกลุ่มและบุคคลอื่น สำหรับกลุ่มในสังคมที่ทำกิจกรรมเฉพาะผ่านกลุ่มหรือบุคคลอื่น คือ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) กระทรวงสาธารณสุข (SO2) กระทรวงมหาดไทย (SO4) และ เอกชน ได้แก่ สสส. กองทุนโลก และมูลนิธิต่างๆ เช่น บ้านเซเวียร์ (SO5) ผู้สูงอายุจะได้รับกิจกรรมจากกลุ่มและบุคคลในสังคมมากที่สุด คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) รองลงมา คือ ให้เงินช่วยเหลือ

ครอบครัว (SA4) และน้อยที่สุด มีอยู่ด้วยกัน 4 กิจกรรม คือ แจกสิ่งของ (SA1) มอบนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (SA2) ให้เบี้ยยังชีพ (SA5) และ ให้เงินกู้ไม่มีดอกเบี้ย (SA6)

ในอนาคตทีมงานของส้านมีความตั้งใจที่จะเพิ่มบุคคลในชุมชน 2 กลุ่ม คือ ผู้ใหญ่บ้าน (CP4) และคนที่มีจิตอาสาในชุมชน (CP5) และเพิ่มกิจกรรมไปสู่กลุ่มและบุคคลอื่น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- รพ.สต. /รพช. (CO1) ทำกิจกรรมอบรมให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรควิตกกังวลและความซึมเศร้า (CA16) แก่ผู้ใหญ่บ้าน (CP4)

- รพ.สต. /รพช. (CO1) ทำกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความรู้และการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลและความซึมเศร้า การคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคดังกล่าว (CA17) แก่กลุ่ม อสม. (CP2) อผส. /อพม. (CP3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ (CO2) และวัด (CO4)

- รพ.สต. /รพช. (CO1) อบรมให้ทีม (อสม.(CP2) อผส. /อพม. (CP3) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) มีสุขภาพจิตที่ดีโดยการออกกำลังกาย (CA18) ให้ดูแล้วเราไม่ใช่คนอ่อนแอคนขี้โรค

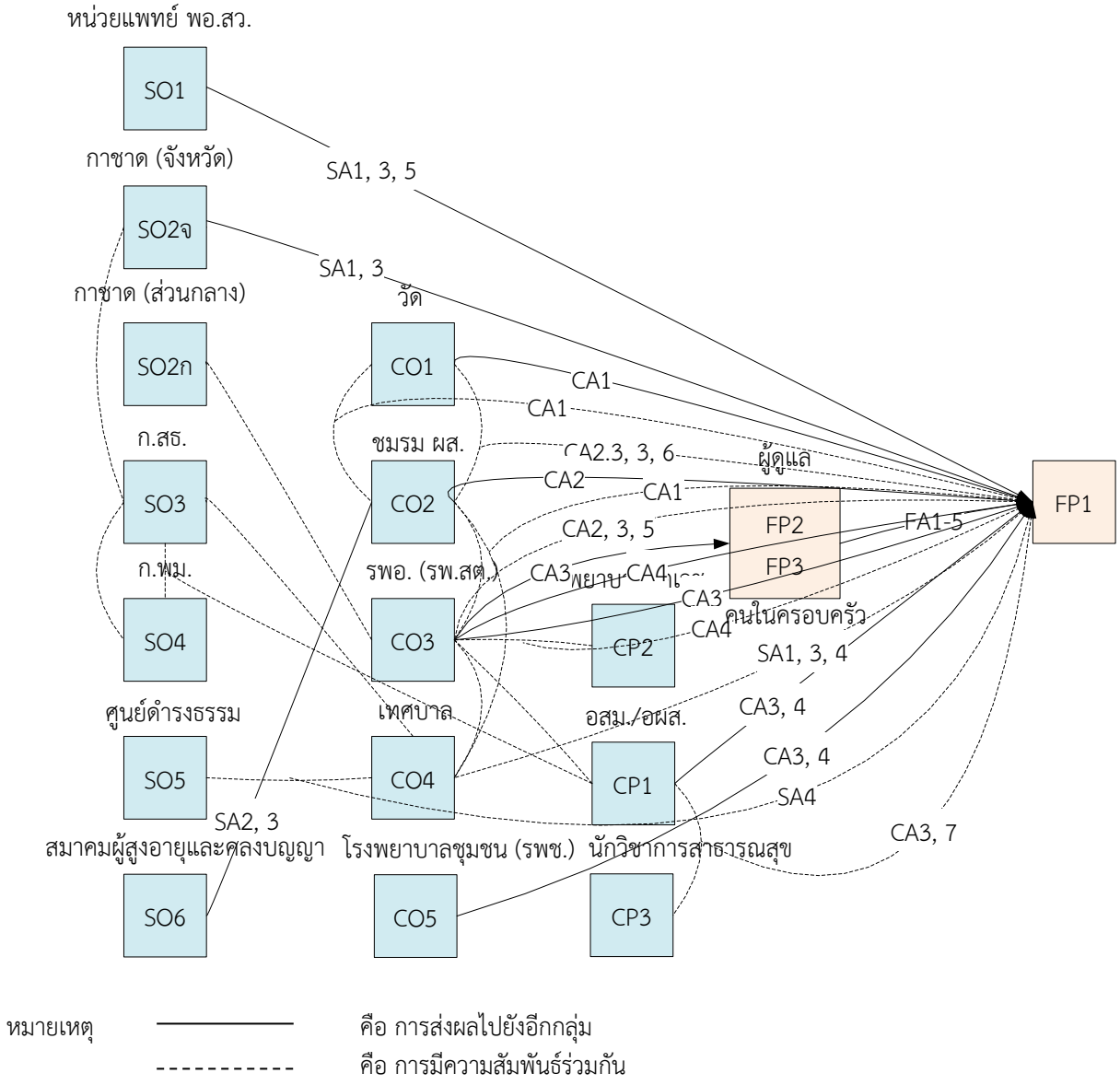
- รพ.สต./รพช. (CO1) และเครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) สร้างแกนนำผู้สูงอายุ (คนในชมรมผู้สูงอายุ) (CO2) ให้มีศักยภาพในการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยร่วมกันจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแกนนำในเรื่องการให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง (CA19)

- วัด (CO4) สร้างแกนนำผู้สูงอายุ (คนในชมรมผู้สูงอายุ) (CO2) ให้มีศักยภาพในการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยวัดให้ธรรมะ ศาสนพิธี (CA1) และดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (CA13)

- อบต. (CO3) ตั้งงบประมาณในการขับเคลื่อนเรื่องงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลและความซึมเศร้า (CA21) ให้แก่ อสม. (CP2) อผส./ อพม. (CP3) และเครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5)

- อสม. (CP2) อผส. / อพม. (CP3) และรพ.สต./รพช. (CO1) ร่วมกันจัดเวทีพูดคุย รับรู้ปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขร่วมกันเกี่ยวกับโรควิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (CA20) โดยการเชิญผู้ใหญ่บ้าน (CP4) อบต. (CO3) และคนที่มีจิตอาสาในหมู่บ้าน (CP5) เพื่อให้ผู้ใหญ่บ้าน อบต. และคนที่มีจิตอาสาในหมู่บ้านเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนในการขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ: โรงพยาบาลบางแพ จ.ราชบุรี



หมายเหตุ ———— คือ การส่งผลไปยังอีกกลุ่ม

---------- คือ การมีความสัมพันธ์ร่วมกัน

ภาพประกอบ 5.6 โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ: โรงพยาบาลบางแพ จ.ราชบุรี

คำอธิบายสัญลักษณ์ในภาพประกอบ มีดังนี้

<u>กิจกรรม</u>

SA1 = เยี่ยมบ้าน
SA2 = อบรมให้ความรู้ (สังคม)
SA3 = แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ
SA4 = แก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน
SA5= รักษา

FA1 = แลกเปลี่ยนความรู้กันเองกับผู้สูงอายุ
FA2 = พาผู้สูงอายุไปวัดทำบุญ
FA3 = พาผู้สูงอายุไปหาหมอ
FA4 = พาผู้สูงอายุไปเที่ยว
FA5 = ดูหนังฟังเพลงร่วมกันกับผู้สูงอายุ

CA1 = วัฒนธรรม/ศาสนา
CA2 = สังคม (ผ่านชมรม)
2.1 เยี่ยมบ้าน
2.2 จัดงานวันเกิด
2.3 ศึกษาดูงาน
CA3= อบรมให้ความรู้ (ชุมชน)
CA4 = คัดกรองและถ่ายโอนผู้ป่วย (Refer)
CA5 = เบี้ยยังชีพ
CA6 = แจกเงิน
CA7 = ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา ฟื้นฟู

คำอธิบาย โมเดล โรงพยาบาลบางแพ จ.ราชบุรี

การศึกษาเพื่อแสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรม ส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องและแสดงโมเดลได้ดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ คนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มทำกิจกรรมเหมือนกันคือ แลกเปลี่ยนความรู้กันเองกับผู้สูงอายุ (FA1) พาผู้สูงอายุไปวัดทำบุญ (FA2) พาผู้สูงอายุไปหาหมอ (FA3) พาผู้สูงอายุไปเที่ยว (FA4) และดูหนังฟังเพลงร่วมกันกับผู้สูงอายุ (FA5)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ วัด (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) เทศบาล (CO4) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) (CO5) บุคคลประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ อสม./อผส. (CP1) พยาบาลจิตเวช (CP2) และนักวิชาการสาธารณสุข (CP3)

2.1 กลุ่มที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ด้วยการทำงานกลุ่มเดียว ประกอบด้วย วัด (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) และรพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) พบว่า กิจกรรมที่วัด (CO1) ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) กิจกรรมที่ชมรม (CO2) ทำคือ กิจกรรมทางสังคม (ผ่านชมรม) (CA2) ได้แก่ เยี่ยมบ้าน (CA2.1) จัดงานวันเกิด (CA2.2) ศึกษาดูงาน (CA2.3) กิจกรรมที่ รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) ทำคือ คัดกรองและถ่ายโอนผู้ป่วย (Refer) (CA4) และกิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) (CO5) ทำคือ อบรมให้ความรู้ (CA3) และคัดกรองและถ่ายโอนผู้ป่วย (Refer) (CA4)

2.2 กลุ่มที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ด้วยความร่วมมือกันของกลุ่มต่างๆ ประกอบด้วยการทำงานร่วมกันของ 2 กลุ่ม คือ วัด (CO1) และชมรมผู้สูงอายุ (CO2) กิจกรรมที่ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) ส่วน รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) และพยาบาลจิตเวช (CP2) กิจกรรมที่ทำคือ คัดกรองและถ่ายโอนผู้ป่วย (Refer) (CA4) ด้านนักวิชาการสาธารณสุข (CP3) และอสม./อผส. (CP1) กิจกรรมที่ทำคือ อบรมให้ความรู้ (CA3) และส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษา ฟื้นฟู (CA7)

สำหรับการทำงานร่วมกันของ 3 กลุ่ม คือ วัด (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) และเทศบาล (CO4) กิจกรรมที่ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) ส่วนการทำงานร่วมกันของชมรมผู้สูงอายุ (CO2) รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) และเทศบาล (CO4) กิจกรรมที่ทำคือ กิจกรรมทางสังคม (ผ่านชมรม) (CA2) ได้แก่ เยี่ยมบ้าน (CA2.1) จัดงานวันเกิด (CA2.2) ศึกษาดูงาน (CA2.3) อบรมให้ความรู้ (CA3) และแจกเบี้ยยังชีพ (CA5)

โดยสรุปกิจกรรมที่ ผู้สูงอายุได้รับจากชุมชนมากที่สุดคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) รองลงมาคือ กิจกรรมทางสังคม (ผ่านชมรม) (CA2) ได้แก่ เยี่ยมบ้าน (CA2.1) จัดงานวันเกิด (CA2.2) ศึกษาดูงาน (CA2.3) และสุดท้ายคือคัดกรองและถ่ายโอนผู้ป่วย (Refer) (CA4)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม ประกอบด้วย 6กลุ่ม ได้แก่ หน่วยแพทย์ พอ.สว. (SO1) สภากาชาดจังหวัด (SO2จ) สภากาชาดส่วนกลาง (SO2ก) กระทรวงสาธารณสุข (SO3) กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4) ศูนย์ดำรงธรรม (SO5) และสมาคมผู้สูงอายุและคลังปัญญา (SO6)

3.1 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ด้วยการทำงานกลุ่มเดียว ประกอบด้วยหน่วยแพทย์ พอ.สว. (SO1) และสภากาชาดจังหวัด (SO2จ) กิจกรรมที่หน่วยแพทย์ พอ.สว. (SO1) ทำคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3) และรักษา (SA5) และกิจกรรมที่สภากาชาดจังหวัด (SO2จ) ทำคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) และแจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3)

3.2 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ (CO2) ประกอบด้วยสมาคมผู้สูงอายุและคลังปัญญา (SO6) กิจกรรมที่ทำคืออบรมให้ความรู้ (สังคม) (SA2) และแจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3)

3.3 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านรพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) ประกอบด้วย กาชาด (ส่วนกลาง) (SO2ก) ทำกิจกรรมผ่านไปยังอสม./อผส. (CP1) และพยาบาลจิตเวช (CP2) ซึ่งมีกิจกรรมที่ทำคือ อบรมให้ความรู้ (SA2 และ CA3)

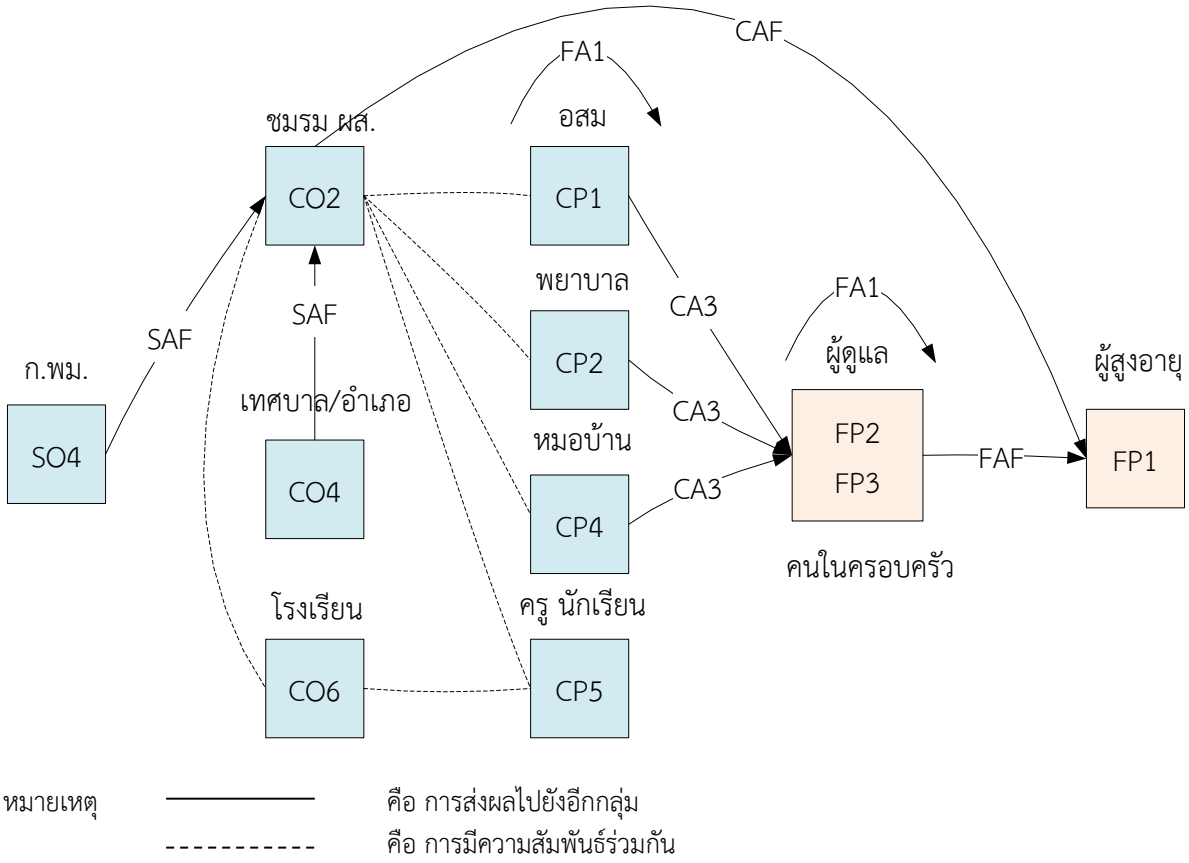
3.4 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านเทศบาล (CO4) คือ ศูนย์ดำรงธรรม (SO5) ซึ่งมีกิจกรรมที่ทำคือ การแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน (SA4)

นอกจากนี้ ยังมีการทำงานร่วมกันของกลุ่มต่างๆ ที่ทำกิจกรรมผ่านเทศบาล (CO4) ประกอบด้วยสภากาชาดส่วนกลาง (SO2ก) กระทรวงสาธารณสุข (SO3) กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4) กิจกรรมที่ทำคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3) และการแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน (SA4) ทำกิจกรรมผ่านเทศบาล (CO4) ซึ่งมีกิจกรรมที่ทำคือ เยี่ยมบ้าน (CA2.1) และแจกเบี้ยยังชีพ (CA5)

3.5 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านอสม./อผส. (CP1) ประกอบด้วย หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (SO3) ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4) กิจกรรมที่ทำคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3) และการแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน (SA4) ทำกิจกรรมผ่านอสม./อผส. (CP1) ซึ่งมีกิจกรรมที่ทำคือ เยี่ยมบ้าน (CA2.1) และแจกเบี้ยยังชีพ (CA5)

โดยสรุปกิจกรรมที่ ผู้สูงอายุได้รับจากองค์กรในสังคมมากที่สุดคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3) และการแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน (SA4) รองลงมาคือ อบรมให้ความรู้ (สังคม) (SA2) และสุดท้ายคือรักษา (SA5)

โมเดลภาพอนาคต : โรงพยาบาลบางแพ จ.ราชบุรี



ภาพประกอบ 5.7 โมเดลภาพอนาคต : โรงพยาบาลบางแพ จ.ราชบุรี

<u>คำอธิบายสัญลักษณ์ภาพประกอบ 5.7</u> มีดังนี้

<u>กิจกรรม</u>

SAF = ให้งบประมาณทำกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ

FAF= สังเกต/คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล

CAF= ร่วมมือกับหลายฝ่าย ทำกิจกรรมหลากหลายกับผู้สูงอายุ

สรุปภาพอนาคต โรงพยาบาลบางแพ จ.ราชบุรี

การศึกษาภาพอนาคต (ภาพฝัน) ของความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีกิจกรรม ส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน มีคำอธิบายความเกี่ยวข้องและแสดงโมเดลได้ดังนี้

1. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนรู้เรื่องและเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1.1 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ความรู้ โดยฝึกผู้ดูแลให้สามารถสังเกตอาการภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้

1.2 จัดให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ ในการสังเกตดูแลผู้สูงอายุมาแลกเปลี่ยนกัน โดยต้องมีคนมาดูแลผู้สูงอายุแทน ในขณะที่ไปร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจทำได้โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

จัดให้มี day care สำหรับผู้สูงอายุมาอยู่รวมกัน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ในวันที่ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องไปทำกิจกรรม โดยมีการบริหารจัดการจูงใจให้ผู้สูงอายุยินยอมมาร่วม

1.3 ผู้ดูแล/อสม. แสวงหาความรู้เพิ่มเติมจาก

1.3.1 อสม. รุ่นพี่หรือรุ่นอาวุโส ซึ่งจะทำหน้าที่ช่วย เชื่อมต่อให้อสม.รุ่นใหม่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น เพราะจะเป็นผู้รู้ภูมิหลังของผู้สูงอายุ จึงสามารถสร้างความไว้วางใจได้ดี

1.3.2 หมอบ้านหรือปราชญ์ชาวบ้านในชุมชน ซึ่งจะให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพรต่างๆ

1.3.3 ชมรมผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วม ทำกิจกรรมด้วยกัน ซึ่งจะต้องมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญ

1.4 ปรับรูปแบบกิจกรรมและการทำงานของชมรมผู้สูงอายุให้แปลกใหม่ ดังนี้

1.4.1 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เข้าไปมีบทบาทมากขึ้น โดยจัดกิจกรรมนันทนาการที่สอดแทรกความรู้ทางสุขภาพ มิใช่เป็นการบอกกล่าวความรู้โดยตรง อาจให้ดูของหรือสาธิตให้ดูจริงๆ

1.4.2 ชมรมจัดกิจกรรมหลากหลาย เช่น มีเลี้ยงอาหาร มีของขาย ตัดผมฟรี มีการสาธิต วิธีทำอาหารสุขภาพแบบง่ายๆ ที่สามารถทำได้จริง

1.5 มีการให้บุคคลหลายฝ่ายมาเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุ เช่น โรงเรียน ครู นักเรียน ทำกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับผู้สูงอายุ เช่น การปั้น (ข้อมูลนี้ยังไม่ค่อยชัดค่ะ จะถามอ.ไก่เพิ่มว่ามีข้อมูลนี้หรือเปล่า)

2. ทำอย่างไรให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมาย (ฝัน) ของการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

อยากให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าทางสังคม ให้มีสุขภาพแข็งแรงมีรอยยิ้ม มีอาชีพในยามว่างจะได้ไม่เครียด โดยบุคคลทุกฝ่ายต้องร่วมมือร่วมใจทำงานเชื่อมโยงกันในทุกข้อที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุ หางบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ก.พม. เทศบาล/อำเภอ เพื่อสร้างกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ

สำหรับภาพอนาคตของจังหวัดราชบุรีประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ 3 กลุ่ม คือ

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มควรมีการทำกิจกรรมคือ แลกเปลี่ยนความรู้กันเองกับผู้สูงอายุ (FA1)

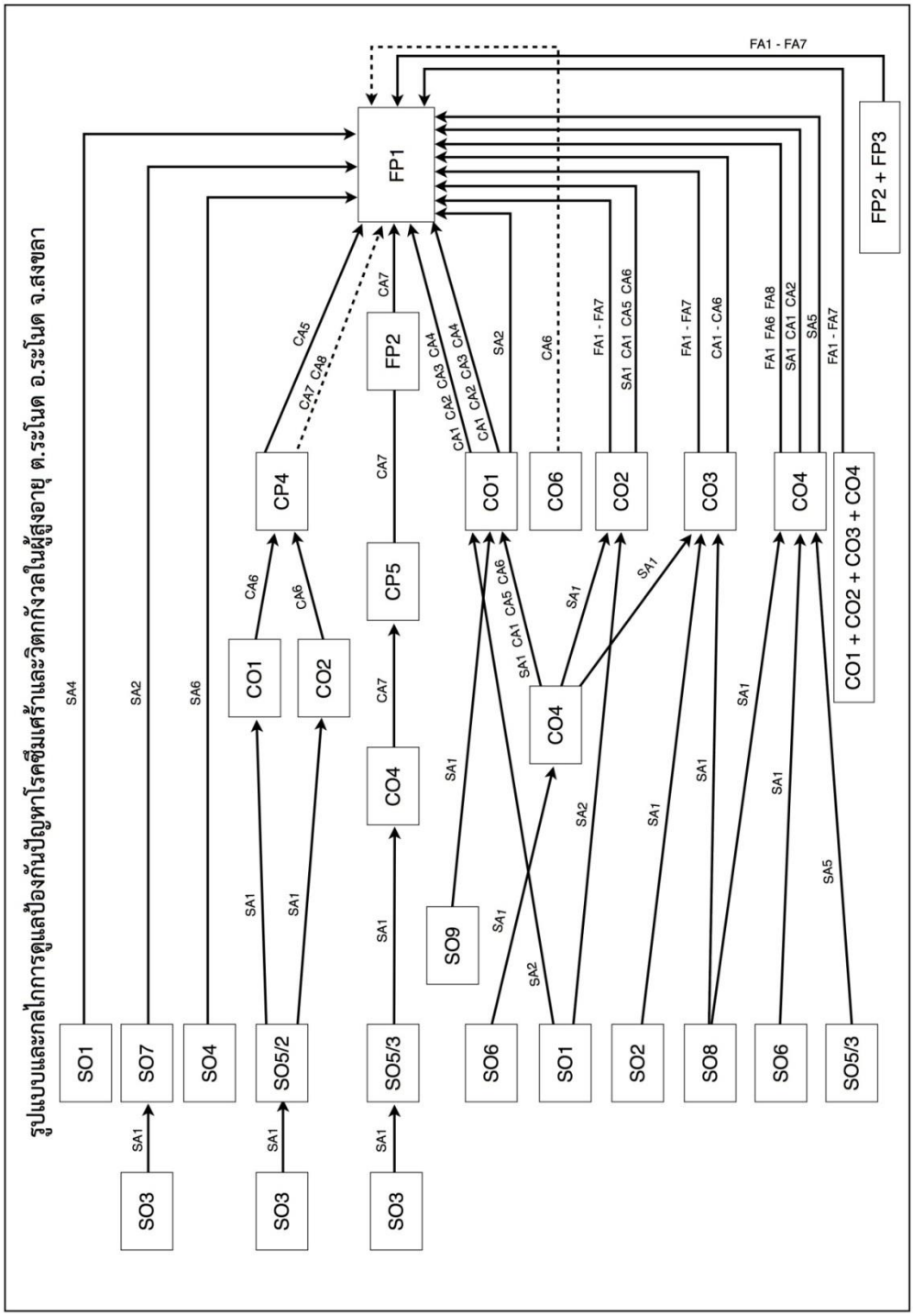
2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย 3กลุ่ม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) เทศบาล (CO4) และโรงเรียน (CO6) บุคคลประกอบด้วย 4กลุ่มคืออสม./อผส. (CP1) พยาบาล (CP2) หมอบ้าน (CP4) และครูนักเรียน (CP5)

3.กลุ่มและบุคคลในสังคม ประกอบด้วย กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4)

การมองภาพอนาคตของการทำงานร่วมกันทั้ง 3 กลุ่มมีรายละเอียดการทำกิจกรรม ที่ทำกับผู้สูงอายุ คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4) ควรทำกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ (CO2) โดยการร่วมมือกับหลายฝ่ายทำกิจกรรมหลากหลายกับผู้สูงอายุ เทศบาล/อำเภอ (CO4) ควรให้งบประมาณทำกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งในระดับชุมชน คือ โรงเรียน (CO6) และระดับบุคคลทั้ง 4 กลุ่มคืออสม./อผส. (CP1) พยาบาล (CP2) หมอบ้าน (CP4) และครูนักเรียน (CP5) ควรทำงานแบบสัมพันธ์ร่วมกัน มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3) ซึ่งเป็นผู้ที่มีมีบทบาทสำคัญมากในการสังเกต/คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล ในผู้สูงอายุ

อีกทั้ง ในกลุ่มระดับบุคคลทั้ง 4กลุ่มคืออสม./อผส. (CP1) พยาบาล (CP2) หมอบ้าน (CP4) และครูนักเรียน (CP5) และในกลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3) ควรมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันเองภายในกลุ่มด้วย

โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ: โรงพยาบาลระโนด จ.สงขลา



ภาพประกอบ 5.8 โมเดลและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกัน ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ: โรงพยาบาลระโนด จ.สงขลา

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลระโนด จ.สงขลา

โมเดลนี้แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ (FP1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ คนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มทำกิจกรรมเหมือนกันคือ กิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) การบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต. (CO1) คลีนิคเวช (CO2) ชมรมผู้สูงอายุ (CO3) หน่วยสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) และบุคคลประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ อสม.อผส.(CP4) และเจ้าหน้าที่ พม. (CP5)

2.1 กลุ่มที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ

2.1.1 กลุ่มที่ 1 เป็นการร่วมมือกันระหว่าง รพ.สต. (CO1) คลีนิคเวช (CO2) ชมรมผู้สูงอายุ (CO3) หน่วยสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) โดยกิจกรรมที่ทั้ง 4 กลุ่มร่วมกันทำให้กับผู้สูงอายุ (FP1) ได้แก่ กิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7)

2.1.2 กลุ่มที่ 2 เป็นการร่วมมือกันระหว่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ (FP3) คนในครอบครัว โดยกิจกรรมที่ทั้ง 2 กลุ่มร่วมกันทำให้กับผู้สูงอายุ (FP1) ได้แก่ กิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7)

2.2 กลุ่มที่ทำกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุโดยผ่านหน่วยงานอื่น

2.2.1 กลุ่มที่ 1 ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) คลีนิคเวช (CO2) เพื่อจัดกิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

โดยสรุปกิจกรรมที่ ผู้สูงอายุ (FP1) ได้รับจากชุมชนโดยตรง และผ่านหน่วยงานในชุมชนเอง ได้แก่ กิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมมีจำนวน 9 กลุ่ม ประกอบด้วย หน่วยแพทย์พระราชทาน (SO1) สสส. (SO2) นโยบายของรัฐ (SO3) กรมการขนส่ง. (SO4) รัฐบาล (SO5) กระทรวงมหาดไทย (SO51) กระทรวงสาธารณสุข (SO52) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO53) สปสช. (SO6) อบจ. (SO7) หน่วยงานเอกชน (SO8) สสจ. (SO9)

3.1 กลุ่มในสังคมที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ

3.1.1 กลุ่มที่ 1 ได้แก่ หน่วยแพทย์พระราชทาน (SO1) โดยกิจกรรมที่ทำให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับเป็นคนไข้ในพระราชทาน (SA4)

3.1.2 กลุ่มที่ 2 ได้แก่ กรมการขนส่ง (SO4) โดยกิจกรรมที่ทำให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ขึ้นรถประจำทางครึ่งราคา (SA6)

3.2 กลุ่มในสังคมที่ทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ โดยผ่านหน่วยงานอื่น

3.2.1 กลุ่มที่ 1 ได้แก่ อบจ. (SO7) ซึ่งได้รับทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านนโยบายของรัฐ (SO3) .ให้จัดกิจกรรม การออกหน่วยตรวจโรค (SA2) ให้กับผู้สูงอายุ

3.2.2 กลุ่มที่ 2 ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (SO52) ได้รับทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านนโยบายของรัฐ (SO3) ให้มอบทุนและงบประมาณ (SA1) ให้กับ รพ.สต. (CO1) และ คลีนิคเวช (CO2) เพื่อจัดกิจกรรมการให้ความรู้ (CA6) ให้กับ อสม.และอผส. (CP4) เพื่อไปช่วยดูแลสุขภาพ (CA5) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.3 กลุ่มที่ 3 ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO53) ได้รับทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านนโยบายของรัฐ (SO3) ให้มอบทุนและงบประมาณ (SA1) ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) เพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CA7) ให้กับ เจ้าหน้าที่พม.ในพื้นที่ (CP5) เพื่อไปจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CA7) ในระดับหมู่บ้านให้กับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.4 กลุ่มที่ 4 ได้แก่ สสจ. (SO9) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับ รพ.สต. (CO1) เพื่อให้จัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนา (CA1) กิจกรรมด้านกีฬา (CA2) กิจกรรมเกี่ยวกับการศึกษา (CA3) กิจกรรมสร้างรายได้ (CA4) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.5 กลุ่มที่ 5 ได้แก่ สปสช. (SO6) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) เพื่อให้ทุนและงบประมาณ (SA1) ที่ได้จาก สปสช. (SO6) ไปให้กับผู้สูงอายุโดยตรง (FP1) และทางสปสช. (SO6) ยังให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) สำหรับจัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนา (CA1) กิจกรรมการดูแลสุขภาพ (CA5) และกิจกรรมการให้ความรู้ (CA6) กับทาง รพ.สต. (CO1) ไปให้กับผู้สูงอายุโดยตรง (FP1)

3.2.6 กลุ่มที่ 6 ได้แก่ สปสช. (CO6) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับชมรมผู้สูงอายุ (CO3) ไปจัดกิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.7 กลุ่มที่ 7 ได้แก่ หน่วยแพทย์พระราชทาน (SO1) ได้จัดกิจกรรมออกหน่วยตรวจโรค (SA2) กับทาง รพ.สต. (CO1) เพื่อตรวจโรคให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.8 กลุ่มที่ 8 ได้แก่ หน่วยแพทย์พระราชทาน (SO1) ได้จัดกิจกรรมออกหน่วยตรวจโรค (SA2) กับทางคลีนิคเวช (CO2) และทางคลีนิคเวชได้ไปจัดกิจกรรมกิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7) กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.9 กลุ่มที่ 9 ได้แก่ สสส. (SO2) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับทางชมรมผู้สูงอายุ (CO3) เพื่อมาจัดกิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.10 กลุ่มที่ 10 ได้แก่ หน่วยงานเอกชน (SO8) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับทางชมรมผู้สูงอายุ (CO3) ไปจัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนา (CA1) กิจกรรมด้านกีฬา (CA2)

กิจกรรมด้านการศึกษา (CA3) กิจกรรมสร้างรายได้ (CA4) กิจกรรมการดูแลสุขภาพ (CA5) กิจกรรมการให้ความรู้ (CA6) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.11 กลุ่มที่ 11 ได้แก่ หน่วยงานเอกชน (SO8) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านทางหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) ไปจัดกิจกรรมด้านสังคม (FA1) กิจกรรมเกี่ยวกับอาชีพ (FA6) กิจกรรมบริการข้อมูลเกี่ยวกับชุมชน (FA7)

3.2.12 กลุ่มที่ 12 ได้แก่ สปสช. (SO6) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านทางหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) เพื่อให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับผู้สูงอายุ (FP1) โดยตรง และยังให้จัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนา (CA1) และ กิจกรรมด้านกีฬา (CA2) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.13 กลุ่มที่ 13 ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO53) ได้ให้เบี้ยยังชีพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพ (SA5) ผ่านทางหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) นำเบี้ยยังชีพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพนี้ไปให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

ในอนาคตทีมงานของระโนดมีความตั้งใจที่จะเพิ่มบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับทางด้านนี้โดยตรง ได้แก่ จิตแพทย์ (CP6) โดยอยากให้จิตแพทย์มาให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตัวเองทั้งทางร่างกาย และจิตใจให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลโดยตรง และยังมีความตั้งใจที่จะให้อสม.และอผส. (CP4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CA7) และจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (CA8) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1) อีกด้วย

5.3 การใช้เรื่องเล่าเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล

5.3.1 ขั้นวางแผน (Plan)

ทีมผู้วิจัยลงพื้นที่ทั้ง 6 จังหวัดโดยพบกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการแก้ปัญหา ซึ่งอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากผู้เกี่ยวข้องในการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยกระบวนวางแผนการมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างความตระหนักและร่วมกันกำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนาหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยสมาชิก แต่ละคนจะร่วมมือในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

2. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ เช่น การเจ็บป่วยทางกาย ทางจิต เป็นต้น โดยเฉพาะอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเพื่อการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาดังกล่าว

3. แสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดทางเลือกร่วมกัน

4. เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยร่วมกันวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าคือการใช้วิธีการเล่าเรื่อง (Story telling) เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลได้เกิดแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ

5.3.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

ในขั้นปฏิบัติได้มีการดำเนินแบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ 1) การสร้างเรื่องเล่าจากผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ 2) การใช้บทบาทสมมุติในการแสดงเรื่องเล่าจากถูกสร้างขึ้นจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 3) การให้ความรู้และข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยทั้ง 3 กิจกรรม มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล จัดเก็บสะสมเรื่องเล่าในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า (เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับอาการที่แสดงออก และการจัดการกับ อาการที่แสดงออก) ความสัมพันธ์ในครอบครัว และในชุมชน

2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลมีทักษะในการเล่าเรื่อง

3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่อาการซึมเศร้า และวิตกกังวลรวมทั้งหมดเกิดความรู้สึกร่วมและแรงบันดาลใจในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

4. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และทราบช่องทางการติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่ ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

สำหรับขั้นตอนในขั้นปฏิบัติประกอบด้วยขั้นต่างๆดังนี้

5.3.2.1 ขั้นตอนการสร้างเรื่องเล่า ในการดำเนินการขั้นตอนของการสร้างเรื่องเล่านั้น มี 2 ระยะคือ ในระยะที่หนึ่ง ทีมผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ในทั้ง 6 จังหวัด ๆ จำนวน 10 คน ในส่วนระยะที่สองได้จัดทำฝึกเชิงปฏิบัติการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพยาบาล ได้ฝึกการเล่าเรื่อง

จากเรื่องเล่าของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่จากทีมผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้พบว่าผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยทางร่างกาย อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึงพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป และมีอาการเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยมีความวิตกกังวล มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็น หน้าที่การงานที่เปลี่ยนไป รายได้ที่ลดลง บางรายเริ่มวิตกกังวลกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามาซึ่งเห็นจากญาติพี่น้อง คู่ชีวิตที่จากไป ทำให้เกิดความทุกข์ท้อ อันจะเห็นได้จากการสะท้อนจากผู้สูงอายุรายหนึ่งทีมีอาการอัมพาต ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

“ทำไมฉันต้องเป็นแบบนี้ ทำไมไม่ตายๆ ไป” หรืออีกรายหนึ่งที่มีอาการล้มและมีเส้นเลือดในสมองแตก พบอาการซึมเศร้า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอนร้องไห้ตลอดเวลา *“ “เป็นอย่างนี้นานไหม ตลอดไหม อยากกลับบ้านทำไมต้องมาอยู่ที่นี่ จะตายไหม”*

บางรายมีความห่วงใยลูกหลานจนเกิดเป็นความวิตกกังวล จากคุณยายท่านหนึ่งที่มีลูกชายไม่ได้ทำงาน

“มันก็ไม่ได้ทำมาหากินอะไร กินก็เยอะ นี่กลุ้มใจมากจะเอาเงินที่ไหนพอให้มันกิน ไม่มีมันจะลำบากจะให้ไปอยู่กับคนอื่น เขาก็คงไม่ดูมันหรอก พี่น้องก็ไม่สนใจมัน”

จากอาการแสดงความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ผู้สูงอายุแสดงออกมา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดที่สุด คือ บุคคลในครบครัว ได้แก่ลู กหลาน คู่ชีวิตและญาติพี่น้อง มีวิธีการดูแล คือ การพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ เอาใจ รับฟังความทุกข์ ความไม่สบายที่ผู้สูงอายุระบายออกมา ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ ผลัดเปลี่ยนกันในครอบครัวและพาหลานๆมารับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุ ให้หลานๆมาคุยเล่นกับผู้สูงอายุหลังเลิกเรียน ในบางรายที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางร่ายกายและจิตใจ ญาติจะ พาไปพบแพทย์เพื่อรับยาและจัดยาให้กินสม่ำเสมอ อยู่เป็นเพื่อนไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว สังเกตความผิดปกติที่จะเกิดขึ้น จัดให้ทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำก่อนที่จะเจ็บป่วย เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ การทำอาหาร การดูลิเก การร้องเพลง การพาไปเที่ยวที่ผู้สูงอายุอยากไป พาไปวัด ไปหาเพื่อนหรือญาติที่ไม่ได้เจอกันมานาน เป็นต้น หรือการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณค่าในตนเอง เช่น การทำงานช่วยเหลือชุมชน การเป็นอาสาสมัครต่างๆ เป็นต้น เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างที่จะคิดถึงเรื่องที่ทำให้วิตกกังวลและซึมเศร้า

จากกรณีของลูกหลานในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ได้ใช้คำพูดปลอบใจ ชวนผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่เคยทำได้เป็นอย่างดีการใช้ธรรมะเข้ามาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ

“ทำใจให้บายอย่าคิดไหรมาก อ้ายไหรมันอิเกิดมันก้อต้องเกิดทำพรือมันได้อะ” ฉันได้หาหนังสือธรรมะมาให้อ่านและหารายการกีฬามาให้ดูเพราะย่าชอบดูมวย ฟุตบอลมาก ทุกๆวันศุกร์ย่าจะไปนวดฝ่าเท้าที่ตลาดน้ำเพื่อคลายกล้ามเนื้อท้าและเป็นการกระตุ้นเส้นเลือดส่วนปลาย ในวันอาทิตย์ซึ่งเป็นวันหยุดของทุก

คน จะมีเมนูพิเศษที่หลานๆชอบกินก็เสนอกันแล้วให้ย่าเป็นคนปรุงเพราะย่ามีฝีมือในการทำกับข้าวอร่อยมาก ถูกปากเด็กๆชวนกันไปเที่ยวชายทะเลหรือไปเยี่ยมญาติๆด้วยกันเมื่อได้พูดคุยถามสาระทุกข์สุขดิบกันทำให้คลายความวิตกได้ดี ตอนนี้ในครอบครัวทุกคนต่างช่วยกันดูแลและคอยเป็นกำลังใจให้กันลดการใช้ยากินแต่ใช้ยาใจแทน”

จากคู่ชีวิตของผู้สูงอายุรายหนึ่งได้เล่าถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่เคยทำเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

“ก็อะไรที่เขาเคยทำก็จะให้เขาทำให้มากที่สุด อย่างเขาเคยเป็นคนทำกับข้าวก็ให้เขาทำ ให้เขาปลูกต้นไม้รอบๆ บ้าน เขาจะได้ไม่ว่างมานั่งร้องไห้”

แนวคิดหนึ่งที่แสดงถึงความเชื่อตามหลักศาสนาและวัฒนธรรมของความเป็นไทย คือ ความกตัญญูของลูกหลานต่อผู้สูงอายุนั้น จะทำให้คนในครอบครัวเต็มใจที่จะดูแลผู้สูงอายุอย่างดี

“หลานสาวยังเล่าให้ฟังอีกว่าบางคืนที่หลานสาวได้มานอนพักค้างคืนกับคุณยาย คุณยายชอบละเมอแต่ก็ฟังไม่รู้ว่าละเมอว่าอะไร บางคืนยายนอนไม่หลับเลย พอตื่นมารุ่งเช้าหลานสาวพยายามถามยาย คุณยายก็เงียบ ไม่ตอบอะไรหลานสาวเลย หลานสาวพยายามพูดคุยเพื่อให้คุณยายรู้สึกดีขึ้น และพยายามหาเวลาไปนอนพักค้างคืนกับคุณยายบ้าง หลาวสาวเข้าใจดีว่าตัวเองอยู่ใกล้ยายมากที่สุด และเป็นผู้มีพระคุณกับตัวเองมาก เพราะได้อยู่กับคุณยายมาตั้งแต่เด็ก”

จากการดูแลของผู้สูงอายุด้วยวิธีการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น สามารถใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ได้เต็มความสามารถมากขึ้น ส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น

“ทุกวันนี้คุณพ่อสามารถกลับมาเดินเหินได้ตามปกติ พูดคุยได้ ใช้ชีวิตประจำวันดูแลตัวเองได้ แม้กระทั่งเดินไปสำรวจพืชที่ปลูกไว้ในสวนได้แล้ว การที่คุณพ่อของตนเองดีขึ้นเป็นเพราะคุณพ่อได้รับการดูแลที่ดีจากผู้เป็นลูก ดังนั้นลูกจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยและการดูแลพ่อแม่ยังเป็นหน้าที่ของลูกที่พึงกระทำ คนในครอบครัวนี่สำคัญที่สุด เป็นหน้าที่ของคนเป็นลูก ลูกก็อยากให้พ่อแม่มีกำลังกายที่ดี ต้องดูแลทั้งกำลังใจและกำลังกาย ทั้งอาหาร การกิน ลูกเป็นส่วนสำคัญ เป็นกำลังใจในครอบครัว”

ในระยะที่สองของการฝึกปฏิบัติการสร้างเรื่องเล่า ได้เปิดโอกาสให้ผู้สร้างเรื่องได้ฝึกเล่าเรื่องตามหัวข้อดังต่อไปนี้ ได้แก่ 1.) เรื่องเล่าการดูแลผู้สูงอายุ ให้คลายความวิตก และซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ 2.) เรื่องเล่าที่แสดงถึงความ รักในครอบครัว 3.) เรื่องเล่าที่แสดงถึงประวัติและที่มาของชุมชน 4.) เรื่องเล่าที่แสดงความภูมิใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้เล่าได้บอกกล่าวถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งความเจ็บป่วยทางกาย การเยียวยาทางจิตใจ

จากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมายาวนาน ได้สร้างเรื่องเล่าที่แสดงถึงการใช้ความอดทน ความตั้งใจที่อยากจะช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ตนเองมีความสุข และมีความภูมิใจในการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยตั้งชื่อเรื่องว่า

“ความภูมิใจในการดูแลผู้ป่วย” และเล่าเรื่องว่า “ ที่ไปดูแลที่ไปประสบมาคือ เจอผู้ป่วยโวยวาย จุกจิก จิตตก และคนไข้เจอเจ้าหน้าที่ที่พูดจาดีเค้าก็จะหาคนนี้ ตัวเองที่เจอถ้าไปเยี่ยมผู้ป่วยก็จะมีความผูกพัน เวลาเราไปเค้าก็ดีใจและชอบเล่าเรื่องความหลังให้ฟัง จากประสบการณ์ที่ผ่านมาที่เจอ เราไปเจอคุณยายที่อารมณ์ร้อน ถ้าเค้าร้อนมาเราก็เงียบและรับฟังทุกเรื่อง ที่เค้าพูดถ้าเราไปดูแลคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ถ้าเราจิตตกเมื่อไหร่เราจะดูผู้ป่วยไม่ได้ ค่ะ อย่างคนที่บ้านเค้าเป็นคนที่เคยรักษากับจิตเวชมาก่อน เราก็เอาจากประสบการณ์ของเราไปปรับและดูคนอื่น พอเราไปดูแลแล้วเค้าอาการดีขึ้นเราก็ภูมิใจ เค้าจะรอเรา"

"ก็อย่างน้อยก็ได้ฟังจากผู้ดูแล ได้เข้าใจความรู้สึกของผู้ดูแลด้วย ได้รู้วิธีดูแลผู้สูงอายุ และที่พิเศษคือได้รู้ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ด้วยค่ะว่ามันมีความสุขเป็น 2 เท่าจริงๆที่เราลงไปให้คนไข้ได้รับผลกลับมามันเป็นอะไรที่พิเศษ ใจสัมผัสใจความรู้สึกก็จะกลับมา"

5.3.2.2 ขั้นตอนการแสดงบทบาทสมมุติ ในการดำเนินการขั้นตอนการแสดงบทบาทสมมุตินั้น ทีมวิจัยได้ลงพื้นที่ทั้ง 6 จังหวัด โดยในแต่ละจังหวัดนั้นได้ใช้เวลาในการสร้างฐานบทบาทสมมุติสร้างเรื่องเล่านั้น ทีมผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ในทั้ง 6 จังหวัด ๆจำนวน 10 คน จากเรื่องเล่าของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญคือ อาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพยาบาล ได้ออกมาแสดงบทบาทสมมติ จากเรื่องเล่าเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นสมาชิกภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันหลังจากที่ได้รับชมบทบาทสมมติในประประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) ความรู้สึกต่อบทบาทสมมติ พบว่าความรู้สึกที่ผู้แสดงรู้สึกภายหลังจากได้แสดงบทบาทสมมติส่วนมากจะรู้สึกว่าตนเองเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงรู้สึกว่าการใส่ใจ สนใจผู้สูงอายุมากขึ้นจะช่วยผู้สูงอายุได้มาก

2) เห็นความโดดเด่นในเรื่องอาการของผู้สูงอายุ จากการแลกเปลี่ยนพบว่า การจะสังเกตอาการที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล นั้นสามารถสังเกตอาการที่แสดงออกได้จาก 3 อาการดังนี้

- อาการทางร่างกาย เช่น เจ็บเข่า ปวดหลัง
- อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ขี้บ่น พูดมาก โวยวาย ไม่ฟังคนอื่น ดื้อ ขี้หลง ขี้ลืม เป็นต้น
- อาการที่แสดงออกโดยแสดงร่วมกับอารมณ์ เช่น เซื่องซึม เครียด ท้อแท้ ไมอยากทำอะไร ร้องไห้อย่างไรบ้าง

3) บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การแสดงบทบาทสมมติในการดูแลผู้สูงอายุสามารถจัดกลุ่มรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจากการได้ 4 กลุ่มดังนี้

3.1) การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้สูงอายุ

3.2) การพยายามทำความเข้าใจผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

3.3) การแสดงความรัก ความห่วงใย ให้กับผู้สูงอายุ

3.4) การหากิจกรรมเพื่อช่วยผ่อนคลายความทุกข์ให้กับผู้สูงอายุ

4) สรุปแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน มุ่งเน้นให้ความสำคัญใน 2 ประเด็นสำคัญคือ

4.1) การดูแลสุขภาพโดยบุคคลใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัว เช่น การพูดคุย การแสดงความรักต่อกัน รวมไปถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากยิ่งขึ้น รูปแบบเช่นนี้จะช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกอบอุ่น ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง

4.2) สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกผ่อนคลาย เสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี โดยกิจกรรมที่กำหนดจะถูกออกแบบมาใน 4 รูปแบบได้แก่ กิจกรรมผ่อนคลายความเครียด เน้นที่ความสนุกสนาน

เพลิดเพลิน กิจกรรมที่เน้นความสุข สงบ เช่น การเข้าวัด สวดมนต์ กิจกรรมที่สร้างความอบอุ่น ความภาคภูมิใจในตนเอง มักจะเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นและ กิจกรรมที่เน้นส่งเสริมสุขภาพให้มีความแข็งแรง

5.3.2.3 ขั้นให้ความรู้และข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุ ในกระบวนการปฏิบัติการขั้นสุดท้าย คือ ขั้นให้ความรู้และข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยการสร้างฐานให้ความรู้ ให้ข้อมูลจากเอกสารความรู้ และ คลิปวีดีโอ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ซักถามเพิ่มเติม เพื่อมีความชัดเจนและเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

จากขั้นตอนการปฏิบัติการสามารถสรุปได้ดังนี้ คือ การจะสามารถดูแลและอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุขนั้น ทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้าใจระหว่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าใจธรรมชาติของวัยสูงอายุ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ทั้งนี้ ธรรมชาติของวัยสูงอายุสามารถแบ่งอธิบายลักษณะที่เด่นชัดได้ 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical) โดยปกติ วัยสูงอายุจะเป็นวัยที่สภาพร่างกายถดถอยลงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นสภาพร่างกายโดยทั่วไปเช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว กำลังวังชาลดลง สายตาพร่ามัวหรือหูตึง เป็นต้น นอกจากลักษณะที่เห็นได้ชัดเจนแล้ว ยังรวมไปถึงสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงที่ไม่แสดงออกชัดเจน เช่น ระบบกล้ามเนื้อที่ไม่แข็งแรง กระดูกเปราะ ประสาทสัมผัสและการรับรู้ที่ช้าลง เป็นต้น รวมไปถึงการเจ็บไข้ได้ป่วยที่ง่ายและเพิ่มมากขึ้น เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน มะเร็ง หรือโรคหัวใจ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ลักษณะทางสังคม (Social) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) บทบาททางสังคมจะเริ่มลดลง ไม่ว่าจะเป็น การเกษียณอายุ การออกจากงาน รายได้ที่ลดลง บทบาทของลูกหลาน ซึ่งกลายมาเป็นผู้สร้างรายได้หลักในครอบครัวมากขึ้น ขณะที่บทบาทในครอบครัวของผู้สูงอายุเริ่มลดลง รวมไปถึงการต้องอยู่บ้านที่เพิ่มมากขึ้นทำให้โอกาสในการพบปะกับผู้อื่นลดน้อยลง ต้องอยู่คนเดียวตามลำพังมากยิ่งขึ้น

เมื่อลักษณะทางกายภาพและทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปยามเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจหรือภาวะสุขภาพจิต (Mental Health) ของผู้สูงอายุโดยตรง ไม่ว่าจะเป็น การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง (Low Self-Esteem) การมองตนเองในแง่ลบ อันเนื่องมาจากบทบาททางสังคมที่ลดลง ประกอบกับความสามารถและร่างกายที่เสื่อมถอย นอกจากนี้ความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งและไม่เป็นที่รัก จากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว จากการที่ต้องอยู่คนเดียว บุตรหลานต้องประกอบอาชีพ อาจไม่มีเวลาอยู่ด้วย อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ท้อแท้ สิ้นหวังตามมา ตลอดจนความวิตกกังวลความเครียดที่มีต่อสภาวะการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวเข้ากับสภาวะการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างมาก

ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ เมื่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ นำไปสู่การตอบสนองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การตอบสนองของผู้สูงอายุโดยมาก สามารถจัดกลุ่มการตอบสนองได้ 2 ประเภทดังนี้

1. การตอบสนองเพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง รวมไปถึงความวิตกกังวล การตอบสนองในลักษณะนี้ ผู้สูงอายุมักจะแสดงออกเพื่อให้คนใกล้ชิดให้ความสนใจตัวเองมากยิ่งขึ้น เช่น การร้องไห้ น้อยใจ

พูดระบายปรับทุกข์กับบุคคลอื่น การไม่ยอมทานข้าว ทานยา การไม่ดูแลตนเอง ขณะที่ผู้สูงอายุบางคนอาจชอบพูดประชดประชัน ว่าไม่มีใครดูแล สนใจ หรือดื้อ เป็นต้น

2. การตอบสนองเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น การตอบสนองในลักษณะนี้ผู้สูงอายุมักจะแสดงออกเพื่อให้ตนเองรู้สึกว่ายังมีคุณค่า ยังมีบทบาทและมีอำนาจในครอบครัว ตลอดจนยังคงเป็นคนที่คนอื่นๆ ให้ความเคารพและให้การยอมรับเหมือนเดิม เช่น การจู้จี้ขี้บ่น เจ้าระเบียบ ชอบสั่งการ การเอาแต่ใจตัวเอง หงุดหงิดก้าวร้าวง่าย

ดังนั้นเมื่อเข้าใจธรรมชาติของวัยสูงอายุ ตลอดจนลักษณะการตอบสนองของผู้สูงอายุแล้ว นำไปสู่หลักการในการดูแลผู้สูงอายุดังนี้

1. การปรับตัว ปรับใจของผู้ดูแล โดยต้องมีความอดทน และมีความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิกิริยาที่ผู้สูงอายุแสดงออกมา เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันได้

2. การให้ความรู้ในการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ อาจทำได้ด้วยบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆ ที่มีความรู้ ความสามารถหรือเป็นคนที่ผู้สูงอายุให้การยอมรับ เป็นต้น

3. การให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ตามความจำเป็นเร่งด่วน เช่น หากผู้สูงอายุเจ็บป่วย มีปัญหาการเดิน การเคลื่อนไหว อาจจัดหาเครื่องมือช่วยเดิน ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น การช่วยเหลือเช่นนี้นอกจากจะเป็นการดูแลอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแล้ว การที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น จะยิ่งเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้อีกด้วย

4. การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต การจัดให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี โดยกิจกรรมควรเน้นไปที่กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง เช่น การออกกำลังกายเบาๆ กิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การเข้าวัดสวดมนต์ งานตามประเพณีของชุมชน การที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นจะช่วยลดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวได้

ทั้งนี้ หัวใจสำคัญของการจัดกิจกรรมนั้นคือ ควรเป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะลูกหลาน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง อีกทั้งควรเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุอยากทำ หรือเป็นผู้ริเริ่มที่จะทำ เนื่องจากจะช่วยเพิ่มรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสำคัญ ยังเป็นที่ยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวอยู่ กิจกรรมอาจเริ่มจากง่ายๆ เช่นการรับประทานอาหาร ตามเมนูที่ผู้สูงอายุอยากทาน การทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุอยากทำร่วมกัน เป็นต้น

5.3.3 ขั้นสังเกตและประเมินตนเอง (Evaluation)

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามและประเมินผลทักษะการสร้างเรื่องเล่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลผลที่เกิดขึ้นคือเมื่อแบ่งตามกลุ่มต่างๆพบว่า

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าได้รับความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ขั้นตอนและหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ และเทคนิคการพูดคุยกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะอาการที่ต่างกัน นอกจากนี้ทางด้านจิตใจการไปเล่าเรื่องก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น ดีใจที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ได้หัวเราะ และจะนำวิธีการที่ได้จากเรื่องเล่ากลับไปดูแลคนในชุมชน นำไปแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลคนอื่นๆ นำไปช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ เทคนิคการพูดคุยกับผู้สูงอายุ ก็จะนำไปใช้ ในการรับฟัง ความรู้สึก ของ

ผู้สูงอายุ ที่ตนเองดูแล และในชุมชน และมองเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการทำเล่าเรื่อง คือช่วยให้ภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ทราบวิธีการบันทึกวิธีการดูแลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะช่วยให้ความรู้เหล่านั้นอยู่ยืนยาวตลอดไปเพราะมีผลงานให้เห็นชัดเจน ทั้งทางปฏิบัติและการเก็บรักษาไว้ต่อไปในรูปแบบของเอกสาร ได้สร้างพลังใจให้กับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ที่ได้เจอผู้สูงอายุลักษณะเดียวกัน และได้ส่งต่อเรื่องราวให้กับเจ้าหน้าที่ (รพ.สต. โรงพยาบาล และ อบต.) ได้รับทราบ

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีทักษะในการเล่าเรื่องทีดี ทำให้ผู้ฟังเกิดอารมณ์ร่วม มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย มีความประทับใจในเรื่องเล่า สบายใจขึ้น ระหว่างเล่า มีการใช้การสัมผัส การพูดปลอบใจไปด้วย จากการเล่าเรื่องของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่ง

“น้าหอมเมื่อก่อนคิดมาก แต่หลังจากที่เราเข้าไปคุยกับเขา ไปพูดให้กำลังใจเขาแล้ว เขาดีขึ้น เราก็ภูมิใจ พาไปเขาไปเที่ยว ไปทำบุญ คนโบราณไม่ได้ไปไหนอยู่แต่บ้าน ชอบอยู่บ้านเพราะห่วงบ้าน ระหว่างพูดคุย เราก็จับแขนเขาก่อน แล้วถามเขาว่าน้าหอมเป็นไงบ้าง เครียดไหม สบายดีไหม คุยแต่เรื่องเก่าๆ ที่เขาสบายใจ ที่เขามีความสุข คนแก่ถ้าให้เขาเล่าเรื่องที่เขาประทับใจที่มีความสุข เขาก็ดีใจแล้ว เพราะอยู่บ้านเขาอยู่ไม่รู้จะพูดคุยกับใครเขาก็เหงา แต่เราไปเราได้คุยกับเขา เขาก็ไม่เหงา สบายใจขึ้น”

หลังจากที่ได้ใช้ความสามารถในการสร้างเรื่องเล่าแล้วเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกว่าประโยชน์ที่ได้รับคือ การทำงานอย่างเต็มความสามารถในตนเอง ช่วยให้เกิดความภูมิใจในการทำงาน

“ผมฟังเรื่องที่ทั้งสองคนเล่า เขาทำได้ดีมาก ผมภาคภูมิใจเพื่อนที่ทำได้ สำหรับเพื่อนอสม.นั้นผมมองว่าบางส่วนก็มีคนทำได้ บางส่วนก็มีคนทำไม่ได้ ซึ่งผมเปรียบเหมือนฝ่ามือคนเราไม่เท่ากัน แต่เราก็ต้องทำให้เต็มที่เต็มความสามารถของเรา”

3. ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ผู้เล่าเรื่องคิดว่าเรื่องเล่ามีประโยชน์อย่างมากในการสะท้อนภาพการดูแลผู้ป่วย

ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ตั้งแต่ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ ร่วมทั้งเครือข่ายของการดูแลผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลอำเภอ และระบบสาธารณสุข ที่ทุกส่วนที่กล่าวมามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกจากนี้เรื่องเล่ายังสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยทั้งที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่ถูกต้อง ซึ่งประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่มีคุณค่ามากที่ควรขยายให้คนอื่นที่กำลังมีสภาวะของความเจ็บป่วยที่กำลังจะสูญเสียจากสิ่งอันเป็นที่รักไปอย่างไม่มีวันกลับมาได้รับรู้ จะได้ช่วยเป็นแนวทางในการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องที่สุดสำหรับผู้ป่วย

และคิดว่าสิ่งที่ได้จากเรื่องเล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยสร้างความรักความเข้าใจในครอบครัว การแสวงหาวิธีการลดความเครียดต่างที่สมาชิกครอบครัวสามารถทำได้ เช่น การนวดคลายเครียด การพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเป็นห่วงและการดูแลซึ่งกันและกัน ในด้านการทำงานในระบบสุขภาพนั้นการทำงานที่ดีต้องมีการประสานงานกันมีความเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือกันโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู ทั้งคนปกติและคนที่เจ็บป่วยเป็นโรค มีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบเป็นแฟ้มๆ เป็นชุมชน เพื่อให้ทีมช่วยเหลือสามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือ และต้องมีการส่งต่อรายที่มีปัญหาสลับซับซ้อน และมีการติดตาม

อย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้การทำงานประสานกันทุกหน่วยงาน ควรมีการประชุมเพื่อหาแนวทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมของผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่

<u>จากการประเมินพบว่าสิ่งที่ควรเพิ่มเติมในการเขียนเรื่องเล่า</u>

1. ในการเขียนเรื่องเล่า ควรเขียนจากการเล่าเรื่องของผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม โดยมีเจ้าหน้าที่รพ.สต./พยาบาล มาร่วมด้วย

2. เขียนโดยใส่อารมณ์ ความรู้สึก ท่าทาง ปฏิกิริยาที่ผู้สูงอายุแสดงออก รวมทั้งของผู้ดูแลด้วย

3. เมื่อเขียนเรื่องเล่าแล้ว ให้เจ้าหน้าที่นำไปอ่านให้ลูกหลานฟังด้วย

4. ใส่อาการต่าง ๆ ที่พบ ทั้งอาการทางกาย ทางใจ การแสดงออก ของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลอย่างชัดเจน

5. ใส่ทักษะ วิธีการต่าง ๆ ทั้งหมดที่ใช้ อย่างละเอียด เช่น การเริ่มเข้าคุย ใช้คำพูดอย่างไรบ้าง

6. ใส่ความรู้ ภูมิปัญญาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

7. ในการเขียน ควรตรวจสอบความสมบูรณ์ โดยอาจจะเขียนรอบแรก แล้วนำมาอ่านก่อน แล้วจึงเพิ่มเติมรายละเอียดต่าง ๆ ลงไปเพื่อให้เรื่องเล่ามีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในทุกส่วน

8. ในบางกรณี ควรหลีกเลี่ยงคำที่จะมีผลกระทบทางลบกับผู้สูงอายุ

9. ต้องให้เจ้าหน้าที่ / ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเรื่องเล่าก่อนการนำไปใช้

10. เรื่องเล่า ควรเหมาะกับลักษณะของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า ไม่ควรให้ท่านเล่าเรื่องราวเศร้าๆ แต่อาจเป็นเรื่องประทับใจ เรื่องตลก

11.ใส่ความภูมิใจ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการดูแลผู้สูงอายุ ให้ผู้ที่มาอ่านเรื่องเล่า

12.เรื่องเล่าที่ได้เขียนแล้ว ควรจัดทำเป็นเล่ม รวบรวมไว้ในจุดศูนย์รวมของชุมชน เช่น ศูนย์การแพทย์ รพ.สต. ห้องสมุดของหมู่บ้าน

13. ควรฝึกการเขียนเรียบเรียงเรื่องเล่า ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนที่จะให้ไปฝึกปฏิบัติจริง

14. ผู้ที่จะเขียนเรื่องเล่าต่างๆ ควรฝึกเขียนบ่อย ๆ

5.4 การสังเกตและการประเมินผลการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ในการดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจรการวิจัย ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นสังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ซึ่งได้ดำเนินการใน 6 พื้นที่จังหวัด ซึ่งมีรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของแต่ละพื้นที่ดังแสดงในตาราง 5.5

ตาราง 5.5 รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ดำเนินโครงการ

ที่	ชื่อหน่วยงานในพื้นที่	พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	อสม.	ผู้สูงอายุทั้งหมด	ผู้สูงอายุที่วิตกกังวลและซึมเศร้า
1	รพ.สต. ส้าน จังหวัดน่าน	5 คน	103 คน	912 คน	7 คน
2	โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี	7 คน	134 คน	1,710 คน	218 คน
3	รพ.สต. โพรงอากาศ จังหวัดฉะเชิงเทรา	6 คน	124 คน	1,479 คน	7 คน
4	ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาละวัน จังหวัดโคราช	6 คน	140 คน	3,462 คน	78 คน
5	รพ.สต.บ้านแมด จังหวัดสกลนคร	5 คน	103 คน	584 คน	54 คน
6	โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา	14 คน	211 คน	2,560 คน	35 คน

จากตาราง 5.5 .พบว่าพื้นที่ดำเนินโครงการเป็นพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 3 แห่ง เป็นโรงพยาบาลในระดับตำบลและอำเภอ จำนวน 2 แห่ง และเป็นศูนย์การแพทย์จำนวน 1 แห่ง จำนวนพยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของทั้ง 5 พื้นที่ อยู่ระหว่าง 5-14 คน จำนวน อสม.อยู่ระหว่าง 103-211 คน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ดำเนินการอยู่ระหว่าง 584 -3,462 คน และจำนวนผู้สูงอายุที่วิตกกังวลและซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 7-218 คน

สำหรับกิจกรรมการประเมินผลวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คณะผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลในกิจกรรมต่างๆที่ดำเนินการในโครงการทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ได้แก่

<u>กิจกรรมครั้งที่1</u> การสำรวจชุมชน (Environmental Scanning) เพื่อสำรวจความต้องการของชุมชน

<u>กิจกรรมครั้งที่2</u> การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่1เพื่อสร้างโมเดลการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

<u>กิจกรรมครั้งที่3</u> ลงพื้นที่จัดกิจกรรม “ฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัย” ประกอบด้วย ฐาน1 สร้างเรื่องเล่า ฐาน 2 แสดงบทบาทสมมติ ฐาน3 รู้ไว้ใช่ว่า มีค่าแน่นอน

<u>กิจกรรมครั้งที่ 4</u> ให้แต่ละพื้นที่ฝึกเก็บเรื่องเล่าด้วยตนเอง

<u>กิจกรรมครั้งที่ 5</u> การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่2

โดยใช้เทคนิคการทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review : AAR) ซึ่งผลจากการทบทวนหลังการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของทั้ง 6 พื้นที่ สามารถนำเสนอโดยจำแนกตามกิจกรรม ดังนี้

5.4.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 การทำ Environmental Scanning เพื่อสำรวจความต้องการของพื้นที่

จากการสำรวจความต้องการของทั้ง 6 พื้นที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในพื้นที่ รวมถึงการระดมความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ตัวแทนจากแต่ละพื้นที่ที่ได้เข้าร่วมในกิจกรรมนี้ได้สะท้อนความคิดเห็นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ได้ทบทวนวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

จากการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทบทวนสิ่งที่เคยกระทำหรือได้ลงมือทำเป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งนำไปสู่การสร้างความเข้าใจให้มากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ การมองเห็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเฉพาะการทบทวนแนวทางปฏิบัติของตนเองที่มีต่อผู้สูงอายุ รวมถึงมองเห็นช่องทางในการปฏิบัติงาน เช่น ได้เห็นแบบอย่างหรือตัวอย่างที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ การร่วมแลกเปลี่ยนความคิด การสร้างเครือข่ายในการติดต่อปรึกษาหารือ เป็นต้น

“ตอนทีมงานลงมาทำให้ได้ย้อนกลับไปมองว่าเราทำอะไรกันบ้างและอะไรที่ไม่ได้นึกถึง เหมือนกับว่าได้ลองไปดูว่าคนในบ้านเราเป็นไงบ้าง” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.สงขลา)

2. เกิดการเปลี่ยนความคิดและความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

จากความคิดของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคือ คิดว่าหน่วยงานภายนอกจะเข้ามาขอข้อมูลเท่านั้น ตลอดจนคาดหวังว่าจะต้องมีหน่วยงานเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุจะต้องได้รับการช่วยเหลือมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกในการเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้นและช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่ในความเป็นจริง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้เกิดความเข้าใจใหม่ว่าหน่วยงานภายนอกเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อช่วยเสริมสร้างพลังในการทำงาน ช่วยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันมากขึ้น ตลอดจนสร้างความรู้สึกในการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกไม่โดดเดี่ยว รู้สึกดีใจว่ามีคนให้ความสำคัญในสิ่งที่ตนทำ รู้สึกมีพลังใจ มีเพื่อนร่วมทาง มีที่พึ่งพา และมีที่ปรึกษารอบด้าน อันนำไปสู่การพัฒนาตนเองของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการทำงานร่วมกันของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมากขึ้น

3. ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่กระทำอยู่เป็นประจำ ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุกับผู้ปฏิบัติงานคนอื่นๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลที่เป็นความรู้ใหม่ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการของผู้สูงอายุจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน เทคนิคในการดูแลผู้สูงอายุที่จะนำไปพัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้สูงอายุของตนเอง อันนำมาสู่ความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนมีกำลังใจ มีพลังใจเพิ่มมากขึ้นจากการที่ได้มาร่วมแลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเหมือนกันโดยผ่านความสามารถในการถ่ายทอดเรื่องเล่าต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อดึงศักยภาพของแต่ละบุคคลออกมาพิจารณาไตร่ตรอง ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาร่วมกัน

4. ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงแนวทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดกิจกรรม

จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและการอำนวยความสะดวกของผู้จัดกิจกรรม ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้สะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปรับปรุงวิธีการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้คือ

4.1) ภาษาที่ใช้ควรลดความเป็นวิชาการ โดยให้ใช้ภาษาง่ายๆ ไม่ซับซ้อน และให้ชาวบ้านเข้าใจง่ายๆ

4.2) ในการทำกิจกรรมควรแยกกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล กลุ่ม อสม. และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุออกจากกันเพื่อให้แต่ละกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่เนื่องจากการรวมกลุ่มกันบางครั้งทำให้บางกลุ่มไม่กล้าแสดงความคิดเห็น หรืออาจจะประหม่าเมื่อต้องแสดงความคิดเห็นในกลุ่มของผู้มีความรู้ หากอยู่เฉพาะในกลุ่มเดียวกันจะกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น

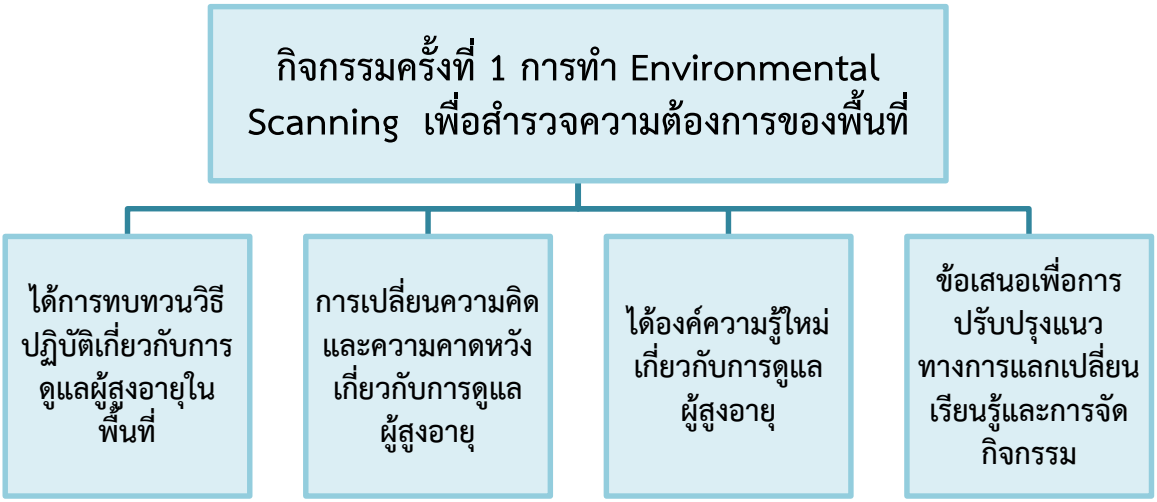
4.3) ระยะเวลาในการจัด 3 ชั่วโมง อาจน้อยเกินไปสำหรับการที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะยินยอมเปิดใจให้ข้อมูลซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการปรับตัว เช่น อาจเพิ่มการจัดกิจกรรมออกเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน เพื่อทำความรู้จักและสร้างความไว้วางใจในเบื้องต้น อันนำไปสู่การให้ผู้เข้าร่วมเปิดใจ โดยครั้งแรกอาจให้การบ้านด้วยข้อคำถามให้มีเวลาเตรียมตัว ซึ่งจะทำให้ผู้จัดกิจกรรมได้ข้อมูลที่ละเอียดและลึกมากขึ้น อย่างไรก็ดี ผู้ดำเนินกิจกรรมควรสังเกตความอ่อนล้าของผู้เข้าร่วมด้วย

4.4) คำถามมีมากเกินไป ควรตัดบางข้อออกบ้างเพื่อให้สามารถใช้เวลาในการเจาะลึกในแต่ละประเด็น

4.5) ผู้จัดกิจกรรมต้องควบคุมเวลาให้เป็นไปตามกำหนด เช่น การเริ่มกิจกรรมให้ตรงกับเวลาที่นัดหมาย เนื่องจากผู้เข้าร่วมบางคนต้องดูแลผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว หากกลับช้าก็จะไม่มีใครช่วยดูแลผู้สูงอายุ

4.6) การเตรียมความพร้อมของผู้จัดกิจกรรม ทั้งเทคนิคในการละลายพฤติกรรมที่เน้นการสร้างความไว้วางใจระหว่างทีมงานและผู้เข้าร่วม การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของคนในพื้นที่หรือข้อมูลเบื้องต้นก่อนจัดกิจกรรม การแจ้งความต้องการให้ผู้เข้าร่วมทราบเพื่อเตรียมความพร้อมและข้อมูลมาก่อน ตลอดจนการเตรียมเทคนิคในการตั้งคำถามแบบง่ายๆ หรือการใช้ภาษาที่ชาวบ้านเข้าใจ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่1 การทำ Environmental Scanning เพื่อสำรวจความต้องการของพื้นที่ได้ ดังภาพประกอบ 5.9 ดังนี้



ภาพประกอบ 5.9 ผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่1 การทำ Environmental Scanning เพื่อสำรวจความต้องการของพื้นที่

5.4.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่ 1 เพื่อสร้างโมเดลการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างโมเดลการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของทั้ง 6 พื้นที่ ผู้ร่วมกิจกรรมในแต่ละพื้นที่ได้สะท้อนความคิดเกี่ยวกับโมเดลที่สร้างขึ้น โดยแบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. เป็นโมเดลที่มีการใช้สัญลักษณ์ต่างๆ ในโมเดลที่เข้าใจง่ายและตรงกัน

เนื่องจากโมเดลที่สร้างขึ้นมีสัญลักษณ์หรืออักษรย่อซึ่งอาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้นำไปใช้เกิดความสับสนทั้งตัวอักษรและเส้นโยงความสัมพันธ์ต่างๆ ตลอดจนความสับสนในการนำโมเดลไปอธิบายต่อให้คนในพื้นที่เนื่องจากโมเดลยังมีความเป็นรูปธรรมน้อยและเข้าใจยากสำหรับคนทั่วไปซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานยังมองไม่เห็นภาพหรือไม่สามารถมองเห็นประโยชน์ของการนำไปใช้ได้อย่างชัดเจน

“ตอนแรกยอมรับว่าไม่เข้าใจสัญลักษณ์ เพราะเส้นและสัญลักษณ์มันทำให้งงจริงๆ..แล้วมันเป็นสากลไหม เช่น CA, FA ถ้าเข้าใจตรงกันทั่วทั้งประเทศก็จะดี แต่ถ้ารู้เฉพาะหน่วยงานก็จะยาก ถ้าเป็นสากลก็จะง่ายขึ้น มันก็จะชัด เวลาสื่อสารกับคนในพื้นที่ก็จะเข้าใจ” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.โคราช)

“ตอนแรกผมก็ยังไม่เข้าใจสัญลักษณ์ ไม่รู้ว่าใครเป็นตัวตนไหน อยู่ตรงไหน แล้วตัวผมอยู่ตรงไหน ตอนหลังผมรู้ว่าตัวผมอยู่ใน CO” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.สกลนคร)

“ถ้าพยายามเอารูปมาแทนสัญลักษณ์ก็จะเข้าใจมากขึ้น เช่น องค์กร ใส่รูปตึกใหญ่ๆ โรงเรียนใส่รูปโรงเรียน วัดเป็นโบสถ์ ทำนองนี้” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ฉะเชิงเทรา)

2. ได้มองเห็นโครงสร้างเครือข่ายของการดูแลผู้สูงอายุ

จากโมเดลที่สร้างขึ้นทำให้ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นความสัมพันธ์ของโครงสร้างทางสังคมในทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในระดับบุคคล/ครอบครัว ชุมชน และสังคม อีกทั้งเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนมากขึ้นและสามารถเห็นเครือข่ายความเชื่อมโยงระหว่างบทบาทหน้าที่ของตนกับบุคคลอื่นหรือกลุ่มอื่นที่อยู่ในโครงสร้างเดียวกัน ทำให้รู้ว่าใครที่สามารถให้ความช่วยเหลือตนได้หรือตนสามารถให้การสนับสนุนใครได้บ้าง ตลอดจนเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างซึ่งนำมาสู่ความตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

“ตัวเองเป็นอสม. มองไปหาคนไข้แล้วมองมาดูเราเองก็ไม่รู้ว่าใครจะสามารถช่วยเราได้ แต่พอมาทำโมเดลเราจะเห็นเลยว่ามีอะไรมาทางไหนบ้าง ข้างบนเรา ข้างล่างเราเป็นอย่างไร เข้าใจว่ายังมีคนคอยช่วยเหลือเราอีกเยอะเลย” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ราชบุรี)

“ทำให้รู้จักกองทุนต่างๆ ในกรณีที่มีปัญหาเรารู้ว่าสามารถไปขอตรงไหนได้บ้าง เพราะว่ามันมีโมเดลของเราอยู่แล้ว ก็จะง่ายขึ้น” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ฉะเชิงเทรา)

“ที่ตอนแรกเหมือนงานที่ทำดูกระจัดกระจายแต่พอนำมารวมกันแล้วเขียนออกมาเป็นภาพทำให้เข้าใจง่ายขึ้นเห็นว่ามันโยงกัน” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.สงขลา)

3. มีการส่งต่อโมเดลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์สูงสุด

สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องหรือบุคคลสำคัญในการรับส่งโมเดลเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติได้แก่ ผู้จัดสรรงบประมาณและผู้เขียนโครงการ กล่าวคือผู้จัดสรรงบประมาณหรือผู้มีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือปลัดอำเภอ

ซึ่งสามารถมองเห็นช่องทางในการจัดสรรงบประมาณให้กับผู้เขียนโครงการได้ เช่น อสม. เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถจัดลำดับความสำคัญเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้รับความตระหนักและแรงสนับสนุนจากสังคมมากขึ้น

“คิดว่าน่าจะเป็นอบต. เพราะว่าจะมีงบประมาณ ดังนั้นถ้าโมเดลนี้ไปถึงมือเขาแล้วน่าจะมีประโยชน์ เขาจะเห็นช่องทางของการที่ใครจะเขียนโครงการได้บ้าง ใครจะเอางบประมาณไปช่วยผู้สูงอายุได้บ้าง เขาจะมาจัดลำดับความสำคัญ” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ราชบุรี)

“คนที่มีพาวเวอร์ที่สุดคือปลัด ไม่ใช่นายกนะคะ นายกเป็นเพียงนักการเมือง ถ้ามีปัญหานายกผิดนิดเดียว คนผิดที่สุดคือปลัด ดังนั้น เรื่องงบประมาณต้องคุยกับปลัด คุยกับนักการเมืองไม่ได้” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.โคราช)

“พี่เองไม่ได้รับผิดชอบเองทั้งหมดก็คงส่งให้แต่ละส่วนนำไปใช้ได้ เผื่อเอาไปวางแผนดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ได้” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.สงขลา)

4. การปรับโมเดลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล

จากโมเดลที่เขียนมาส่วนใหญ่ค่อนข้างชัดเจนอาจมีเพียงบางประเด็น เช่น บางโมเดลยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภายนอกที่ดูแลเกี่ยวกับอาการทางจิตกับชุมชนซึ่งโดยปกติผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการป่วยทางจิตเวช เช่น มีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากแพทย์ แต่ทว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีอาการมักไม่ชอบหรือต้องการไปโรงพยาบาลเพื่อรับยาหรือทำการตรวจรักษา ทำให้อสม.ต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลแทนและต้องคอยควบคุมการทานยาอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้โรงพยาบาลจิตเวชก็ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุทั่วไปซึ่งมีอาการไม่รุนแรงได้อย่างทั่วถึงหรือดูแลได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น ผู้ป่วยที่เหลือจึงต้องปล่อยให้ชุมชนดูแลไปก่อน ปัญหาดังกล่าวจึงนำมาสู่การทบทวนโมเดลให้มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีหน่วยแพทย์เฉพาะทางจิตเวช เช่น เพิ่มบทบาทของโรงพยาบาลจิตเวชหรือหน่วยแพทย์ด้านจิตเวชในชุมชน เป็นต้น

“โมเดลนี้ขาดโรงพยาบาลศูนย์นะคะ ซึ่งจะมีจิตเวชที่เป็นเฉพาะทาง ห้องตรวจอุบัติเหตุ ถ้าได้โรงพยาบาลศูนย์จะครบเลย โรงพยาบาลจิตเวชจะขึ้นตรงกับกรมสุขภาพจิต มีเพียง 17 แห่ง ไม่ได้มีทุกจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชให้ชุมชนร่วมดูแลคนไข้จิตเวช ให้ผู้ดูแลคนไข้เช่น อสม.ไปรับยาให้” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.โคราช)

“โรงพยาบาลจิตเวชไม่เน้นการบริการเหมือนเดิมแล้วครับ ตอนนี้เน้นดูแลเฉพาะเคสที่ยุ่งยากซับซ้อน แต่เคสที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนให้ชุมชนดูแลก่อน อาการที่ไม่ซับซ้อน เช่น จิตเภท เก็บตัวในห้อง ไม่ระรานคนอื่น เพราะฉะนั้นคนที่เป็นภาระจะเป็นอสม.” (เจ้าหน้าที่กรมสุขภาพจิต)

“คนเป็นจิตเวชคิดว่าตัวเองหายแล้ว เลยไม่ไปรับยา บอกให้ไปโรงพยาบาลก็ไม่ไป จะกลับบ้าน ออกจากโรงพยาบาลทั้งชุดคนไข้ แล้วแก้ผ้าออกกลับบ้านเลย” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ราชบุรี)

5. การนำโมเดลไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่

เนื่องจากการนำโมเดลไปใช้ในบางพื้นที่ ผู้ปฏิบัติงานอาจมุ่งเน้นบทบาทในแต่ละส่วนแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่หรือความต้องการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน หรืออาจเพิ่มเติมบางส่วนเข้าไปเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุมักจะเกิดความสบายใจเมื่อเห็นหมอลงพื้นที่มาเยี่ยมตนบ่อยๆ ดังนั้น เวลานำโมเดลนี้ไปปรับใช้อาจจะต้องเพิ่มบทบาทหน้าที่ของหมอมากขึ้นหรือเพิ่มเติมในส่วนของหมอประจำชุมชน ที่เข้าไปตรวจอาการหรือเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุให้มากขึ้น เป็นต้น ซึ่งการที่มีโมเดลตั้งต้นไว้

เป็นสิ่งที่ดีหากแต่การนำไปใช้ประโยชน์นั้นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของตนเอง

“หนูอยากให้มีหมอ มีผู้ใหญ่มาช่วยแนะนำเราด้วย เพราะถ้ามีคนมาแนะนำเรา เราก็จะลองปฏิบัติดู ขนาดมีคนมาเยี่ยมเรา เรายังดีใจ ชื่นใจ หมอไม่ต้องทำอะไร แค่บอกว่าหมอมาด้วยก็ดีใจแล้ว ให้หมอไปกับเราสักหน่อย เขาก็จะเชื่อถือเราบ้าง เพราะการที่หมอลงไปชุมชนกับเราด้วยทำให้คนไข้ในพื้นที่มีความเชื่อมั่นว่ามีคนสนับสนุนการทำงานของเรา” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ราชบุรี)

“ถ้าหนูเจอปัญหา หนูจะแก้ปัญหาตอนนั้นเลย แบบนี้ไม่ถูกก็ปรับเลย แต่ถ้ารออีก 3 เดือนแล้วมาปรับมาแก้ มันไม่ทันแล้ว มันช้าไปแล้ว สมมติว่ากรมสุขภาพจิตประกาศใช้โมเดลนี้ แต่หนูก็อาจจะมีเพิ่มในส่วนของพื้นที่หนูให้เหมาะสม หนูจะปรับจากส่วนกลางให้เหมาะสมกับพื้นที่จริงของหนูให้มีความเป็นไปได้ที่สุด ” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.โคราช)

“ที่ใต้เองเราก็เอามาปรับใช้ได้แต่ก็ต่างกันไปในแต่ละเคส รวมๆก็เห็นภาพแล้วค่อยไปเลือกดูว่าอันไหนจะเพิ่มจะเพิมอะไรเป็นปลีกย่อย” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.สงขลา)

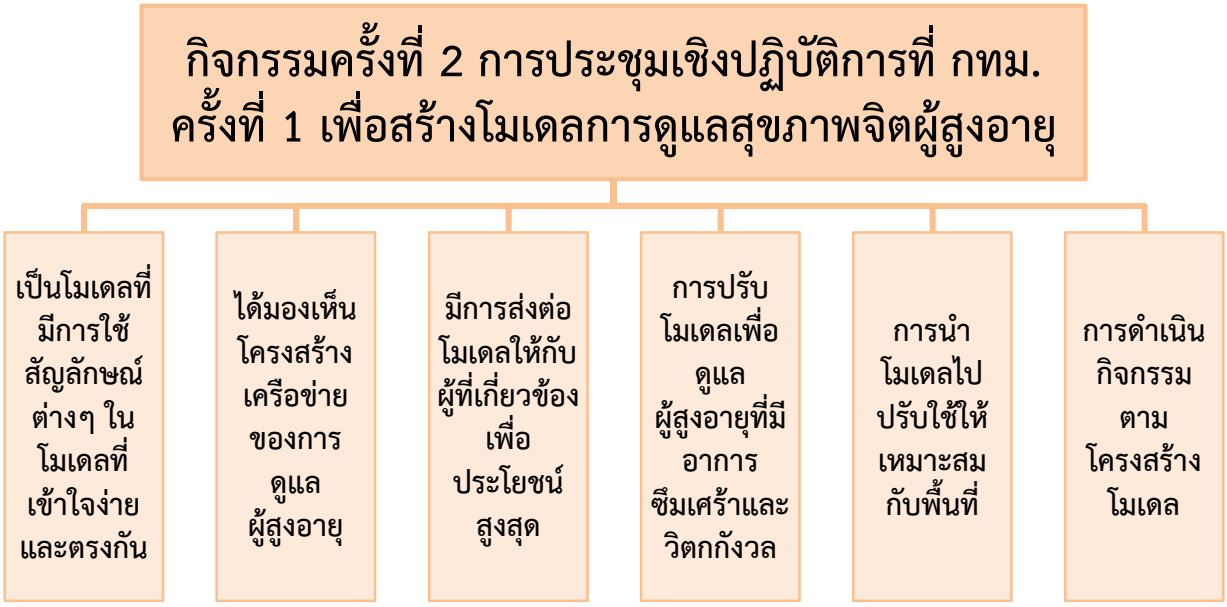
6. การดำเนินกิจกรรมตามโครงสร้างโมเดล

ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเองเมื่อเห็นว่าตนเองมีบทบาทหน้าที่หลักในกิจกรรมหรือเป็นกิจกรรมที่ตนสามารถทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายได้ หลังจากนั้นจึงพิจารณาว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในกิจกรรมมีใครบ้างจึงดำเนินการติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการดำเนินการเรื่องของบประมาณด้วยตนเอง

“ยกตัวอย่างโครงการนมแม่ ถ้าหนูทำ ถ้าถามว่าเอาใครมาร่วม หนูเอาเด็ก เอาแม่มาร่วม แม่ที่สุขภาพดี แม่วัยรุ่น ฝ่ายสนับสนุนเราด้วยเพื่อมาให้ความรู้ นอกจากนี้ก็มี อปท. เทศบาลเข้าไปดูแลได้ หนูไม่เอาหัวไปหาง หนูจะไล่เอาหางไปหัว” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ราชบุรี)

“ต้องดูว่าเราทำเรื่องอะไร ใครเป็น Stakeholder กระบวนการทุกกระบวนการจะหาจาก Stakeholder ก่อน แล้วทำในแนวลึก คือ 1. กำหนดกิจกรรม 2. กำหนด Stakeholder 3. กำหนด 3 ระดับ คือ ครอบครัว ชุมชน และประเทศ แล้วดูว่าเชื่อมโยงกันอย่างไร” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.โคราช)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่2 การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่1เพื่อสร้างโมเดลการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ ดังภาพประกอบ 5.10 ดังนี้



ภาพประกอบ 5.10 ผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่2 การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่1 เพื่อสร้างโมเดลการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

5.4.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 ลงพื้นที่จัดกิจกรรม “ฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัย” ประกอบด้วย ฐาน 1 สร้างเรื่องเล่า ฐาน 2 แสดงบทบาทสมมติ ฐาน 3 รู้ไว้ใช่ว่า มีค่าแน่นอน

จากการเข้าร่วมกิจกรรม “ฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัย” ทั้ง 3 กิจกรรม ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ได้สะท้อนความคิดออกมาเป็นประเด็นต่างๆ ในแต่ละฐานกิจกรรม ดังนี้

<u>ฐาน 1 สร้างเรื่องเล่า</u>

1.1) ความรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจมากขึ้นเมื่อได้เล่าเรื่อง

เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานได้ระบายความในใจ ความรู้สึกอัดอั้นตันใจที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และได้ปลดปล่อยความรู้สึกออกมาให้คนรอบข้างที่ทำหน้าที่เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจและเข้าใจ ทำให้ผู้เล่ารู้สึกผ่อนคลายและสบายใจเมื่อมีคนรับฟังปัญหาที่ทำให้ทุกข์ใจ หรืออาจได้สัมผัสความสุขร่วมกันจากเรื่องเล่าที่น่าประทับใจ นำไปสู่ความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น เมื่อผู้ปฏิบัติงานเกิดพลังใจจึงสามารถกลับมาเผชิญปัญหาได้โดยไม่ย่อท้อ มีความเชื่อมั่นมากขึ้นว่าตนสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยความเข้าใจของทุกคน

1.2) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

เมื่อผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนกัน การถ่ายทอดเรื่องเล่าด้วยความจริงใจและความรู้สึกที่แท้จริง ทำให้เกิดการสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ความรักและความผูกพันต่อกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานร่วมกันด้วยความเข้าใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ต่างคนต่างเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในการดูแลผู้สูงอายุ และยอมรับในสิ่งที่ตนเองควรปรับปรุง อย่างไรก็ดี ผู้ปฏิบัติงานที่เจอกันครั้งแรกก็อาจจะคิดได้ว่าเขาจะเล่าความจริงหรือไม่ และอาจสังเกตได้ว่าถ้าไม่ใช่เรื่องจริงก็จะเล่าไม่ถูก ดังนั้น การเล่าความจริงอย่างเปิดใจคือหนทางเดียวที่ดีที่สุด

1.3) การเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

จากการแลกเปลี่ยนเรื่องเล่าของผู้ปฏิบัติงานที่แต่ละคนประสบมาในชีวิตจริง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้มองเห็นปัญหาในชุมชนร่วมกัน ได้ประเมินคุณภาพของคนในชุมชน ได้รู้ว่ากรณีใดจะสามารถไปประสานงานกับใครได้บ้าง ได้เห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นใครควรจะทำอะไรและช่วยเหลืออย่างไร ได้ความรู้ความเข้าใจในวิธีการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นและสามารถนำไปปรับใช้ได้ เช่น วิธีการดูแลประคับประคองผู้สูงอายุ ตลอดจนได้เห็นกรณีตัวอย่างที่จะไปนำเสนอต่อผู้บริหารและเครือข่ายที่ดูแลผู้สูงอายุในการเข้ามาแก้ปัญหาร่วมกัน

1.4) การเสริมแรงแก่ผู้เล่าเรื่องเพื่อให้มีพลังทำงานต่อ

เมื่อผู้เล่าเรื่องเห็นผู้ฟังให้ความใส่ใจหรือให้ความสำคัญกับเรื่องที่ตนกำลังเล่า ก็จะทำให้ผู้เล่าเรื่องมีกำลังใจมากขึ้น ความพยายามตั้งใจฟังและสบตาผู้เล่าเรื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้ผู้เล่าเรื่องรู้สึกมีพลังที่จะกลับไปทำงานหรือเผชิญกับปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข นอกจากนี้หากผู้เล่าเรื่องรู้สึกภาคภูมิใจกับเรื่องนั้น ความภาคภูมิใจก็จะถูกกระตุ้นให้มีแรงพลังที่จะทำงานต่อได้เช่นกัน เนื่องจากผู้เล่าเรื่องมีความสุขที่ได้แบ่งปันและมีส่วนช่วยให้ผู้ฟังหลุดพ้นจากความทุกข์ได้

1.5) การพร้อมในการเล่าเรื่องและความพร้อมในการจัดกิจกรรม

เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ควรได้รู้ล่วงหน้าว่าจะต้องมีการเล่าเรื่อง และทำความเข้าใจกับเป้าหมายของการเล่าเรื่องก่อน ซึ่งจะมีส่วนช่วยวิทยากรได้มากเพราะถ้ามีการรับรู้ร่วมกันก่อนก็จะมีส่วนช่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินกิจกรรมได้ นอกจากนี้ผู้ดำเนินกิจกรรมควรฝึกจิตวิทยาในการรับฟังโดยเฉพาะเทคนิคการพูดคุยกับผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ฐาน 2 แสดงบทบาทสมมติ

2.1) การสร้างสถานการณ์จำลองให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

จากกิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่มมาร่วมกันกำหนดเรื่องและแบ่งตัวแสดง เพื่อสร้างสถานการณ์จำลองในการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่บอกให้สมาชิกที่แสดงบทบาทเป็นผู้รับบริการได้รู้ จากการพูดคุยให้ความรู้และแสดงบทบาทสมมติของการดูแลผู้สูงอายุในสิ่งที่ถูกต้อง สิ่งที่ควรพิจารณาคือ สถานการณ์ที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับความเป็นจริงมากน้อยเพียงใด และผู้ปฏิบัติงานจริง เช่น อสม. หรือจิตอาสา จะนำบทบาทสมมติไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริงได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ กระบวนการหรือวิธีการดูแลจากบทบาทสมมติควรที่จะสามารถเข้าใจง่ายๆ ทำได้โดยไม่ต้องอ้างทฤษฎีที่เข้าใจยาก เช่น เราสามารถเข้าใจอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้อย่างไร สังเกตสีหน้าท่าทางจากบทบาทสมมติได้อย่างไรโดยไม่ต้องอ่านจากทฤษฎี ตลอดจนสามารถเข้าใจวิธีการเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุอย่างไรจากบทบาทสมมติเพื่อให้เห็นภาพชัดเจน เป็นต้น อย่างไรก็ดี บทบาทสมมติที่ให้แสดงอาจจะดูพื้นๆ แต่ในความเป็นจริงปัญหาอาจจะลึกและซับซ้อนกว่านี้ เนื่องจากระยะเวลาในการแสดงมีน้อย บทบาทสมมติจึงอาจสะท้อนได้เพียงเรื่องเล็กๆ สั้นๆ หรือเป็นเพียงจุดใดจุดหนึ่งของปัญหาทั้งหมด

2.2) การแสดงบทบาทสมมติทำให้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น

การแสดงบทบาทสมมติสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาของผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องปกติทั่วไป แต่เป็นเรื่องที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องให้ความสำคัญและเอาใจใส่กับปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้เกิดข้อพึงระวังว่าปัญหาผู้สูงอายุที่แม้จะเพียงเล็กๆ น้อยๆ ก็อาจทำให้เกิดสิ่งที่ร้ายแรงได้ เช่น การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผลกระทบที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นมิติความเป็นมนุษย์และรู้สึกถึงสภาวะอันตรายได้อย่างชัดเจนมากกว่าการอธิบายหรือบรรยายด้วยคำพูด

“พอได้มาแสดงเองได้เข้าใจขึ้น เห็นเลยว่างานหนักนะดูและคนแก่ เหมือนเห็นอนาคตเลยว่าพอเราแก่จะเป็นไง คงหนักกว่านี้(หัวเราะ) ตอนแสดงก็ไปนึกถึงตัวเราตอนดูแลแม่บางที่เครียดอารมณ์แรงกันก็มานึกเสียใจ ดีเลยได้คิดมากขึ้นกับเรื่องจริง” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.สงขลา)

2.3) การนำบทบาทสมมติไปต่อยอดหรือใช้ในสภาพแวดล้อมจริง

การนำบทบาทสมมติไปต่อยอดหรือทดลองใช้ในสภาพแวดล้อมจริง ผู้ปฏิบัติงานควรพิจารณาปัญหาทางกายของผู้สูงอายุก่อนว่าไม่เป็นอุปสรรคหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มควรมีการพูดคุยกับทีมงานให้เข้าใจสภาพแวดล้อมก่อนว่าเราจะลงไปทำอะไร ที่ไหน อย่างไร และเมื่อไปลงพื้นที่จริง ผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์จะต้องสามารถดูแลการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด และควรเพิ่มข้อมูลกรณีศึกษาให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความเคยชินและความเชื่อมั่น และควรมีการขยายผลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้สูงอายุ

ฐาน 3 รู้ไว้ใช่ว่ามีค่าแน่นอน

3.1) ความเป็นไปได้ของการนำองค์ความรู้ที่ได้จากสื่อไปใช้จริง

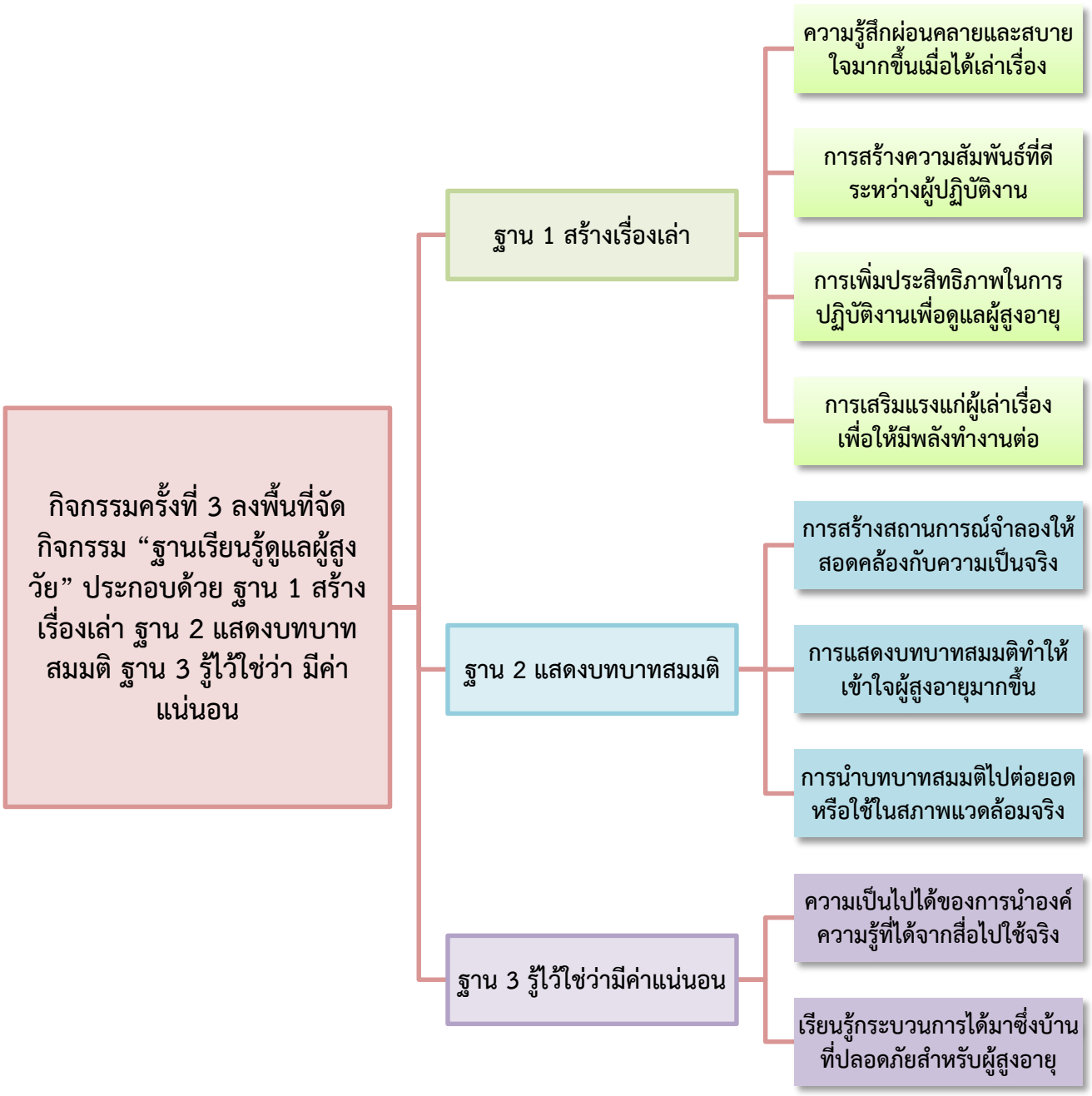
จากการชมวีดิทัศน์บ้านที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ บางครั้งผู้ปฏิบัติงานอาจเกิดความรู้สึกต่อต้านว่าตนจะสามารถทำได้เหมือนกับที่ชมวีดิทัศน์หรือไม่ เนื่องจากสื่อการเรียนรู้ที่นำเสนออาจมีความเป็นไปได้ยากที่จะเกิดขึ้นจริงซึ่งอาจต้องใช้ปัจจัยหลายด้านมาประกอบกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความท้อแท้หรือถอดใจที่จะลงมือทำ ดังนั้น สื่อควรนำเสนอสิ่งที่เป็นไปได้มากที่สุดสำหรับผู้ปฏิบัติงาน หรืออาจนำเสนอกรณีตัวอย่างที่มีความเหมาะสมกับท้องถิ่นเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ได้โดยไม่ยากจนเกินไป เช่น ลักษณะของบ้านแต่ละบ้านอาจมีหลายรูปแบบ บ้านในชุมชนของผู้ปฏิบัติงานมีลักษณะอย่างไร เป็นบ้านในเมืองหรือบ้านในชนบท เป็นบ้านของตนเองหรือบ้านเช่า เป็นบ้านคนที่มีฐานะดีหรือบ้านคนจน เป็นต้น

“มีคนในหมู่บ้านเค้าเอาไปใช้ได้ ไปเปลี่ยนนิดๆหน่อยๆให้คนแก่ที่บ้าน” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.สงขลา)

3.2) เรียนรู้กระบวนการได้มาซึ่งบ้านที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

จากการเข้าร่วมกิจกรรมในฐานนี้ผู้ปฏิบัติงานสะท้อนความคิดในเรื่องของการได้เรียนรู้กระบวนการของการได้มาซึ่งบ้านที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุจริงๆ ไม่ใช่รู้แค่เพียงว่าบ้านที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุทั่วไปมีลักษณะเป็นอย่างไร แต่สื่อการเรียนรู้ที่นำเสนอสามารถทำให้รู้ว่าผู้ปฏิบัติงานจะต้องวิเคราะห์สภาพทั่วไปก่อนดำเนินการปรับปรุงบ้าน เช่น พฤติกรรมของผู้สูงอายุ อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (เช่น อัมพาต อัมพฤกษ์) การสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องน้ำเป็นพิเศษ นอกจากนี้ อาจเกิดจากแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนอื่นเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยปรับปรุงบ้าน การประยุกต์ใช้วัสดุตามธรรมชาติ การศึกษาข้อมูลจากหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่3 ลงพื้นที่จัดกิจกรรม “ฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัย” ประกอบด้วย ฐาน1 สร้างเรื่องเล่า ฐาน2 แสดงบทบาทสมมติ ฐาน3 รู้ไว้ใช่ว่า มีค่าแน่นอน ได้ ดังภาพประกอบ 5.11 ดังนี้



ภาพประกอบ 5.11 สรุปผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่3 ลงพื้นที่จัดกิจกรรม “ฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัย”

5.4.4 กิจกรรมครั้งที่4 ให้แต่ละพื้นที่ฝึกเก็บเรื่องเล่าด้วยตนเอง

จากการลงพื้นที่เก็บเรื่องเล่าด้วยตนเอง ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ได้สะท้อนความคิดในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ได้การเรียนรู้วิธีการเก็บเรื่องเล่า

จากการลงพื้นที่ไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานได้สะท้อนความคิดเกี่ยวกับวิธีการถ่ายทอดเรื่องเล่าของตนเองเพื่อให้ผู้ฟังเกิดความประทับใจรู้สึกมีพลังและมีกำลังใจมากขึ้น รวมถึงวิธีการเก็บเรื่องเล่าจากผู้สูงอายุโดยการเข้าไปสร้างความคุ้นเคย กล่าวชม ทักทายและพูดคุยกับผู้สูงอายุเพื่อดึงเรื่องราวต่างๆ ที่สะท้อนความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุออกมาเป็นเขียนเป็นเรื่องเล่า

“ไปเก็บเรื่องเล่าของผู้ที่สมองเสื่อม โดยพี่จะเป็นคนเล่าเรื่องเอง เพราะเราได้ไปช่วยเหลือเขาเองในฐานะที่เราเป็น อสม.” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.สกลนคร)

“ชื่อเรื่องพรอันประเสริฐ เอาเรื่องที่เราเขียนไปเล่าให้คนอื่นฟัง หมอที่อนามัยยังชอบ เราทำได้ผล เราภูมิใจ” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.โคราช)

“จะไปเก็บเรื่องเล่าเราก็ต้องพูดคุยทักทาย พูดชมผู้สูงอายุก่อน แกปวดเมื่อยเราก็นวดให้ แล้วผู้สูงอายุก็จะรู้สึกเป็นกันเองกับเรา..ผู้สูงอายุจะขี้บ่น อารมณ์ไม่ดี เราต้องชวนคุยเรื่องขำๆ เรื่องดีๆ”

(ผู้ปฏิบัติงาน จ.ฉะเชิงเทรา)

“ต้องตีสนิทกับเขาก่อน ไปหาเขาบ่อยๆ เหมือนไปถามอาการ ถามสารทุกข์สุขดิบของเขา”

(ผู้ปฏิบัติงาน จ.ราชบุรี)

“บาง case ถามคำตอบคำ เราต้องบอกว่าเราไม่ได้เอาไปทำอะไรที่ไม่ดีเราเอาไปศึกษาวิจัย เราอยากรู้ว่าคนไข้มีอาการอย่างไร เราดูแลแบบไหนถึงจะได้ผลดี ต้องใช้วิธีโน้มน้าวใจแล้วเข้าประเด็น บางครั้งก็ไม่ได้แก่น เราก็ต้องถามให้ได้ว่าใครทำอะไร อย่างไร มีผลเป็นอย่างไร..จากนั้นก็เอามาเรียบเรียงให้เป็นโครงสร้างเป็นเรื่องราวที่มีรายละเอียด” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.น่าน)

ในบางสถานการณ์ เช่น ผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านคนเดียวหรือเป็นพื้นที่ส่วนบุคคล ผู้ปฏิบัติงานที่ยังไม่คุ้นเคยกับผู้สูงอายุ ควรศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุก่อน เช่น สอบถามข้อมูลจากคนข้างบ้าน ผู้ดูแลหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ขอความช่วยเหลือจากเขาให้พาไปพบและพูดคุยด้วยกันเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและไว้เนื้อเชื่อใจผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น

“หาข้อมูลจากคนข้างบ้าน รอบๆ บ้านก่อนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เวลาจะเข้าไปเก็บเรื่องเล่ากับผู้สูงอายุเอาคนข้างบ้านของผู้สูงอายุเข้าไปด้วยโดยเฉพาะบริบทที่เป็นเขตเมืองจะมีความเป็นส่วนตัว ประตูบ้านจะปิด ดังนั้นเราต้องไปเป็นกลุ่มหรือเป็นคู่ในการเก็บเรื่องเล่า” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.โคราช)

สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่คุ้นเคยกับผู้สูงอายุหรือดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำอยู่แล้วก็อาจใช้วิธีค่อยๆ เก็บเรื่องเล่าทีละนิดจากการพูดคุยในแต่ละวันแล้วนำมาเขียนเรียบเรียงเป็นเรื่องราวปะติดปะต่อกัน

“ตอนนั้นเลือกเก็บเรื่องเล่ากับคุณแม่ เพราะดูแลอยู่ใกล้ชิดกันทุกวัน ใช้วิธีการพูดคุยกับแม่ทุกวัน การเขียนบันทึกใช้เวลาไม่นานเพราะอยู่ในใจเรา แต่ก็ใช้เวลาหลายวันเหมือนกันเพราะจะมีการเอามาทบทวน การเขียนว่าตนเองสามารถเขียนให้เรื่องราวปะติดต่อกันหรือไม่อย่างไร” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ฉะเชิงเทรา)

2. เกิดเจตนารมณ์ที่ต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุจากการฝึกเก็บเรื่องเล่า

จากการลงพื้นที่ไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานได้สะท้อนความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับเจตนารมณ์ที่ต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุจากการเข้าไปเก็บเรื่องเล่าในพื้นที่ เป็นความคาดหวังที่จะให้ผู้สูงอายุได้รับฟังเรื่องราวที่ช่วยสร้างกำลังใจ รวมถึงให้ผู้สูงอายุได้ระบายความทุกข์หรือปัญหาที่ประสบจากการเล่าเรื่องของตนเองซึ่งนำมาสู่การให้กำลังใจและสร้างพลังใจที่จะร่วมกันแก้ปัญหาไปด้วยกัน

“บาง case ได้เกินมาจากที่คาดหวัง คือ เราได้ช่วยเหลือเขาด้วย บาง case ร้องไห้ เขาได้ระบาย เช่น บาง case เครียด แฟนเขาขี้บ่น ลูกก็ไม่ส่งเสียดูแล เขาร้องไห้ พี่ก็บอกว่ายังมีหลายองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือเราได้ เราก็ปลอบเขา เขาก็ดีขึ้น” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.น่าน)

“จากการเก็บเรื่องเล่าเราหวังให้คนที่เราไปเก็บข้อมูลได้รับความสบายใจ รู้สึกดีขึ้นซึ่งได้ตามความคาดหวัง เราเก็บเรื่องเล่าที่มีประโยชน์ เราเอาไปเล่าให้คนอื่นฟังเวลาเราไปเยี่ยมบ้าน คนอื่นได้ฟังก็เป็นประโยชน์กับเขา” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.โคราช)

“ภูมิใจที่ได้เก็บข้อมูลมาแล้วนำเรื่องมาขยายผลให้คนอื่นได้อ่านต่อ” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ฉะเชิงเทรา)

“เรื่องเล่าใช้ประโยชน์ได้หลายอย่าง ถ้าเราเป็นคนเล่าเองจะได้ผ่อนคลาย ได้ระบาย สามารถนำไปใช้ในการดูแลคนไข้คนอื่นๆ ช่วยเหลือคนอื่นได้” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.น่าน)

3. ได้แนวทางช่วยเหลือผู้สูงอายุในการถ่ายทอดเรื่องเล่า

ในการถ่ายทอดเรื่องเล่าของผู้สูงอายุ บางครั้งอาจทำให้ผู้เล่ารู้สึกสะเทือนใจ วิธีการปลอบโยนและให้กำลังใจจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานเมื่อเข้าไปอยู่ในพื้นที่ เช่น การปล่อยให้ผู้สูงอายุระบายในสิ่งที่อัดอั้นตันใจโดยการรับฟังอย่างเข้าใจและตั้งใจ การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเล่าเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในอดีต เป็นต้น

“เรียนรู้หลักการในการดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เขาไม่เครียด ไม่กังวล โดยทำให้เขาได้คุยได้ระบาย พอหงุดหงิดได้บ่นได้พูดออกมาสักพักแกก็จะเงียบ คนดูแลต้องปล่อยให้พูด ได้ระบายออกมาก็จะหาย” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ราชบุรี)

“เราน่าจะไปกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าวิตกกังวลได้เล่าในสิ่งที่เขาภูมิใจในอดีต เพื่อให้เขาระลึกความหลัง เกิดความสุข ความภูมิใจ” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.น่าน)

ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นลูกหลาน คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นผู้สูงอายุในการถ่ายทอดเรื่องเล่า บางครั้งผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ต้องอดทนกับการตอบสนองทางอารมณ์ในทางลบของผู้สูงอายุ จนอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและแสดงอาการป่วยออกมาได้ ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถมีพลังและกำลังใจที่จะทำงานจึงเปรียบเสมือนการดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน

“ตอนที่เก็บกับผู้ดูแลเราสังเกตจากสีหน้าเขา เขาร้องไห้ เขาว่าเขาดูแลได้เท่านี้ผู้สูงอายุก็ไม่พอใจ ผู้ดูแลก็เครียด นอนไม่หลับ เราก็อธิบายพูดให้กำลังใจเขา..เราก็จะสอนผู้ดูแลต่อเวลาที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุมาพบแพทย์ก็จะได้ประโยชน์ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.น่าน)

“สังเกตว่าผู้ดูแลยังไม่เข้าใจ ผู้ดูแลก็บ่น ผู้สูงอายุก็บ่นปรับตัวไม่ได้ บางทีเราต้องช่วยผู้ดูแลให้เข้าใจผู้สูงอายุ แล้วชวนคุยให้เห็นว่าการดูแลจะส่งผลให้ตัวเองดีขึ้น ทำมาค้าขึ้น และให้ผู้ดูแลย้อนถึงตอนเด็กว่าเรา

ยังถามซ้ำซากพ่อแม่ก็ตอบทุกคำ พ่อแม่ยังรักดูแลเราได้ตอนนี้พ่อแม่แก่เฒ่าก็เป็นบ้าง เราก็ต้องรักดูแลท่านได้" (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ฉะเชิงเทรา)

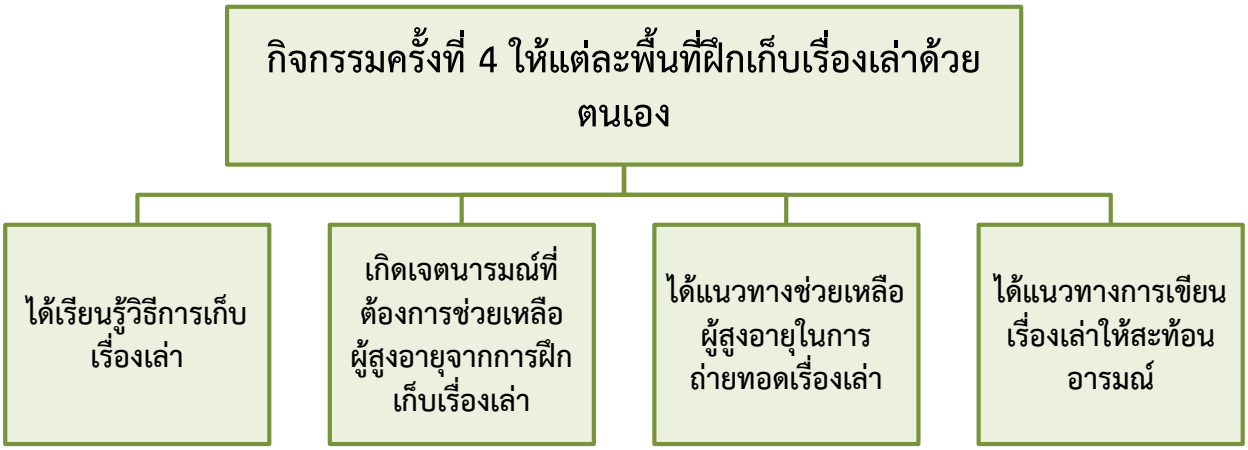
4. ได้แนวทางการเขียนเรื่องเล่าให้สะท้อนอารมณ์

ในการถ่ายทอดเรื่องเล่าออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้อ่านสามารถสัมผัสอารมณ์ที่สะท้อนออกมาจากวิธีการเขียนได้เช่นกัน ปัจจัยสำคัญคือเรื่องเวลาการเขียนจะต้องมีมากพอสมควรในการเรียบเรียงคำพูดและเรื่องราว นอกจากนี้ผู้เขียนควรฝึกเขียนเรื่องเล่าของตัวเองก่อนเพื่อฝึกการใส่ความรู้สึกในขณะที่เขียนและอาจย้อนกลับมาเพิ่มเติมข้อมูลใหม่โดยไม่จำเป็นต้องเขียนครั้งเดียวจบ เช่น ฝึกเขียนไดอารี่ของตนเอง เป็นต้น

"เราอยากเขียนเรื่องเล่าให้ดีๆ ให้ลองเขียนเรื่องตัวเองก่อนที่เราจำได้อาจเป็นเรื่องประทับใจหรือเป็นคำพูดที่แสลงใจก็ได้ โดยแทรกความคิดความรู้สึกของเราเยอะๆ หากเราเขียนจบแล้วเรามาอ่านเห็นตกหล่นตรงไหนเราก็เพิ่มเติมเข้าไป" (ผู้ปฏิบัติงาน จ.น่าน)

"ที่ผ่านมาให้เวลาน้อยมาก ต้องให้เวลาที่เหมาะสม" (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ฉะเชิงเทรา)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 ให้แต่ละพื้นที่ฝึกเก็บเรื่องเล่าด้วยตนเอง ได้ดังภาพประกอบ 5.12 ดังนี้



ภาพประกอบ 5.12 สรุปผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 ให้แต่ละพื้นที่ฝึกเก็บเรื่องเล่าด้วยตนเอง

5.4.5 กิจกรรมครั้งที่ 5 : การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่ 2

จากการเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรมผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ได้สะท้อนความคิดในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. รู้สึกถึงบรรยากาศที่เป็นกันเองของการจัดกิจกรรม

ผู้ปฏิบัติงานที่เข้ามาร่วมกิจกรรมได้สะท้อนความคิดในเรื่องของแนวทางการจัดกิจกรรมของคณะผู้วิจัย คือการสร้างบรรยากาศเป็นกันเองซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกสบายใจและ อยากที่จะเล่าประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นต่อกลุ่มและต่อที่ประชุม ไม่มีความกดดัน ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ ไม่มีการแยกว่าใครเป็นอาจารย์ ใครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ใครเป็นทีมงานสาธารณสุข รู้สึกว่ามีความเสมอภาคกัน รวมถึงกระบวนการทำวิจัยและการจัดกิจกรรมของคณะผู้วิจัยที่มีความเป็นระบบและมีความชัดเจนในทุกกิจกรรม

"บรรยากาศดีมากๆ สนุกและเป็นกันเองทั้งทีมวิทยากรและผู้เข้าร่วม" (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ฉะเชิงเทรา)

2. ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์และเรื่องเล่า

ผู้ปฏิบัติงานที่มาจากพื้นที่ต่างๆ ได้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรื่องเล่าในการทำงานเป็นจิตอาสาอย่างแท้จริงจากชุมชนอื่นๆ ทำให้ได้เรียนรู้เทคนิคในการเข้าหาผู้สูงอายุจากผู้ปฏิบัติงานในชุมชนอื่นๆ เช่น วิธีการพูดคุย การเล่าเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่น ได้เรียนรู้และเห็นประโยชน์ของการใช้เรื่องเล่าในการดูแลผู้สูงอายุจากประสบการณ์จริงของผู้ที่นำไปใช้มาแล้วว่าเรื่องเล่าสามารถทำให้เข้าใจจิตใจของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้เทคนิคในการดึงผู้สูงอายุให้เข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมของคนในครอบครัวและชุมชน

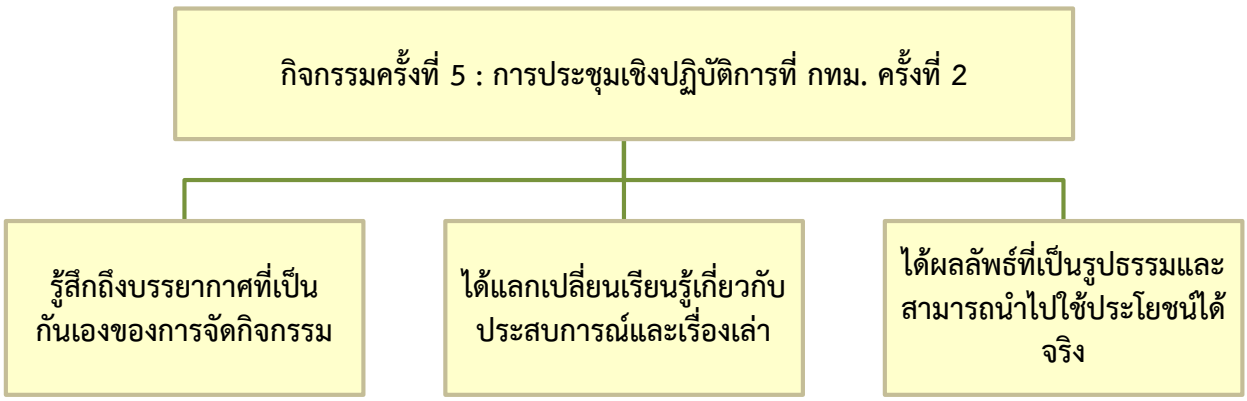
“มาครั้งนี้ได้เรียนรู้เรื่องดีๆมากเลย อย่างได้มาคุยกันเรื่องของการเขียนเรื่องเล่าแล้วแบ่งกลุ่มให้นั่งคุยกัน เราก็ได้ฟังคนอื่นว่าเป็นยังไง เหมือนเราไหมใครยากกว่ากันเวลาไปเก็บไปคุยกับผู้สูงอายุ” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.น่าน)

3. ได้ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมคือ การได้รับเอกสารการประชุมที่เป็นการรวมเรื่องเล่าของทุกชุมชน ทำให้มีเครื่องมือที่จะนำกลับไปใช้ในชุมชนได้จริง รวมถึงการมีโอกาสได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้ที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่าในเอกสารการประชุมด้วย นอกจากนี้ยังได้รับข้อมูลโมเดลเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งทำให้ได้เห็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งระบบจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และรู้แหล่งข้อมูลได้ว่าจะสามารถไปขอความช่วยเหลือหรือประสานงานกับหน่วยงานใดได้บ้าง ตลอดจนได้เครือข่ายในการทำงานดูแลผู้สูงอายุในชุมมากขึ้น ทั้งนี้ผู้จัดกิจกรรมอาจเพิ่มกิจกรรมที่สอดรับกับผลลัพธ์มากขึ้น เช่น การไปดูงานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็น Best Practice เป็นต้น

“กลับไปก็เอาไปใช้ประโยชน์ได้เลย อย่างเอกสารที่แจกให้หรือตัวโมเดลที่ช่วยกันคิดก็เอาไปลองทำดูให้ในทีมช่วยๆกันทำก่อน” (ผู้ปฏิบัติงาน จ.ราชบุรี)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 : การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่ 2 ได้ดัง ภาพประกอบ 5.13 ดังนี้



ภาพประกอบ 5.13 สรุปผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 : การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่ 2

5.4.5 สรุปผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่มีต่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ผู้เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว อสม./ อผส. และทีมงานเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 26 คน

ตาราง 5.6 ข้อมูลส่วนบุคคล

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน		
พยาบาล	3	11.5
อสม./อผส.	18	69.2
ผู้ดูแลในครอบครัว	1	3.8
อื่นๆ	4	15.4
รวม	**26**	**100.0**
จังหวัดที่ปฏิบัติงาน		
ฉะเชิงเทรา	5	19.2
นครราชสีมา	6	23.1
น่าน	5	19.2
ราชบุรี	4	15.4
สกลนคร	6	23.1
รวม	**26**	**100.0**
จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมย่อย (จากผู้ตอบทั้งหมด 26 คน)		
1) การจัดกิจกรรมสำรวจสภาพชุมชน	18	69.2
2) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างโมเดลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	20	76.9
3) กิจกรรมการลงพื้นที่ “ฐานเรียนรู้...ดูแลสูงวัย”	26	100.0
4) บุคลากรในพื้นที่ฝึกเก็บข้อมูลเรื่องเล่า	24	92.3
5) การประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน	26	100.0

จากตาราง 5.6 โดยภาพรวม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ให้ความเห็นในการปะเมินโครงการวิจัยด้วยแบบสอบถามประกอบด้วยผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่เป็น อสม./อผส. (ร้อยละ 69.2) โดยปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา นครราชสีมา น่าน ราชบุรี และสกลนคร ทั้งนี้ผู้ประเมินโดยส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรมย่อยในโครงการวิจัยทั้งหมดครบทั้ง 5 กิจกรรม

ตาราง 5.7 ความพึงพอใจต่อกิจกรรม

ประเด็น	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น	SD	ความหมาย
1. ฉันร่วมแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมอย่างเต็มที่	3.65	.485	มาก
2. ฉันเห็นประโยชน์ของกิจกรรม	3.77	.430	มาก
3. ฉันต้องการให้เพื่อนๆ ในอาชีพได้เข้าร่วมกิจกรรม	3.73	.452	มาก
4. ฉันร่วมกิจกรรมอย่างเต็มใจ	3.85	.368	มาก
5. ฉันเรียนรู้จากเพื่อนๆ ร่วมอาชีพ	3.50	.510	มาก
ความคิดเห็นโดยรวม	**3.70**	**.368**	**มาก**

จากตาราง 5.7 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อกิจกรรมของโครงการวิจัย ซึ่งใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรประเมินค่าซึ่งมีตัวเลือกคำตอบ 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และใช้เกณฑ์การแปลความหมายระดับค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อกิจกรรมดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.75 มีความพึงพอใจในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.76 – 2.50 มีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.25 มีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างมาก
ค่าเฉลี่ย 3.26 – 4.00 มีความพึงพอใจในระดับมาก

โดยภาพรวม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมของโครงการวิจัยในระดับมากในทุกประเด็น

ตาราง 5.8 ประโยชน์จากกิจกรรม

ประเด็น	ค่าเฉลี่ยประโยชน์	SD	ความหมาย
1. ความรู้เกี่ยวกับอาการวิตกกังวล	2.50	.510	มาก
2. ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า	2.62	.496	มาก
3. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการวิตกกังวล	2.54	.508	มาก
4. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า	2.85	1.347	มาก
5. ทัศนะที่มีต่อการทำงานดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น	2.88	.326	มาก
6. ทัศนะที่มีต่อผู้สูงอายุดีขึ้น	2.88	.326	มาก
ประโยชน์โดยรวม	**2.71**	**.420**	**มาก**

จากตาราง 5.8 แสดงผลการประเมินประโยชน์จากกิจกรรมของโครงการวิจัย ซึ่งใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรประเมินค่าซึ่งมีตัวเลือกคำตอบ 3 ระดับ ได้แก่ มีประโยชน์มาก มีประโยชน์ปานกลาง มีประโยชน์น้อย และใช้เกณฑ์การแปลความหมายระดับค่าเฉลี่ยของประโยชน์จากกิจกรรมดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 มีประโยชน์ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.66 – 2.33 มีประโยชน์ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 มีประโยชน์ในระดับมาก

โดยภาพรวม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความคิดเห็นต่อประโยชน์จากกิจกรรมของโครงการวิจัยว่ามีประโยชน์ในระดับมากในทุกประเด็น

ตาราง 5.9 ความต่อเนื่องของโครงการ

ประเด็น	ค่าเฉลี่ยความมั่นใจ	SD	ความหมาย
1. จะใช้ประโยชน์ต่อไปได้จริงและเป็นรูปธรรม	4.38	1.134	มาก
2. จะสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	4.62	1.061	มาก
ความมั่นใจโดยรวม	**4.50**	**1.068**	**มาก**

จากตาราง 5.9 แสดงผลการประเมินความต่อเนื่องของโครงการวิจัย ซึ่งใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรประเมินค่าซึ่งมีตัวเลือกคำตอบ 5 ระดับ ได้แก่ ความมั่นใจ 0% ความมั่นใจ 25% ความมั่นใจ 50% ความมั่นใจ 75% ความมั่นใจ 100% และใช้เกณฑ์การแปลความหมายระดับค่าเฉลี่ยของความต่อเนื่องของโครงการวิจัยดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 มีความมั่นใจในความต่อเนื่องของโครงการในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 มีความมั่นใจในความต่อเนื่องของโครงการในระดับค่อนข้างน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 มีความมั่นใจในความต่อเนื่องของโครงการในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 มีความมั่นใจในความต่อเนื่องของโครงการในระดับค่อนข้างมาก
ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 มีความมั่นใจในความต่อเนื่องของโครงการในระดับมาก

โดยภาพรวม ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความมั่นใจในการความต่อเนื่องของโครงการวิจัยในระดับมากในทุกประเด็น

บทที่ 6
การใช้เรื่องเล่าเพื่อสร้างกลไกการดูแลอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

บทนี้เป็นเรื่องเล่าที่ได้จากการทำวิจัยปฏิบัติการระหว่างนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเรื่องเล่าจากการลงพื้นที่ 6 จังหวัด ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นเรื่องเล่าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของทั้ง 6 จังหวัด รวมทั้งหมด 54 เรื่อง โดยในแต่ละเรื่องนั้นมีความคิดเห็นของนักจิตวิทยา และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชร่วมอยู่ด้วย มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 6.1 ประเภทและชื่อเรื่องเล่า

ประเภท	หมายเลข/ชื่อเรื่องเล่า	จังหวัด
การดูแลโดยเจ้าหน้าที่	16) จากไปไม่ลา	สงขลา
	19) อุ่นไอรัก	สงขลา
การดูแลโดยคนในครอบครัว	1) การให้ในสิ่งที่ต้องการเป็นพื้นฐานของการดูแลผู้สูงอายุ	ฉะเชิงเทรา
	2) รักของพี่นี้เพื่อน้อง	ฉะเชิงเทรา
	3) หน้าที่ของลูก	ฉะเชิงเทรา
	4) การดูแลเอาใจใส่ทำให้ใจบาน	ฉะเชิงเทรา
	5) รักแม่ต้องดูแล	ฉะเชิงเทรา
	6) ความรักความผูกพันของพี่น้องช่วยคลายเศร้า	ฉะเชิงเทรา
	7) การให้ได้ระบายช่วยคลายเศร้า	ฉะเชิงเทรา
	8) การดูแลเอาใจใส่ ให้เวลาเต็มที่ช่วยคลายเศร้า	ฉะเชิงเทรา
	9) ลูกหลานสร้างแรงผลักดันชีวิตช่วยคลายเศร้า	ฉะเชิงเทรา
	10) ไม่ทิ้งกันช่วยคลายเศร้า	ฉะเชิงเทรา
	11) คุยกันช่วยคลายเศร้า	ฉะเชิงเทรา
	12) กลับไปเป็นเด็กอีกครั้ง	สงขลา
	13) กลัวความโดดเดี่ยว	สงขลา
	14) ป้องกันไต ใส่ใจลดยากิน	สงขลา
	15) ความรักความห่วงใย	สงขลา
	17) มะเร็งรู้ไวทำใจได้	สงขลา
	18) เรื่องเล่านี้ที่ไม่มีวันลืม	สงขลา
	20) วิตกกังวลรักษาด้วยใจ	น่าน
	21) จะคู่บุญหรือคู่กรรมก็นำพาชีวิตเป็นสุข	น่าน
	22) พิชิตโรคซึมเศร้าด้วยรักและเข้าใจจากกสายใยครอบครัว	น่าน
	23) โรคลมชักมักมากับโรคซึมเศร้า	น่าน

ประเภท	หมายเลข/ชื่อเรื่องเล่า	จังหวัด
	24) หลักธรรมนำใจแก้ไขปัญหาซึมเศร้า	น่าน
	25) วิตกกังวลเมื่อยายอยากอุ้มหลาน	น่าน
	26) ซึมเศร้าการจากไปแบบไม่ลาของลูกชาย	น่าน
	27) ซึ้งน้ำใจชาวบ้านเมื่อช่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	น่าน
	28) ทำอย่างไรเมื่อแม่ร้องไห้ทุกคืน	น่าน
	29) ช่วงชีวิตที่ดีที่สุด	สกลนคร
	30) ประสบการณ์ทำให้เข้าใจ	สกลนคร
	31) ทำไมถึงคิดไม่ได้	สกลนคร
	32) หมดกรรมเมื่อไหร่ก็สบาย	สกลนคร
	33) สุขที่ได้ดูแล	สกลนคร
	34) เหนื่อยแต่ภูมิใจ	สกลนคร
	35) ไม่ทิ้งตาไปไหน	สกลนคร
	36) ต้องรู้จักยอม	สกลนคร
	37) ความสำเร็จของลูกหลาน	นครราชสีมา
	38) บุญกรรมร่วมกัน	นครราชสีมา
	39) อยู่ที่ใจ	นครราชสีมา
	40) คู่ชีวิต	นครราชสีมา
	41) อย่าขัดใจ	นครราชสีมา
	42) เพื่อนช่วยได้	นครราชสีมา
	43) อยู่ใกล้เหมือนไกล	นครราชสีมา
	44) ชีวิตที่สงบเย็นของคุณยาย	ราชบุรี
	45) คุณย่าข้างบ้าน	ราชบุรี
	46) ความกลัวของคุณแม่	ราชบุรี
	47) การหมั่นสังเกต เอาใจใส่ และให้ทุกอย่างที่ต้องการคือหลังสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ	ราชบุรี
	48) การดูแลโดยให้การยอมรับ และอดทน หล่อหลอมให้ผู้ดูแลเข้าใจและมีความสุขไปกับการดูแลได้	ราชบุรี
	49) การให้ทำในสิ่งที่ชื่นชอบ และคอยรับฟังพูดคุยกันทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลทั้งหลายได้	ราชบุรี
	50) ธรรมมะและความแน่นแฟ้นของครอบครัวเป็นพลังเสริมกายใจให้แข็งแกร่ง	ราชบุรี
	51) ร่างกายไม่สบายจิตใจก็พลอยแย่ไปด้วย	ราชบุรี
	52) ลูกอยู่ห่างไกล ใจแม่ก็เป็นห่วง	ราชบุรี
	53) ทุกข์เพราะงาน	ราชบุรี
	54) มรดกกรรม	ราชบุรี

เรื่องเล่าการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งตามภูมิภาค และจังหวัด มีรายละเอียดการนำเสนอ ดังนี้

6.1 เรื่องเล่าของภาคกลางและภาคตะวันออก จ.ฉะเชิงเทรา (เรื่องที่ 1-11)

6.2 เรื่องเล่าของภาคใต้ จ.สงขลา (เรื่องที่ 12-19)

6.3 เรื่องเล่าของภาคเหนือ จ.น่าน (เรื่องที่ 20-28)

6.4 เรื่องเล่าของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จ.สกลนคร (เรื่องที่ 29-36)

6.5 เรื่องเล่าของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จ.นครราชสีมา (เรื่องที่ 37-43)

6.6 เรื่องเล่าของภาคตะวันตก จ.ราชบุรี (เรื่องที่ 44-54)

เรื่องที่ 1

เรื่อง การให้ในสิ่งที่ต้องการเป็นพื้นฐานของการดูแลผู้สูงอายุ
เจ้าของเรื่องเล่า พี่แย้มลูกสาวคุณยายหอม
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวปานรดา บุษรารัตน์

เรื่องการให้ในสิ่งที่ต้องการเป็นพื้นฐานของการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องราวของความสัมพันธ์ระหว่างลูกสาวกับผู้เป็นแม่วัยชราวัย 87 ปี ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังมามากกว่า 20 ปี

พี่แย้มผู้เป็นลูกสาวได้เล่าให้ฟังว่า คุณยายหอมเริ่มต้นมีอาการป่วยด้วยการประสบอุบัติเหตุทำให้หลังหักและแขนหลุดส่งผลให้ไม่สามารถเดินได้หรือช่วยเหลือตนเองได้มาตั้งแต่ 20 กว่าปีที่แล้ว ซึ่งในครั้งแรก ๆ คุณยายเริ่มจากมีอาการหลังหักเกิดขึ้นก่อน และต่อมาจึงสะดุดล้มจนกระทั่งแขนหลุดในครั้งต่อมา หลังจากนั้นคุณยายหอมจึงทำได้เพียงแค่ลุกนั่ง และเคลื่อนไหวร่างกายได้แค่การกระเถิบตัวเองเพื่อหยิบของใกล้ตัวได้เพียงบางครั้งเท่านั้น

พี่แย้มยังเล่าเพิ่มเติมอีกว่า ในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมานี้พี่แย้มได้มารับหน้าที่หลักในการดูแลคุณยายหอม โดยมีหน้าที่ประจำในแต่ละวันคือ อาบน้ำล้างหน้าเช็ดตัวให้คุณยายในตอนเช้าพร้อมทั้งจัดเตรียมอาหารทั้ง 3 มื้อ ให้คุณยาย ซึ่งนอกจากพี่แย้มแล้ว ยังมีพี่สาวของพี่แย้มที่มาช่วยดูแลคุณยายในช่วงเวลากลางวันซึ่งเป็นช่วงที่พี่แย้มต้องขายของ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาพี่แย้มได้สังเกตว่าโดยส่วนใหญ่แล้วคุณยายจะไม่กังวลกับเรื่องภาวะเจ็บป่วย แต่เคยมีอาการอายบ้างกับสภาพที่ตนเองต้องนอนขับถ่ายแล้วใช้ผ้าคลุมไว้ ด้วยเหตุนี้คุณยายจึงไม่ออกมานอกบ้าน แต่จะหลบอยู่ในมุมห้องนอนของตนเอง ซึ่งพี่แย้มก็เคยปลอบใจว่าไม่ต้องอายให้ออกมา แต่คุณยายก็ยังชอบที่จะอยู่แต่ในห้องนอนของตนเอง พี่แย้มเลยตามใจ ด้วยการให้คุณยายอยู่ในห้องของตัวเอง แต่ก็จัดให้เป็นห้องที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ปลอดโปร่ง และถ้าใครจะมาเยี่ยมก็ให้ไปพบปะที่ห้องคุณยายได้ แต่สิ่งที่คุณยายกังวลที่สุดจนแสดงอาการออกมาก็คือ การบ่นถึงหลานชาย การเฝ้าถามถึง และรอคอยหลานชายในทุก ๆ วัน เพราะคุณยายผูกพันกับหลานชายที่เลี้ยงมาตั้งแต่เกิดโดยคุณยายจะต้องถามถึงหลานชายเสมอ ว่าวันนี้หลานชายมาหารึยัง หลานชายกลับจากทำงานหรือยัง หรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของหลานชาย เช่น ฝนตกแดดออกก็กลัวหลายชายจะลำบาก ซึ่งถ้าหลานยังไม่มาคุณยายก็จะมีอาการซึมเศร้าเหงา ๆ พี่แย้มก็จะต้องเข้าไปปลอบใจโดยบอกกับคุณยายว่า “หลานไปทำงาน เดี๋ยวมันก็มา” ซึ่งพอได้ยินคำนี้ คุณยายก็จะแจ่มใสขึ้น และมีความหวังในการรอคอยหลาน ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้ว พี่แย้มเล่าว่าหลานชายจะมาหาคุณยายโดยสม่ำเสมอ เช่น ในตอนเช้าก่อนไปทำงานก็จะแวะมาเยี่ยมเอาขนม เอาหมากพลูมาให้อยู่บ่อย ๆ และในวันอาทิตย์ก็จะมาหาพร้อมทั้งพาลูกของตนเองมาหาคุณยายด้วย ซึ่งทำให้คุณยายอารมณ์ดีแจ่มใส

นอกจากนี้พี่แย้มยังเล่าเพิ่มเติมว่า ในทุก ๆ วัน จะพยายามถามและเอาใจใส่ว่าคุณยายอยากได้อะไร อยากกินอะไร ก็จะพยายามหาให้ทุกครั้ง โดยพี่แย้มเล่าให้ฟังว่า *“เค้าจะรีบสั่งตั้งแต่ตีห้าว่าวันนี้อยากได้อะไร เพราะกลัวพี่จะไปตลาดเสียก่อน พอเค้าสั่งอะไรมา พี่ไปตลาดก็พยายามหามาให้ในสิ่งที่แกอยากได้” “หรืออย่างบางทีแกหาของไม่เจอ พอแกเรียกพี่ก็เข้าไปหาให้นะ”* ซึ่งเมื่อคุณยายได้ของที่ต้องการ คุณยายก็จะอารมณ์ดี ไม่เคยมีงอแง

วิธีการที่พี่แย้มดูแลคุณยายนั้น นอกจากจะดูแลเรื่องของการอาบน้ำชำระร่างกายแล้ว พี่แย้มยังดูแลเรื่องอาหารการกินโดยให้คุณยายกินอาหารวันละ 3 มื้อ พร้อมด้วยให้กินอาหารเสริม และจัดอาหารว่างและขนมให้คุณยายกินสม่ำเสมอ ซึ่งพี่แย้มคิดว่ามันเป็นสิ่งที่ลูกควรทำ ไม่ได้รู้สึกว่ามีความยุ่งยากหรือลำบาก อะไรที่คุณยายอยากได้ก็หามาให้ ซึ่งสิ่งนี้เองจึงทำให้ทุกวันนี้คุณยายก็ยังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสามารถรับประทานอาหารได้ดี รวมทั้งมีอารมณ์แจ่มใสในทุกครั้ง ถ้าสิ่งที่คุณยายต้องการได้รับการตอบสนองจากลูกและหลาน

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย จากการได้รับอุบัติเหตุจนทำให้เดินไม่ได้ ทำได้เพียงแต่ลุกนั่ง และขยับหยิบของเองได้เล็กน้อย อาการทางกายนี้นำไปสู่ความรู้สึกอายและแยกตัวไม่ค่อยพบปะใคร นอกจากนี้อาการทางจิตใจที่พบ คือ อาการวิตกกังวล โดยแสดงออกด้วยการซึมเศร้า บ่นถึงหลานที่ยังไม่กลับเพราะกลัวหลานได้รับความลำบากจากการเดินทาง

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการพูดปลอบใจ เอาใจใส่ถามถึงความต้องการและพยายามทำตามความต้องการของผู้สูงอายุ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ และให้คนในครอบครัวมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุบ่อย ๆ ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรง มีอารมณ์แจ่มใส และอาการดีขึ้น

ความคิดเห็น

อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเมื่อพบผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาบาลหรืออสม.ควรจะประเมินปัญหาสุขภาพจิตเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติบริการสุขภาพ “การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเรื้อรังสำหรับโรงพยาบาลชุมชน” เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล จากกรณีดังกล่าวพบว่าผู้สูงอายุมีความคับข้องใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองและมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของลูกหลาน การที่ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดระบายความรู้สึก ไม่ทอดทิ้งและเต็มใจตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ. 2546 : 13) ดังเช่นที่ปฏิบัติอยู่นั้น เป็นวิธีการที่ถูกต้องที่จะช่วยลดอาการวิตกกังวลของผู้สูงอายุลงได้ สิ่งที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้น อาจจะจัดให้มีการได้ทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบเพื่อช่วยผ่อนคลาย เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังธรรมะหรือสวดมนต์ เป็นต้น นอกจากนั้นควรช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อมสภาพให้สามารถกลับมาปฏิบัติหน้าที่ได้ตามศักยภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัด หรือการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- ไม่ออกมานอกบ้าน แต่จะหลบอยู่ในมุมห้องนอนของตนเอง
- บ่นถึงหลานชาย การเฝ้าถามถึง และรอคอยหลายชายในทุก ๆ วัน

วิธีการดูแล

- ดูแลกิจวัตรประจำอาบน้ำหน้าล้างเช็ดตัวให้คุณยายในตอนเช้าพร้อมทั้งจัดเตรียมอาหารทั้ง 3 มื้อให้คุณยาย
- จัดให้เป็นห้องที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ปลอดโปร่ง
- ปลอบใจ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

- หลักการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
- ดูแลด้านอาหารการกินที่ผู้สูงอายุชอบ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการขับถ่าย ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดโปร่ง และด้านสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ควรเพิ่มกิจกรรมที่ผู้สูงอายุพอทำได้ และเพิ่มกิจกรรมของครอบครัวที่มีสมาชิกสามารถทำได้พร้อมๆ กัน

เรื่องที่ 2

เรื่อง รักของพี่นี้เพื่อน้อง
เจ้าของเรื่องเล่า ป้ากรองแก้วผู้ดูแลน้องสาว
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวปานรดา บุษรารัตน์

เรื่อง รักของพี่นี้เพื่อน้อง เป็นเรื่องราวความสัมพันธ์ของสองพี่น้องวัยชราที่ดูแลกันในยามยาก โดยป้ากรองแก้ววัย 69 ปี ผู้ที่ต้องดูแลน้องสาววัย 58 ปี ซึ่งป่วยเป็นโรคประสาทและวิตกกังวลถึงขั้นที่อยากฆ่าตัวตาย

ป้ากรองแก้วได้เล่าย้อนไปถึงเรื่องราวเริ่มต้นของอาการเจ็บป่วยของป้าพรผู้เป็นน้องสาวว่า ป้าพรเริ่มป่วยครั้งแรกเมื่อ 4-5 ปีก่อน โดยเป็นโรคกระดูกทับเส้น ทำให้ปวดหลัง ไม่สามารถเดินหรือทำงานได้ ป้ากรองแก้วจึงต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลป้าพรเป็นหลัก เนื่องจากทั้งสองพี่น้องไม่มีครอบครัว ต้องอยู่ด้วยกันเพียงสองคน พร้อมกับหลานสาวที่เลี้ยงดูมา ซึ่งในช่วงที่ป้าพรป่วยเป็นกระดูกทับเส้นนั้น ป้ากรองแก้วก็ช่วยดูแลตามอาการมาเรื่อย ๆ ตามลำดับ จนกระทั่งมาเกิดเหตุการณ์สำคัญในช่วง 3-4 เดือนที่ผ่านมานี้ โดยเริ่มจากการที่ป้าพรปวดหลัง ปวดขามาก จึงได้เดินทางไปเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลในกรุงเทพ ซึ่งผลจากการเอ็กซเรย์หมอได้แจ้งว่า ป้าพรต้องทำการผ่าตัดหลัง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ป้าพรเริ่มมีอาการเครียดเริ่มต้น เพราะกังวลว่าไม่มีเงินในการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดต้องใช้เงินหลักแสนบาท ป้าพรก็เริ่มคิดว่าได้ให้เงินหลานไปจำนวนหลักแสน กลัวหลานไม่คืนเงินแล้วตนเองจะไม่ได้ผ่าตัด ประกอบกับเคยให้ทองคำน้ำหนักประมาณ 7 บาทไปด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้ป้าพรเริ่มเครียด และวิตกกังวลมากขึ้น

หลังจากนั้นไม่นานนักป้าพรก็เริ่มมีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอนต่าง ๆ โดยป้ากรองแก้วเล่าให้ฟังว่า *“มัน(ป้าพร)บอกว่ามันเห็นกองกระดูกขาวโพลนในห้องนอน มีผีมาหาบ้าง พ่อที่ตายไปแล้วมาหาบ้าง”* ซึ่งเมื่อป้าพรมีอาการดังกล่าว ป้ากรองแก้วก็จะเข้าไปดูตามที่ต่าง ๆ ที่ป้าพรบอกว่าเห็นภาพหลอน เช่น ในห้องนอน ในบ้าน ซึ่งเมื่อป้ากรองแก้วไปดูก็พบว่าไม่มีอะไร ก็ได้แต่ปลอบป้าพรไปว่า ไม่มีอะไร แต่ป้าพรก็ยืนยันว่ามี และมักจะเป็นเหตุการณ์แบบนี้ซ้ำ ๆ ซึ่งในทุกครั้งป้ากรองแก้วก็ไม่เคยปล่อยน้องสาวไว้ หรือโทษน้องสาว เพียงแต่เดินไปดูตามที่น้องสาวบอก แล้วก็ปลอบว่า ไม่มีอะไร ถ้ามีเดี๋ยวจะตีผีเอง ซึ่งพอป้าพรได้ฟังก็เฉย ๆ ไป หรือบางครั้งป้ากรองแก้วก็ปล่อยให้ป้าพรพูด ๆ แล้วซักพักป้าพรก็จะนิ่งไปเอง แต่ป้ากรองแก้วก็พยายามดูอยู่ห่าง ๆ หรืออย่างในตอนกลางคืนที่ป้าพรบอกว่าเห็นผี หรือ ภาพหลอนต่าง ๆ ป้ากรองแก้วก็จะมานอนเป็นเพื่อน พยายามพูดคุยด้วย เพื่อให้ป้าพรหลับ

เหตุการณ์ที่ป้าพรเริ่มมีอาการหลอนเริ่มมีมากขึ้น จนกระทั่งวันหนึ่งป้าพรบอกว่าพ่อตนเองมาเข้าสิง ซึ่งป้ากรองแก้วก็ดูแล้วว่าไม่ได้มีสิ่งเร้นลับอะไร เพราะป้ากรองแก้วพูดไป*ว่า “ถ้าพ่อมายกขาเตะให้ดูซิ”* ซึ่งป้าพรก็ไม่ได้ยกขาขึ้นมาเตะ รวมทั้งพี่น้องคนอื่น ๆ ก็มาช่วยดูอาการป้าพร ก็ลงความเห็นว่าไม่น่าจะเกิดจากสิ่งเร้นลับตามที่ป้าพรเชื่อว่าเป็นผีมา หรือเกิดจากการที่ตนเองไปลอยอังคารมา ทุกคนก็ได้แต่พูดและอยู่เป็นเพื่อนป้าพร แต่ป้าพรก็ยังไม่หาย จนกระทั่งหนักสุด ป้าพรพูดว่า “จะฆ่าตัวตาย” ป้ากรองแก้วจึงพูดไปว่า

“อยากตายก็ตายไปซิ ถือศีลมาตั้งหลายปี ถ้าฆ่าตัวตายจะได้เกิดมั๊ย” ซึ่งเมื่อพูดไปแล้วป้าพรก็มีอาการนิ่ง ๆ ป้ากรองแก้วจึงต้องคอยระวังโดยการอยู่เคียงข้างไม่ให้ห่างสายตา รวมทั้งต้องคอยเก็บมีดพร้าให้ห่างจากป้าพรเสมอ ๆ ซึ่งในช่วงที่ป้าพรมีอาการขั้นรุนแรงดังกล่าว ทำให้ร่างกายของป้าพรซูบผอมลง จนน้ำหนักเหลือ 39 กิโล เพราะไม่ยอมกินอาหาร บอกว่าไม่หิว รวมทั้งไม่ยอมพูดคุยกับใคร ใครมาเยี่ยมมาทักก็ไม่คุยด้วย เป็นแบบนี้อยู่ระยะหนึ่ง

จนกระทั้งมีหมออนามัยมาพบเข้าจึงบอกให้ป้ากรองแก้วพาป้าพรไปหาหมอ ซึ่งหมอก็วินิจฉัยว่าป้าพรป่วยเป็นโรคประสาทและให้ยามารับประทาน ผลจากการได้ไปพบหมอและได้ยามารับประทาน จึงทำให้ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมานี้ป้าพรเริ่มมีอาการดีขึ้น โดยมีป้ากรองแก้วดูแลอย่างใกล้ชิด จัดยาให้กินเช้าเย็น ทำอาหารให้กิน คอยดูแลไม่ห่างในตอนกลางวัน และนอนเป็นเพื่อนในตอนกลางคืน ซึ่งผลจากการรักษาและการดูแลของป้ากรองแก้วพบว่า ป้าพรเริ่มทานอาหารได้มากขึ้น จากที่ผอม 39 กิโลกรัม และทุกคนลงความเห็นว่าป่วยจนไม่น่าจะรอดแล้ว ตอนนี้ป้าพรน้ำหนักเพิ่มขึ้นมา 5 กิโลกรัม สามารถทานอาหารได้ตามปกติ และเมื่อมีใครมาเยี่ยมก็สามารถพูดคุยได้ตามปกติ รวมทั้งไม่เห็นภาพหลอนต่าง ๆ อีกเลย และสามารถนอนหลับได้ดีในเวลากลางคืน

เมื่อถามถึงความรู้สึกของป้ากรองแก้วที่ต้องดูแลป้าพร ป้ากรองแก้วได้เล่าว่า “ทุกวันนี้ไปไหนไม่ได้เค้าบอกว่าเค้าเหงา ก็ต้องอยู่ด้วยกับเค้า จะไปไหนก็ต้องมีคนมาเปลี่ยน เช่นให้หลานสาวมาอยู่เป็นเพื่อน ที่เค้าดีได้ทุกวันนี้เพราะทุกคนในครอบครัวตามใจเค้า พี่ชาย น้องชายก็มาช่วยดูนะ” ทุกคนรอบข้างพยายามทำในสิ่งที่ป้าพรต้องการ ซึ่งป้ากรองแก้วได้เล่าว่า “ช่วงที่ป่วย เค้าเคยอยากไปดูข้าว พี่ชายเลยพาใส่รถเข็นไปดูที่ทุ่งนา เค้ากลับมาก็บอกว่าข้าวเหลืองอร่ามเป็นสีทอง แต่จริง ๆ ข้าวก็สีทองแต่ไม่ได้เป็นอย่างที่เค้าบอกหรอก” ป้ากรองแก้วบอกว่าทุกวันนี้ป้าพรยังไม่รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นอะไร “ เพราะเค้าบอกว่าเค้าไม่ได้ป่วย ฉัน (ป้ากรองแก้ว) นี่ป่วย” ซึ่งป้ากรองแก้วก็ไม่ได้เครียดในสิ่งที่ป้าพรเป็น เพราะทุกวันนี้รู้สึกว่าป้าพรอาการดีขึ้น ใกล้จะหายเป็นปกติแล้ว เพราะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการปวดหลังปวดขาอีก รวมทั้งมีอารมณ์แจ่มใสเบิกบานพูดคุยได้ตามปกติ ซึ่งป้ากรองแก้วก็มีความหวังว่าป้าพรจะกลับมาเป็นน้องสาวคนเดิมในไม่ช้า

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยทางกาย คือการมีกระดูกทับเส้นประสาท ทำให้เดินไม่ได้ ต้องทำการผ่าตัดซึ่งใช้เงินจำนวนมาก เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีอาการทางจิตคือ เครียดและวิตกกังวลว่าไม่มีเงินพอสำหรับการรักษา ภาวะเครียดและวิตกกังวลของผู้สูงอายุรายนี้มีความรุนแรง ทำให้เกิดอาการทางจิต คือ ไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่พูดคุยกับคนอื่น มีอาการหลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน และนำไปสู่ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการเอาใจใส่ อยู่เป็นเพื่อนไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ตามญาติคนอื่น ๆ มาเยี่ยมผู้สูงอายุ ค้นหาและแสดงข้อเท็จจริงเมื่อผู้สูงอายุบอกเล่าถึงการเห็นภาพหลอน เก็บของมีคมให้ห่างจากผู้สูงอายุ พาไปพบแพทย์และจัดยาให้กินสม่ำเสมอ แต่ในบางครั้งก็มีการพูดดุว่าบ้าง เช่น บอกว่าอยากตายก็ตายไป ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้น อารมณ์แจ่มใส รับประทางอาหารได้

ความคิดเห็น

ในผู้สูงอายุปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่ง ซึ่งเมื่ออายุมาก ไม่สามารถทำงานหารายได้ ชีวิตที่เหลือจึงจำเป็นต้องใช้เงินที่เก็บออม เมื่อมีเรื่องการเจ็บป่วยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก จึงสร้างความเครียดอย่างรุนแรงให้ผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุรายนี้อาการเจ็บป่วยทางกายของผู้สูงอายุเป็นมูลเหตุเบื้องต้นของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง ร่วมกับมีอาการทางจิต (Psychotic disorders) คือ อาการหลงผิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน ผู้ดูแลผู้สูงอายุรายนี้มีความเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ทำให้สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญที่สุดคือ การพาไปพบแพทย์เพื่อรับยารักษาอาการทางจิต การดูแลให้กินยาสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการลงได้ ห้ามหยุดยาเองหรือขาดยาจะทำให้อาการของโรคกลับเป็นซ้ำและรุนแรงขึ้น นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ดูแลได้ทำและเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามหลักการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิต คือ การแจ้งความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (Present reality) เช่น การที่ผู้สูงอายุบอกว่าเห็นสิ่งที่เป็นภาพหลอน แต่ความจริงแล้วมันไม่มี การเก็บสิ่งของที่เป็นอันตรายให้พ้นจากผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นการช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ ในด้านจิตสังคม ครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหายจากการเจ็บป่วยด้วยการเข้ามาพูดคุย อยู่เป็นเพื่อน ไม่ทิ้งให้อยู่ตามลำพัง พาไปในที่ที่ผู้สูงอายุต้องการ เพื่อเป็นการพักผ่อนหย่อนใจและลดความตึงเครียดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- เห็นภาพหลอนต่าง ๆ
- มีความคิด “จะฆ่าตัวตาย”
- กินอาหารได้น้อยและน้ำหนักลด

วิธีการดูแล

- คอยระมัดระวังความปลอดภัย
- ดูแลอย่างใกล้ชิด จัดยาให้กินและอาหารให้ครบตามแผนการรักษา

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

หลักการดูแลผู้สูงอายุที่มีสภาวะทางจิต

- ผู้ดูแลต้องยอมรับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น
- ผู้ดูแลควรสื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างตรงตามตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
- ดูแลให้ผู้สูงอายุกินยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ควรให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้สิ่งแวดล้อมที่เป็นจริง

เรื่องที่ 3

เรื่อง หน้าที่ของลูก
เจ้าของเรื่องเล่า พี่สำริดผู้ดูแลคุณพ่อ
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวปานรดา บุษรารัตน์

เรื่อง หน้าที่ของลูก เป็นเรื่องราวของพี่สำริดกับคุณพ่อที่ป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์ร่วมกับความดันโลหิตสูง แล้วเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลกับโรคที่ตนเองต้องประสบในช่วงระยะเวลาหนึ่งแต่ก็ผ่านพ้นวิกฤตนั้นมาได้ก็ด้วยความรักและความเอาใจใส่ของผู้เป็นลูกสาว

พี่สำริดได้เล่าให้ฟังว่าคุณพ่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานแล้ว แต่คุณพ่อก็ยังแข็งแรงเป็นปกติจนกระทั่งวันหนึ่งเมื่อ 3-4 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งวันนั้นในขณะที่กำลังนั่งทานข้าวกลางวัน คุณพ่อก็หน้ามืดแล้วล้มลง พี่สำริดจึงพาคุณพ่อเข้ารักษาที่โรงพยาบาลซึ่งผลการวินิจฉัยพบว่าคุณพ่อเส้นเลือดในสมองตีบ ทำให้เกิดอาการอัมพฤกษ์ ร่างกายชาไปหนึ่งซีก พูดไม่ชัด จึงต้องรักษาที่โรงพยาบาลประมาณ 10 วัน พร้อมกับให้รับประทานยาสลายลิ่มเลือด

ซึ่งช่วงที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนี้เองที่ทำให้คุณพ่อเกิดภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล เพราะจากเดิมคุณพ่อเป็นคนที่ร่างกายแข็งแรงไม่เคยป่วย แต่เมื่อป่วยเป็นอัมพฤกษ์คุณพ่อก็มีอาการเศร้า เครียด กังวล คิดมาก จนหลายครั้งที่ท่านนอนร้องไห้ และจะมีอาการซึมเศร้ามากเมื่อมีคนมาเยี่ยม ซึ่งเมื่อทุกครั้งมีคนมาเยี่ยมก็จะทำให้คุณพ่อมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น เพราะท่านเคยแข็งแรง แต่ในช่วงนั้นกลับพบว่าตนเองไม่สามารถขยับร่างกายได้ ซึ่งพี่สำริดเล่าว่าในช่วงที่พ่อป่วยเป็นอัมพฤกษ์ก็สงสารพ่อ และได้ปลอบพ่อทุกครั้งที่เห็นพ่อร้องไห้ ซึ่งคุณพ่อก็จะดีขึ้นเป็นพัก ๆ สลับกับการมีอาการซึมเศร้าอีกถ้าพบว่ามีคนมาเยี่ยมเยอะ ๆ พี่สำริดก็สงสารพ่อมากก็พยายามปลอบใจ เอาใจ ซึ่งนอกจากพี่สำริดเองแล้ว ก็ยังมีสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เช่น หลาน น้องชาย ก็ช่วยกันปลอบใจและให้กำลังใจคุณพ่อ

หลังจากรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 10 วัน คุณพ่อก็ได้กลับมารักษาตัวที่บ้านโดยพี่สำริดมีการเตรียมตัวและทำหน้าที่ในการดูแลคุณพ่อทั้งในเรื่องของการดูแลรักษาทำความสะอาด การขับถ่าย ดูแลเรื่องอาหารการกิน และการทำกายภาพ ซึ่งพี่สำริดเล่าว่า “ดูแลเหมือนพยาบาลที่โรงพยาบาล ล้างหน้าแปรงฟัน กินข้าวกินยา ให้นอนดูทีวี ไปเรื่อย ทำกายภาพเช้าเย็นเอง โดยคุณหมอแนะนำมา เช่น กำมือ ยกแขน ยกขา” ซึ่งพี่สำริดได้ดูแลแบบนี้ทุกวัน

จนกระทั่งผ่านไป 2 อาทิตย์แรกคุณพ่อก็เริ่มลุกนั่งได้ สามารถรับประทานอาหารเองได้ และเมื่อผ่านไปหนึ่งเดือนคุณพ่อก็เริ่มมีอาการดีขึ้นมากจนกระทั่งสามารถฝึกเดินได้ ซึ่งพี่สำริดได้เล่าเพิ่มเติมว่า “ตอนแรกหมอโส (เจ้าหน้าที่) มาเยี่ยมก็เอาอุปกรณ์ช่วยเดินมาให้ มีอุปกรณ์ให้ช่วยเดินให้แกเลยลองทีละก้าว แกก็หัดเดิน สักสองสามวันก็เดินได้พอสักอาทิตย์กว่า ๆ ก็ไม่ต้องใช้แล้ว ใช้ไม้เท้าอันเดียว ก็ดีขึ้น”

ซึ่งทุกวันนี้คุณพ่อของพี่สำริด สามารถกลับมาเดินเหินได้ตามปกติ พูดคุยได้ ใช้ชีวิตประจำวันดูแลตัวเองได้ แม้กระทั่งเดินไปสำรวจพืชที่ปลูกไว้ในสวนได้แล้ว ซึ่งพี่สำริดมีความเห็นว่า การที่คุณพ่อของตนเองดี

ขึ้นเป็นเพราะคุณพ่อได้รับการดูแลที่ดีจากผู้เป็นลูก ดังนั้นลูกจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยและการดูแลพ่อแม่ยังเป็นหน้าที่ของลูกที่พึงกระทำ ซึ่งพี่สาริดได้กล่าวว่า “คนในครอบครัวนี่สำคัญที่สุด เป็นหน้าที่ของคนเป็นลูก ลูกก็อยากให้พ่อแม่มีกำลังกายที่ดี ต้องดูแลทั้งกำลังใจและกำลังกาย ทั้งอาหารการกิน ลูกเป็นส่วนสำคัญ เป็นกำลังใจในครอบครัว”

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ โรคอัมพฤกษ์ ทำให้ร่างกายซาไปด้านหนึ่ง พูดไม่ชัด เดินไม่ได้ ส่งผลให้มีอาการทางจิตใจ คือ อาการซึมเศร้า กังวล เครียด คิดมาก ผู้ดูแลสังเกตได้จากผู้สูงอายุนอนร้องไห้บ่อย ๆ

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ เอาใจ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูอวัยวะต่าง ๆ ให้ได้กลับมาใช้ได้เหมือนเดิม

ความคิดเห็น

อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุเช่น โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Life event) เป็นปัจจัยเร่ง(Precipitating factors) ที่คุกคามต่อชีวิตหรือความพิการ (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. 2549 : 26, 116) เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า การที่ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจและช่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายและกลับมาใช้อวัยวะต่าง ๆ ได้เร็วขึ้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกลับมา อาการซึมเศร้าก็จะหายไป

ความเห็นของนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

สีหน้าเคร่งเครียด กังวล คิดมาก นอนร้องไห้

วิธีการดูแล

- ปลอบใจ เอาใจใส่และให้กำลังใจ
- การดูแลรักษาทำความสะอาด การขับถ่าย ดูแลเรื่องอาหารการกิน และการทำกายภาพ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

หลักการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะแขนขาอ่อนแรง

- ค่อยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ไม่ทอดทิ้งหรือแสดงว่าผู้สูงอายุเป็นภาระของผู้ดูแล
- ดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำตามปกติ
- ค่อยช่วยทำกายภาพและคอยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ
- ดูแลและระวังเรื่องการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะแขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน นั้นการให้กำลังใจเป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิกในครอบครัวทุกคนควรให้ความร่วมมือและค่อยเป็นกำลังใจให้ผู้สูงมาก ๆ ช่วยกันกระตุ้นในเรื่องการทำกายภาพก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะทำกายภาพเพื่อตนเองกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิมได้

เรื่องที่ 4

เรื่อง การดูแลเอาใจใส่ช่วยให้ใจบาน
เจ้าของเรื่องเล่า พี่เอื้องผู้ดูแลคุณแม่
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวปานรดา บุษรารัตน์

เรื่อง การดูแลเอาใจใส่ช่วยให้ใจบาน เป็นเรื่องราวของลูกสะใภ้วัย 48 ปี ที่ต้องดูแลคุณแม่สามีวัย 81 ปี ที่ต้องนอนป่วยเป็นอัมพาตมาตลอดระยะเวลา 3 ปี เกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป แต่ด้วยความรักและการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัวจึงทำให้คุณยายอยู่รอดมาได้และมีจิตใจที่เบิกบาน (ใจบาน)

ย้อนไปเมื่อ 3 ปีก่อน พี่เอื้องได้เล่าถึงวันที่คุณแม่ได้ล้มป่วยลงว่า ก่อนนี้คุณแม่มีแค่โรคกระดูกพรุนกับโรคเบาหวาน ความดันเท่านั้น จนกระทั่งวันหนึ่ง “วันนั้นตอนเย็น ๆ คุณแม่แกเป็นลมหน้ามืด เพราะแกเครียดเรื่องทำบุญกระดูกญาติ ๆ เครียดว่าใครจะทำอาหาร แล้วก็ล้มไป ผลจากวันนั้นพบว่า เส้นเลือดในสมองแตก ปากเบี้ยว ชา ก็พาไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลที่ 1 ซึ่งผลจากการรักษาที่โรงพยาบาลที่ 1 ทำให้เกิดภาวะปอดติดเชื้อ จึงต้องย้ายไปโรงพยาบาลที่ 2 แล้วก็รักษาตัวในโรงพยาบาลที่ 2 ได้ 3 สัปดาห์ ก็ต้องย้ายไปโรงพยาบาลที่ 3 การรักษาในโรงพยาบาลที่ 3 ทำให้หมอต้องตัดสินใจเจาะคอเพื่อรักษาชีวิตของคุณแม่ เพราะถ้าไม่เจาะคอโอกาสรอดมีเพียง 50% ลูก ๆ จึงตัดสินใจยอมให้รักษา หลังจากเจาะคอ อาการของคุณยายก็ยังไม่ดีขึ้นเพราะหายใจเองไม่ได้ โอกาสรอดก็ยังเท่าเดิมคือ 50% ในช่วงเวลานั้นพี่เอื้องจึงได้ลองช่วยเหลือคุณยายตามความเชื่อของตนเองด้วยการผสมอาการเสริมชนิดหนึ่งลงไปในอาหารเหลวของคุณแม่ หลังจากทำได้ 3 วันก็พบว่าคุณยายมีอาการดีขึ้นจนหมอยังพูดว่า “ปาฏิหาริย์” เมื่อคุณยายหายใจเองได้แล้ว หมอจึงอนุญาตให้กลับมารักษาตัวที่บ้าน

ช่วงที่คุณแม่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลนั้น พี่เอื้องพบว่าคุณแม่มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล เพราะคุณแม่บ่นว่า *“เป็นอย่างนี้นานไหม ตลอดไหม อยากกลับบ้านทำไมต้องมาอยู่ที่นี่ จะตายไหม”* ซึ่งในตอนนั้นพี่เอื้องก็ได้ปลอบไปว่า “เดี๋ยวก็ได้กลับบ้านแล้ว” ซึ่งเมื่อได้ยินคุณยายก็มีความหวังและรู้สึกดีขึ้น แต่ก็จะกลับมาเป็นอีกซ้ำ ๆ และทุกครั้งที่เป็นพี่เอื้องก็จะต้องคอยปลอบแม้กระทั่งต้องโกหกให้คุณแม่สบายใจว่า “เดี๋ยวหมอเค้าจะต้องตรวจรอบสอง หลังจากตรวจรอบสองแล้วหมอก็จะให้กลับบ้านแล้ว” ซึ่งในความเป็นจริงแล้วพี่เอื้องไม่รู้เลยว่าหมอจะให้กลับบ้านเมื่อไหร่ หรืออยู่โรงพยาบาลนานไหม แต่การพูดไปแบบนั้นคุณแม่ก็มีอารมณ์ดีใจ

หลังจากที่หมอได้อนุญาตให้พาคุณแม่มารักษาตัวต่อที่บ้าน พี่เอื้องและคนในครอบครัวได้มีการเตรียมตัว ดังนี้คือ ในขั้นตอนแรกก็ได้สร้างห้องพักพื้นที่ปลอดเชื้อให้กับคุณแม่ เพราะเนื่องจากคุณแม่ยังมีการเจาะคออย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องดูแลในห้องปลอดเชื้อ พี่เอื้องเล่าว่า “อุปกรณ์ทุกอย่างลวกหมด จะจับคนไข้ต้องมีแอลกอฮอล์ทุกครั้ง” ซึ่งพี่เอื้องต้องทำการดูแลรักษาคุณแม่ในห้องปลอดเชื้อดังกล่าวเป็นระยะเวลาหนึ่งปีครึ่งจนถึงวันที่คุณแม่สามารถเอาที่เจาะคอออกและแผลที่เจาะคอปิดสนิท ซึ่งในช่วงที่กลับมารักษาตัวที่บ้านนั้นคุณแม่จะมีอารมณ์ดีมากกว่าที่โรงพยาบาล เนื่องจากเวลามีลูกหลานมาเยี่ยมเยอะๆ คุณแม่จะอารมณ์ดีและ

บอกแก่ทุกคนว่า **“ใจบาน เจอลูกหลานแล้วใจบาน”** แต่ก็จะมีภาวะซึมเศร้าบ้างในบางครั้งอย่างเช่น เมื่อเรียกแล้วไม่มีใครได้ยินหรือสนใจ คุณแม่ก็จะบ่นว่า “ไม่น่าอยู่เลย น่าจะตาย ๆไป” ซึ่งพี่เอื้องหรือคนในครอบครัวก็จะต้องมาคอยปลอบ คอยเอาใจ สักพักแกก็หาย ซึ่งพี่เอื้องได้เล่าว่าเวลาคุณแม่มีภาวะดังกล่าวก็รู้สึกสงสาร และคิดได้ว่า *“คนแก่ไม่ต้องการอะไรมาก นอกจากให้ลูกหลานเอาใจ”* แล้วพี่เอื้องก็มักจะคิดเปรียบเทียบว่า “ถ้าเราเป็นแบบนี้บ้าง เราก็คงอยากให้มีคนเอาใจ มีคนดูแลเอาใจใส่” หรือในบางครั้งที่ต้องการให้คุณแม่พลิกตัว แต่เมื่อคุณแม่ไม่อยากพลิกตัว แล้วบอกว่าถ้าพลิกตัวแล้วจะเครียด พี่เอื้องก็จะไม่บังคับ “แกก็อายุเท่านี้แล้วนะ ไม่รู้จะอยู่อีกนานเท่าไหร่ พี่ก็ปล่อยตามที่แกต้องการ” ด้วยแนวคิดแบบนี้พี่เอื้องจึงมักจะตามใจคุณแม่ทุก ๆ ครั้ง

ทุกวันนี้แม้ว่าคุณแม่ของพี่เอื้องยังต้องนอนอยู่บนเตียงขยับเขยื้อนร่างกายไม่ได้ แต่คุณแม่ก็ได้รับการดูแลอย่างดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยพี่สาวของพี่เอื้องจะเป็นคนดูแลทำความสะอาดร่างกาย พี่เอื้องจะดูแลด้านอาหารการกิน ตลอดจนการพยาบาล ดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ และทำกายภาพบำบัด ความใส่ใจที่พี่เอื้องมีต่อคุณแม่คือ ในทุก ๆ วันพี่เอื้องจะต้องทำอาหารให้คุณแม่ทั้งสามมื้อด้วยตนเอง และในแต่ละมื้อจะต้องมีส่วนผสมของไข่ขาว 15 ฟองที่ต้องใช้ความพยายามในการคนไข่ขาวให้สุกแต่ยังคงเป็นอาหารเหลวเพื่อป้อนทางสายยาง นอกจากนี้พี่เอื้องยังคิดพัฒนาสูตรอาหารต่าง ๆ เพื่อบำรุงสุขภาพคุณแม่ เช่น การนำเอาพืชผักปลอดสารพิษที่ปลูกเองในบ้าน เช่น ตำลึง ผักโขม ดอกกล้วยไม้ มาผสมกับฟักทอง กล้วยบดให้คุณแม่รับประทาน หรือการเอาดีของเกสรดอกบัวมาตากแห้งชงเป็นชาให้คุณแม่รับประทาน ซึ่งพี่เอื้องได้เล่าว่า การที่ทำแบบนี้ส่งผลให้ทุกวันนี้คุณแม่ไม่ต้องฉีดยาเบาหวาน เพราะระดับน้ำตาลอยู่ในภาวะปกติ การดูแลพยาบาลจากพี่เอื้องและคนในครอบครัวเคยได้รับคำชมจากคุณหมอว่า สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีมากเทียบเท่ากับการดูแลจากโรงพยาบาล

ด้วยความรักและการดูแลเอาใจใส่จากพี่เอื้องและบุคคลในครอบครัวจึงทำให้คุณแม่มีสุขภาพร่างกายที่ดีและมีสุขภาพใจที่เป็นสุข คุณแม่สามารถท่องกลอนได้ สวดมนต์ได้ สามารถดูหนังได้จบ ในบางครั้งลูกสาวก็จะเข็นออกไปรับอากาศข้างนอก ซึ่งการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าว จึงส่งผลให้คุณแม่มีสุขภาพจิตที่ดี ในจิตใจที่เบิกบาน

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ โรคอัมพาตและมีการอาการติดเชื้อ ทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องรับประทานอาหารทางสายยาง เดินไม่ได้ ส่งผลให้มีอาการทางจิตใจ คือ อาการซึมเศร้า กังวล คิดมาก ถามบ่อย ๆ ถึงภาวะความเจ็บป่วยและความตาย

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ เอาใจ ทำตามความต้องการของผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ ให้ลูกหลานมาเยี่ยมบ่อย ๆ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมที่ทำให้พักผ่อนหย่อนใจ เช่น การสวดมนต์ ท่องกลอน ดูภาพยนตร์ เป็นต้น

ความคิดเห็น

อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Life event) เป็นปัจจัยเร่ง (Precipitating factors) ที่คุกคามต่อชีวิตหรือความพิการ (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. 2549 : 26, 116) เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า ในผู้สูงอายุรายนี้ที่ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจและช่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จัดกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การดูทีวี การนั่งสมาธิ หรือใช้เทคนิคทางปัญญา เช่น การคิดทางบวก การสวดมนต์ เป็นต้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายจากอาการซึมเศร้าได้ (ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. 2549 : 136)

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- บ่นว่า *“เป็นอย่างนี้นานไหม ตลอดไหม อยากกลับบ้านทำไมต้องมาอยู่ที่นี่ จะตายไหม”*
- สีหน้าท้อแท้

วิธีการดูแล

- ดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่โดยสร้างห้องพักพื้นที่ปลอดเชื้อและดูแลในห้องปลอดเชื้อ “อุปกรณ์ทุกอย่างลวกหมด จะจับคนไข้ต้องมีแอลกอฮอล์ทุกครั้ง”
- มีลูกหลานมาเยี่ยมเยอะ ๆ
- ดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ดูแลทำความสะอาดร่างกาย ด้านอาหารการกิน ตลอดจนการพยาบาล ดูแลทำความสะอาดแผลกดทับ และทำกายภาพบำบัด
- ใส่ใจด้วยความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว
- จัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบ เช่น สวดมนต์ ดูหนัง พานั่งรถเข็นออกไปรับอากาศข้างนอก

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการติดเชื้อนั้นผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับเรื่องความสะอาด และดูแลด้านอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการขับถ่าย ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดโปร่ง และด้านสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ควรเพิ่มกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ เช่น การนั่งรดน้ำต้นไม้ เพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การบีบนวดจากลูกหลานเป็นการสร้างความสุขใจให้แก่ผู้สูงอายุและเป็นการถ่ายทอดความรักต่อกันได้

เรื่องที่ 5

เรื่อง รักแม่ต้องดูแล
เจ้าของเรื่องเล่า พี่นีผู้ดูแลคุณแม่
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวปานรดา บุษรารัตน์

เรื่อง รักแม่ต้องดูแล เป็นเรื่องราวของพี่นี อายุ 54 ปี ผู้เป็นลูกซึ่งมีอาการเจ็บป่วยไตอักเสบเรื้อรังกับตาติดเชื้อ แต่ก็ต้องดูแลคุณแม่ที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลวัย 77 ปี

พี่นีได้เล่าให้ฟังว่า คุณแม่ได้ป่วยเป็นโรควิตกกังวลนอนไม่หลับ ต้องรักษาอาการทางจิตเวชมาได้ 2 ปี แล้ว โดยก่อนหน้านี้คุณแม่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยเพียงแค่ ปวดแขน ปวดขา ก็พาไปหาหมอรักษากินยาตามอาการ แต่เมื่อเวลาผ่านไป คุณแม่เริ่มมีอาการวิตกกังวล เครียดและนอนไม่หลับในเวลากลางคืน โดยพี่นีรับรู้ได้จากการที่ถ้าคืนไหนแม่ไม่นอน แม่จะลุกเข้าห้องน้ำบ่อย และเมื่อตื่นเช้าแม่ก็จะบ่นว่าเวียนหัว มึนงง ประกอบกับมีอาการง่วง หาวและร้อน คล้ายจะเป็นลมในตอนกลางวัน

จนกระทั่งวันหนึ่งมีคนมาแนะนำว่าให้พาคุณแม่ไปหาหมอท่านหนึ่ง ซึ่งในตอนแรกพี่นีไม่รู้ว่าเป็นหมอจิตเวช เพราะคนที่มาแนะนำเล่าเพียงแค่ว่า มีอาการนอนไม่หลับเหมือนกัน แต่พอไปหาหมอคนดังกล่าว ได้ยามากินก็หาย นอนหลับได้ปกติ พี่นีจึงได้ให้พี่สาวพาแม่ไปหาหมอคนดังกล่าว จึงได้รู้ความจริงว่าเป็นหมอจิตเวช แต่พี่นีก็รู้ว่าไม่ได้รักษาคนบ้า เพียงแต่รักษาโรควิตกกังวลของแม่เท่านั้น

จากการไปหาหมอ คุณแม่ก็ได้ยามากิน พี่นีก็ดูแลคุณแม่ด้วยการจัดยาให้กินตามคำแนะนำของหมอ ในช่วง 2-3 วันแรกโดยกินตอนเช้าหนึ่งเม็ด ตอนเย็นครึ่งเม็ด และยาสำหรับกินตอนเวียนหัวอีกหนึ่งเม็ด ซึ่งพี่นีจัดยาให้จนคุณแม่จำได้ก็ให้คุณแม่กินยาด้วยตนเอง ซึ่งหลังจากที่พี่นีรับรู้อาการของคุณแม่แล้ว พี่นีก็เริ่มดูแลคุณแม่ใกล้ชิดมากขึ้น เช่น เมื่อรู้ว่าแม่เริ่มเครียด พี่นีก็จะเข้าไปคุยด้วย *“ก็คุยจนแกหายกลุ้ม ชวนคุยเรื่องอื่นพอคุยแล้วแกก็หาย”* พี่นีกล่าว ทุกวันนี้คุณแม่ได้รับการรักษาด้วยการให้ลูกสาวไปรับยาตามเวลาที่หมอนัดให้ไปพบทุก ๆ 3 เดือน นอกจากนี้การเตรียมตัวในด้านอื่น ๆ พี่นีก็ยังคงเตรียมอาหารไว้ให้คุณแม่ตามหน้าที่ปกติ ซึ่งคุณแม่พี่นีก็สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำ ทั้งนี้ในช่วงเวลาสองปีที่ผ่านมานี้ พี่นีก็ได้ยินคุณแม่บ่นเบื่อที่จะต้องกินยา พี่นีก็เลยปลอบใจว่า ไว้จะลองให้กินยาแบบลดยาลง จึงให้คุณแม่กินยาห่าง ๆ ขึ้น แต่ก็ทำได้ไม่ถึงอาทิตย์ ก็มาเจอเรื่องที่น้องชายป่วย จึงทำให้แม่กังวลมากขึ้นอีก

ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณแม่ของพี่นีเริ่มมีอาการเครียด วิตกกังวลมากขึ้น เพราะน้องชายป่วยเป็นเส้นเลือดในสมองแตก ต้องอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเรื่องนี้ทำให้คุณแม่เครียดมากขึ้น กลางคืนก็ลุกฉี่บ่อย นอนไม่หลับ แม้ว่าจะได้กินยาคุณหมอจิตเวชแล้วก็ยังไม่สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน จึงเป็นหน้าที่ของพี่นีที่ต้องดูแลแม่ให้มากขึ้น เพราะพี่สาวก็ต้องไปดูแลน้องชาย จึงไม่มีใครพาแม่ไปหาหมอเพื่อดูอาการใหม่ พี่นีจึงต้องให้แม่กินยาเดิมที่มีอยู่ไปก่อน พร้อมทั้งคอยสังเกตอาการ เช่นถ้าแม่เริ่มหาว หรือเริ่มเวียนหัวก็จะถามแม่ว่า *“กินยาหอมหรือยัง ดมแอมโมเนียหรือยัง”* หรือคอยคุย ปลอบใจ ไม่ให้แม่คิดกังวลเรื่องน้องชาย ซึ่งพอคุยแล้ว แม่ก็จะเลิกบ่น เลิกกังวลเรื่องน้องชาย แม่ก็จะนิ่งไป

นอกจากนี้พี่นี ยังเล่าเพิ่มเติมในการดูแลแม่ว่า ทั้งพี่นีและพี่สาวจะพยายามซื้อของบำรุงให้แม่กิน เช่น พวกขนมหวานที่แม่ชอบ ผักผลไม้ ก็ให้แม่กินเพื่อลดอาการท้องผูก รวมทั้งซื้อนมให้กิน ซึ่งจะเลือกนมที่มีประโยชน์

การดูแลคุณแม่ของพี่นีจึงทำให้คุณแม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและประคับประคองอาการป่วยวิตกกังวลให้ทุเลาลงได้ เพราะความรักที่พี่นีเสียสละแม้ว่าตนเองจะป่วยอยู่แล้ว แต่เพื่อแม่พี่นีจึงต้องดูแลให้ดีที่สุด

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการปวดแขน ปวดขา ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดจากความเสื่อมสภาพตามวัย และมีอาการด้านจิตใจ คือ วิตกกังวล เครียด นอนไม่หลับ ลุกเข้าห้องน้ำบ่อยๆ ในเวลากลางคืน ทำให้มีอาการเวียนศรีษะ มึนงง ร้อน คล้ายจะเป็นลมในตอนกลางวัน

การดูแล

จากอาการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษา และดูแลให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ พร้อมกับสอนให้ผู้สูงอายุจัดยากินเอง ผู้ดูแลใช้วิธีการเอาใจใส่เตรียมอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ เช่น ผลไม้ นม และอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ พูดคุยปลอบใจให้ผู้สูงอายุคลายความเครียด อยู่เป็นเพื่อนไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและประคับประคองอาการป่วยวิตกกังวลให้ทุเลาลงได้

ความคิดเห็น

ธรรมชาติอันหนึ่งของผู้สูงอายุคือปัญหาการเสื่อมสภาพของร่างกาย ซึ่งเมื่ออายุมากอวัยวะต่าง ๆ ก็จะทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ เสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สุขสบาย ปฏิบัติกิจวัตรอย่างที่เคยไม่ได้ดังเดิม ซึ่งถ้าผู้สูงอายุเข้าใจและปรับตัวได้ก็จะดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะนำมาซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการเปลี่ยนแปลง อาการของความวิตกกังวล ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก จุกแน่นหน้าอก มึนงง ร้อนวูบวาบ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เข้านอนแล้วหลับได้ยาก ปวดหัวจากความตึงเครียด รู้สึกวิตกกังวล ไม่มีสมาธิ (บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ. 2546 : 12) ผู้ดูแลรายนี้มีความเข้าใจในอาการของโรคจึงพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาตามอาการ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ช่วยรับฟังเรื่องต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้ระบายความวิตกกัวล รู้สึกว่ามีคนรับฟัง ดูแลให้กินยาสม่ำเสมอ แต่มีช่วงหนึ่งที่ผู้สูงอายุบ่นไม่อยากรับประทานยา ผู้ดูแลจึงพยายามลดยาลง ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ถูกต้องทำให้อาการกำเริบขึ้น ผู้เกี่ยวข้องควรจะให้คำแนะนำและทำความเข้าใจเรื่องการรับประทานยาของผู้สูงอายุรายนี้ให้แก่ญาติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการกำเริบของโรค

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- นอนไม่หลับในเวลากลางคืน เวียนหัว มึนงง มีอาการง่วง หาว และร้อน ๆ คล้ายจะเป็นลมในตอนกลางวัน

วิธีการดูแล

- การจัดยาให้กินตามคำแนะนำของหมอ
- ดูแลคุณแม่ใกล้ชิดมากขึ้น เช่น เมื่อรู้ว่าแม่เริ่มเครียด พี่นีก็จะเข้าไปคุยด้วย *"ก็คุยจนแกหายกลุ้ม ชวนคุยเรื่องอื่น พอคุยแล้วแกก็หาย"*
- จัดเตรียมอาหารไว้ให้คุณแม่ตามหน้าที่ปกติ และเตรียมผักผลไม้ให้แม่กินเพื่อลดอาการท้องผูก
- ปลอบใจและให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่
- คอยสังเกตอาการ เช่น ถ้าแม่เริ่มหาว หรือเริ่มเวียนหัวก็จะถามแม่ว่า *"กินยาหอมหรือยัง ดมแอมโมเนียหรือยัง"* หรือคอยคุย ปลอบใจ ไม่ให้แม่คิดกังวล

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

- ทำความเข้าใจต่อความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ
- ดูแลให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวร่างกายบ้างเพื่อให้มีการไหลเวียนของโลหิต ไม่ควรปล่อยให้นั่งอยู่เฉย ๆ เพราะจะครุ่นคิดอยู่แต่เรื่องเดิม ๆ
- ดูแลให้มีการพักผ่อนอารมณ์ ไม่ให้เคร่งเครียดมากเกินไป
- ดูแลให้ผู้สูงอายุได้เข้ากิจกรรมทางศาสนาเพื่อช่วยบรรเทาทุกข์ของผุ้สูงอายุ และช่วยให้จิตใจนิ่งสงบ

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้กินอาหารที่มีประโยชน์ ลักษณะอาหารอ่อนย่อยง่าย ไขมันน้อย มีโปรตีนปานกลาง ในปริมาณที่พอดี เน้นผักผลไม้ เช่น กล้วย เพราะมีสารอาหารที่ช่วยให้อารมณ์สดชื่นและนอนหลับได้ดี

เรื่องที่ 6

เรื่อง ความรักความผูกพันของพี่น้องช่วยคลายเศร้า
เจ้าของเรื่องเล่า โดย น้องสาวคุณยาย (นามสมมติ)
เขียนเรื่องเล่า โดย นางสาวปัทมา เกตุอ่ำ

เรื่อง ความรักความผูกพันของพี่น้องช่วยคลายเศร้า เป็นเรื่องราวสามสาวพี่น้องวัย 90 ปี 78 ปี และ 77 ปี เป็นสาวโสดที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน โดยคุณยายวัย 90 ปี มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีอาการของโรคอัมพฤกษ์ ร่วมกับความดันโลหิตสูง เดินไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตัวเองและต้องนอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน โดยมีคุณยายวัย 77 ปีซึ่งเป็นผู้ที่แข็งแรงที่สุดของบ้าน เป็นผู้ดูแล ส่วนคุณยายวัย 78 ปี นอนอยู่ชั้นบนแต่ยังสุขภาพแข็งแรง ดูแลตัวเองได้ ครอบครัวมีรายได้จากการปลูกผักขาย ทำก้านไม้กวาดทางมะพร้าวขายและได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำเดือนทั้ง 3 คน พอมีเงินไว้ซื้อกับข้าวได้ และใช้บัตร 30 บาทในการรักษาเมื่อเกิดเจ็บป่วย มีหนี้สิน 3,000 กว่าบาท ไม่มีลูก มีแต่หลานแต่เมื่อยกทรัพย์สินให้หลานแล้ว พวกเขาก็ไม่เคยมาดูแล แม้แต่เบอร์โทรศัพท์ก็ไม่ให้ไว้

คุณยายวัย 77 ปี ได้เล่าว่า เมื่อประมาณ 4 ปีที่แล้ว คุณยายวัย 90 ปี มีอาการเส้นเลือดในสมองตีบทำให้เป็นอัมพาต อวัยวะใช้การไม่ได้ไปหนึ่งซีก การเตรียมตัวในการดูแลคุณยายวัย 90 ปีนั้น เคยพยามทำกายภาพบำบัดแต่ปัจจุบันไม่ได้ทำเนื่องจากคุณยายวัย 77 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่สามารถอุ้มหรือพยุงคุณยายวัย 90 ปีได้ จึงไม่ได้ให้เดินเลย คุณยายวัย 77 ปี ทำที่นอนไว้ให้ชั้นล่างและนอนด้วยกัน ซึ่งรอบ ๆ ที่นอนมีอุปกรณ์ทุกอย่างเตรียมไว้ไม่ว่าจะเป็นยา น้ำ ขนม อาหาร และสร้างที่ขับถ่ายไว้ใกล้ที่นอน ในช่วงแรก ๆ ที่คุณยายวัย 90 ปี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คุณยายนอนนิ่ง ๆ แล้วมีน้ำตาไหล เวลากลางคืนก็มีอาการนอนไม่หลับ บางครั้งจะนอนไม่หลับทั้งคืนเลยเพราะคิดเรื่องต่าง ๆ แล้วน้ำตาไหล คุณยายวัย 77 ปีบอกว่า *“เขาไม่หลับ ชั้นก็ไม่หลับ คุยกันไป บอกเขาว่าทำใจสบาย ๆ เขาหลับ ชั้นค่อยหลับ”* หรือบางครั้งจะเอายานอนหลับให้กิน หรือบางครั้งเอาขนมไข่ให้กิน แล้วก็จะหลับ ในการดูแลการกินยานั้นเนื่องจากคุณยายอ่านหนังสือกันไม่ออกเลย จึงใช้เวลาจำว่ายาสีไหน เม็ดแบบไหนแก้อาการอะไร เมื่อคุณยายวัย 90 ปี เกิดอาการอะไรก็ให้ยาตามอาการตามที่เข้าใจเอง

คุณยายวัย 77 ปี ได้เล่าว่า ปัจจุบันถ้าไม่จำเป็นจะไม่ออกจากบ้านไปไหน คุณยายวัย 77 ปี จะทำงานอยู่รอบ ๆ บริเวณบ้าน หากคุณยายวัย 90 ปี ต้องการอะไรจะเรียกและจะได้ยินทันที แต่หากจะออกไปธุระนอกบ้าน จะบอกให้คุณยายวัย 90 ปี เข้าใจว่าไปธุระแต่ก็จะรีบกลับ คุณยายวัย 90 ปี ก็เข้าใจ บางครั้งคุณยายก็เคยพูดว่า *“ทำไมเขาต้องเป็นแบบนี้ ทำไมไม่ตาย ๆ ไป”* คุณยายวัย 77 ปี ก็จะพูดปลอบใจว่า *“อย่าคิดมาก คิดเสียว่ามันเป็นเวรกรรม”*

คุณยายวัย 77 ปี ได้เล่าว่า จะสังเกตตลอดเวลาว่าคุณยายวัย 90 ปี เป็นอย่างไร ต้องการอะไร เช่น ล่าสุด คุณยายวัย 90 ปี มีอาการไม่ค่อยสบาย โดยบอกว่า “ใจไม่ค่อยดี หวิว ๆ” คุณยายวัย 77 ปี ก็เข้าไปจับตัวให้กินยาแก้ไข้ครึ่งเม็ด คุณยายวัย 90 ปีก็จะอาการดีขึ้น คุณยายวัย 77 ปี ยังเล่าอีกว่าหากคุณยายวัย 90 ปีอาการไม่ดีหรือป่วย เขาจะมีอาการด้วย ถ้าคุณยายวัย 90 ปี ดูแข็งแรง เขาก็จะแข็งแรงด้วย คุณยายวัย 77 ปี บอกว่า การที่เราดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด พูดคุยกันตลอด ช่วยให้คุณยายวัย 90 ปี ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน เพราะว่ามีกันแค่ 3 คนพี่น้อง คุณยายรู้สึกว่า คุณยายมีอาการดีขึ้นกว่าตอนที่ป่วยใหม่ ๆ มากเพราะไม่มีใครทิ้งเขาไว้ ก็อยู่ด้วยกันไปจนเสียชีวิตกันไปข้างหนึ่ง ดังจะเห็นจากเวลาอาบน้ำให้ หากน้ำเย็น คุณยายวัย 90 ปีก็จะหัวเราะ

สนุกสนานบอกว่าน้ำเย็นมาก คุณยายวัย 77 ปี ก็จะพยายามทำแบบนี้ต่อไปตลอดเพราะความรักความผูกพัน ความเอาใจใส่จะช่วยให้คุณยายวัย 90 ปี เขามีความสุข

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ โรคอัมพฤกษ์ร่วมกับความดันโลหิตสูง ทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เดินไม่ได้ ส่งผลให้มีอาการทางจิตใจ คือ อาการซึมเศร้า คือ นอนไม่หลับ นอนน้ำตาไหล บ่นว่าตัวเองควรจะตายจะได้พ้นทุกข์ไป

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ ไม่ทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องยา และช่วยทำกายภาพบำบัด

ความคิดเห็น

อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุเช่น โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึงพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Life event) เป็นปัจจัยเร่ง (Precipitating factors) ที่คุกคามต่อชีวิตหรือความพิการ (ภูมินทร์ ชลาชีวะ และคณะ. 2547 : 6) เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อาการเบื่อหน่าย เหงา หมดความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย รู้สึกสิ้นหวัง ขาดคุณค่าในตนเอง ร้องไห้ง่าย ในบางรายมีความคิดอยากตาย(ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. 2549 : 26, 116) ผู้ดูแลผู้สูงอายุรายนี้ เป็นพี่น้องที่มีอายุใกล้เคียงกัน ทำให้มีความเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุด้วยกัน อยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุตลอดเวลาและคอยปลอบใจด้วยการใช้ความเชื่อตามบริบทของสังคมไทย “อย่าคิดมาก คิดเสียว่ามันเป็นกรรม” ซึ่งในความเชื่อของสังคมไทยได้ใช้ช่องทางของการปรับใจการปลงผ่านความศรัทธา เชื่อมั่นในศาสนา (ศิริพร จิรวัฒน์กุล. 2549 :173) จะช่วยให้ผู้สูงอายุจัดการกับความเศร้าได้ นอกจากนี้ยังให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจและช่วยทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายจากอาการซึมเศร้าได้ มีอารมณ์ดีขึ้น

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- นอนนิ่ง ๆ แล้วมีน้ำตาไหล ใจหวิวๆ
- ไม่ออกจากบ้านไปไหน

วิธีการดูแล

- ดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด พูดคุยกันตลอด
- ดูแลอาบน้ำ หาอาหารและยาให้กิน ด้วยความรักความผูกพันความเอาใจใส่

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

- ฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในเรื่องที่ง่าย ๆ เช่น กิจวัตรประจำวัน งานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อไม่ให้รู้สึกว่าเป็นภาระของคนอื่น
- การฟังและการให้กำลังใจ เช่น การทักทาย พูดคุยเรื่องในอดีตที่มีความสุข ระบายความทุกข์ซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

- ควรมีหน่วยงานทางสุขภาพเข้าไปช่วยดูแลและให้ความช่วยเหลือ

เรื่องที่ 7

เรื่อง การให้ได้ระบายช่วยคลายเศร้า
เจ้าของเรื่องเล่า โดย ลูกสาวคุณยาย (นามสมมติ)
เขียนเรื่องเล่า โดย นางสาวปัทมา เกตุอ่ำ

เรื่อง การให้ได้ระบายช่วยคลายเศร้า เป็นเรื่องราวของลูกสาวกับคุณยายวัย 70 กว่าปี ที่สุขภาพทางกายแข็งแรงแต่มีความวิตกกังวล เครียดในทุก ๆ เรื่องตลอดเวลา ปัจจุบันลูกสาวทำเบเกอรี่ไปขายตามตลาดนัด ในครอบครัวคุณยายมีลูก 5 คน สามีเสียชีวิตไปแล้ว ตลอดชีวิตของคุณยายต้องทำมาหากินปากกัดตีนถีบเพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว เนื่องจากคุณตาเป็นนักเลง ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร เมื่อคุณตาเสียชีวิต คุณยายยิ่งต้องทำงานมากขึ้น เมื่อลูก ๆ โตขึ้น เริ่มมีครอบครัวและทำงานได้ คุณยายก็ทำงานน้อยลง โดยปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกสาวซึ่งเป็นผู้ดูแล

ลูกสาวเล่าว่าตั้งแต่จำความได้ก็ได้ยินแม่เป็นคนขี้บ่นตลอดเวลาและวิตกกังวลในหลาย ๆ เรื่องเสมอ ซึ่งหลังจากพ่อเสีย ลูกสาวรู้สึกว่าแม่มีความเสียใจมากที่พ่อเสียและยิ่งวิตกกังวล ขี้บ่นมากขึ้น จนล่าสุดเรื่องที่แม่กังวลคือ เรื่องลูกชายคนเล็กที่ติดยาเสพติด ไม่ได้ประกอบอาชีพ แม่จะวิตกกังวลว่าลูกชายจะแย่ จึงให้เงินลูกชายไปซื้อยาเสพติด และวิตกกังวลว่าตนจะไม่มีเงินให้ลูกไปซื้อยา เนื่องจากตนไม่ได้ทำงานอะไรแล้ว เงินที่มีอยู่เป็นเงินที่ลูก ๆ คนอื่น ๆ ให้ไว้ ลูกสาวเล่าว่า เคยให้น้องชายมาช่วยทำเบเกอรี่ด้วยแต่เวลาเขาเมายาจะทำให้เบเกอรี่เสียซึ่งจึงผลต่อต้นทุนของลูกสาว จึงไม่ให้มาทำ แม่จึงโกรธแล้วพูดกับคนอื่นว่าลูกสาวใจร้ายไม่ดูแลน้อง ลูกสาวก็รู้สึกเครียดเหมือนกัน จนกระทั่งลูกชายคนเล็กถูกตำรวจจับ แม่รู้สึกดีใจมาก เมื่อถูกปล่อยตัวออกมา ลูกชายคนเล็กไม่สามารถหายาเสพติดได้ และก็ยังขอเงินจากแม่อยู่เนื่องจากลูกชายต้องรับประทานอาหารต่าง ๆ เช่น ของหวาน ๆ มากกว่าปกติ แม่จะวิตกกังวลตลอดเวลาว่าจะมีเงินให้ลูกชายเพียงพอหรือไม่ เนื่องจากไม่มีพี่น้องคนไหนให้เงินน้องชายแล้ว ดังที่แม่บ่นครั้งล่าสุดว่า *“มันก็ไม่ได้ทำมาหากินอะไร กินก็เยอะนี่กลุ้มใจมากจะเอาเงินที่ไหนพอให้มันกิน ไม่มีมันจะลำบาก จะให้ไปอยู่กับคนอื่น เขาก็คงไม่ดูมันหรอก พี่น้องก็ไม่สนใจมัน”* ส่วนใหญ่เมื่อแม่พูด บ่น หรือแสดงความวิตกกังวลมาก ๆ ลูกสาวจะใช้วิธีการปล่อยให้แม่ได้พูดได้ระบายความกังวลออกมาให้เต็มที่ โดยลูกสาวบอกว่า

“พอแกพูด เราก็จะเงียบ เฉย ๆ ปล่อยให้แกพูดไป เพราะถ้าเรายิ่งคุยกับแก ก็ยิ่งเพิ่มเรื่องให้แกคิดหรือเครียดไปเรื่อย ๆ อีก เฉย ๆ ไว้ ให้แกพูดเรื่องนั้นจบ ๆ ไป แล้วแกก็จะเงียบไปเอง หรือบางครั้งแกบอกว่าทำไมถึงเป็นอย่างนี้ พี่ก็บอกว่า คิดเสียว่า เราทำกรรมกับมันมาอย่างนี้ ชาตินี้เลยต้องมาให้มันทำกับแม่บ้าง ให้ปลง ๆ ซะ แกจะได้ไม่โทษตัวเองอย่างเดียว”

ลูกสาวกล่าวว่า การใช้วิธีให้แกระบายก็พอช่วยให้แกคลายเครียดได้ไม่ต้องอัดอั้นใจนั่งน้ำตาไหลอยู่คนเดียว แม่จะสบายใจขึ้นเป็นครั้ง ๆ ไป เพียงแต่เราต้องเข้าใจและอดทนบ้างบางครั้ง เพราะอย่างไรก็คือแม่ของเรา

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย แต่มีอาการทางจิตใจ คือ เครียดและวิตกกังวลในทุกเรื่อง โดย แสดงออกด้วยการบ่นถึงปัญหาต่าง ๆ เสมอ บางครั้งมีอาการนั่งน้ำตาไหลคนเดียว

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้ระบายความทุกข์ และให้การปลอบใจ

ความคิดเห็น

จากทฤษฎี Psychosocial development ของ Erik H. Erikson ที่อธิบายถึงลักษณะของการพัฒนาบุคลิกภาพของคน โดยเน้นถึงสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อบุคคล ในขั้นที่ 8 ระยะวัยสูงอายุ (Aging period) อายุประมาณ 60 ปีขึ้นไป : ขั้นความมั่นคงทางจิตใจกับความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) วัยนี้เป็นวัยสุขุม รอบคอบ ฉลาด บุคคลจะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ระลึกถึงความทรงจำในอดีต หากประสบความสำเร็จในอดีตก็จะรู้สึกไว้วางใจผู้อื่นและตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ภูมิใจต่อการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตให้บุตรหลานฟัง ตรงกันข้ามหากบุคคลต้องประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังในอดีต จะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต รู้สึกคับข้องใจ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ในผู้สูงอายุรายนี้มีประสบการณ์ในชีวิตที่ยุ่งยากและมีความลำบากมาตลอดในเรื่องการทำมาหากินรายได้น้อย มีลูกที่ติดยาเสพติด และเมื่ออายุมาก ไม่มีรายได้ จึงทำให้มีความวิตกกังวล ผู้ดูแลผู้สูงอายุรายนี้ซึ่งเป็นลูกสาว ที่ยังทำงานอยู่และผู้สูงอายุยังคงดูแลตนเองได้ การดูแลจึงเป็นเรื่องของการรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุบอกเล่าให้ฟัง ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีทำให้ผู้สูงอายุได้ ระบายความเครียดออกมาไม่เก็บไว้อยู่คนเดียว เป็นการลดความกดดันและลดความเครียดลง แต่ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ช่วยเหลืองานบ้าน หรือช่วยผู้ดูแลทำขนม จะได้ไม่มีเวลาไปคิดเรื่องที่ทำให้กังวลและเป็นการเพิ่มรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้อีกด้วย

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- ขี้บ่นตลอดเวลาและมีอารมณ์โกรธเมื่อถูกขัดใจ

วิธีการดูแล

- การใช้วิธีการให้ผู้สูงอายุได้ระบายสิ่งที่อัดอั้นใจ
- รับฟังและปลอบใจ
- ดูแลใกล้ชิด

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

- สังเกตสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลและพยายามช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับสิ่งนั้นได้อย่างมีเหตุผล
- ดูแลให้ผู้สูงอายุได้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
- ดูแลให้ผู้สูงอายุเข้ากิจกรรมทางสังคม เพื่อหักเหความคิด หรือหยุดความคิดทางลบ

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

- นำหลักศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ
- ช่วยปรับมุมมองความคิดของผู้สูงอายุให้กว้างขึ้นและให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นได้รับรู้ปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้น
- ช่วยให้ผู้สูงอายุเชื่อมโยงปัญหาที่ทำให้มีความวิตกกังวล

เรื่องที่ 8

เรื่อง การดูแลเอาใจใส่ ให้เวลาเต็มที่ช่วยคลายเศร้า
เจ้าของเรื่องเล่า โดย ลูกสาวคุณยาย (นามสมมติ)
เขียนเรื่องเล่า โดย นางสาวปัทมา เกตุอ่ำ

เรื่อง การดูแลเอาใจใส่ ให้เวลาเต็มที่ช่วยคลายเศร้า เป็นเรื่องราวของลูกสาวกับคุณพ่อวัย 73 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เนื่องจากมีอาการของโรคอัมพฤกษ์ ร่วมกับความดันโลหิตสูง ทำให้ในชีวิตประจำวันไม่สามารถดูแลตัวเองได้เหมือนดังเดิม โดยมีอาการมาแล้ว 9 ปีกว่า ๆ เนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก โดยมีครอบครัวช่วยกันดูแล โดยมีลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลัก

ลูกสาวเล่าว่าพ่อเส้นเลือดในสมองแตกเพราะทานเหล้ามาก ใครห้ามไม่ฟัง ปกติจะเป็นคนใจร้อนมาก พอเริ่มป่วยจะมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ซึมบ้าง และจะพูดตลอดว่าอยากตาย ๆ ลูกสาวเล่าว่า ตนแต่งงานมีครอบครัวแล้วแยกบ้านออกไป วันที่พ่อล้มเจ็บตนก็เป็นคนที่ไปเฝ้าที่โรงพยาบาล เป็นคนตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องการแพทย์ต่าง ๆ เช่น การเจาะคอ ซึ่งขณะนั้นแม่จะตกใจ ทำอะไรไม่ค่อยได้ ตนเป็นคนป้อนข้าวป้อนน้ำพ่อตั้งแต่ที่โรงพยาบาล จนกลับบ้าน พ่อก็ยังมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตนทำงานที่บ้านเสร็จจะมาบ้านพ่อแม่เพื่อดูแลพ่อ เนื่องจากพ่อเป็นคนอ้วนใหญ่ แม่เป็นคนผอมบางมาก แม่จึงพลิกตัวพ่อไม่ไหว นอกจากตนแล้วก็มีสามีมาช่วยด้วย ช่วงแรก ๆ พ่อหงุดหงิดและบอกว่า *“ทำไมไม่ปล่อยให้เขาตายไป จะได้ไม่ต้องเป็นภาระคนอื่น ๆ อย่างนี้”* ตนก็บอกว่า *“คนอื่น ๆ ที่ไหน นี่ลูกพ่อนะ ลูกเขยก็เป็นลูกพ่อ ไม่ทำให้พ่อจะไปทำให้ใคร”* จากนั้นพ่อก็จะสงบลงแล้วก็ไม่พูดอีก

ในการดูแลพ่อนั้น ตอนเช้าแม่จะเป็นคนทำอาหารให้ พอลูกสาวมาจะมาป้อนข้าว อาบน้ำให้ ทาแป้งให้ขาว ๆ ทั้งตัว เนื่องจากพ่อเป็นคนสะอาด สำหรับการขับถ่าย แต่เดิมเคยให้ใส่กางเกงอนามัยแต่แม่ทำความสะอาดไม่ได้ ลูกสาวจึงให้เลิกใส่ ใช้วิธีวางผ้ารองไว้ใต้ก้น เมื่อพ่อขับถ่ายตนจะเป็นคนเก็บ ทำความสะอาด ช่วงแรก ๆ ต้องทำบ่อย แต่ต่อมาพ่อสามารถขยับตัวออกจากผ้ารองได้เอง เมื่อขับถ่ายก็เรียกลูกสาวได้จึงไม่ต้องอยู่กับความสกปรกนาน นอกจากนี้แม้พ่อจะพูดไม่ค่อยชัด ก็จะชอบเรียกแม่ให้ไปคุยด้วยโดยจะโต้เถียงกันบ้างแต่ก็เป็นปกติ แม่จะอยู่บ้านตลอด นอกจากมีงานนอกบ้าน ในครอบครัวจะไม่ปล่อยให้พ่ออยู่คนเดียว ต้องมีคนอยู่บ้านเสมอ

ในเรื่องทำความสะอาดในช่วงแรกที่พ่อหงุดหงิดเขาจะไม่ยอมให้ทำ ลูกสาวจึงกล่าวว่า *“พ่อให้หนูทำให้สิ จะปล่อยสกปรกทำไม เหม็น ๆ เดี๋ยวลูกหลานก็ไม่มาหาหรอก ปกติคนมาเยี่ยมแกเรื่อย ๆ อยู่แล้ว แกเลยยอม พี่ก็ทำซะเลี่ยมเลย เช็ดทุกซอกทุกมุม แม่เคยทำให้แกก็ไม่เอา แกให้ไปตามพี่มา แกบอกใครก็ทำสู้พี่ไม่ได้ ปะแป้งให้แกทีครึ่งกระป๋อง แกชอบ หอม ๆ”*

ลูกสาวกล่าวว่าหลังจากที่ช่วยกันดูแลพ่อ ให้เวลาพ่อมาก ๆ พ่อก็หายหงุดหงิด ไม่โกรธ คุยเล่นสนุกสนาน ลูกสาวรู้สึกว่าพ่อเป็นปกติทุกอย่างเพียงแค่เดินไม่ได้เท่านั้น ลูกสาวยังเล่าว่าเคยไปเยี่ยมคนในหมู่บ้านที่เป็นคล้าย ๆ พ่อ แต่เขาดูแลไม่ดีเลย ปล่อยปละละเลย ไม่ค่อยให้กินน้ำกินอาหารเพราะไม่อยากให้ขับถ่ายจะได้ไม่ต้องทำความสะอาดมาก ลูกสาวรู้สึกว่าเป็นการดูแลที่แย่มากและส่งผลให้คนป่วยอยากตายมากขึ้น ลูกสาวคิดว่า ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะการมีเวลาให้อย่างเต็มที่หรือมากที่สุด

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ เส้นเลือดในสมองแตก โรคอัมพฤกษ์ ทำให้ร่างกายชาไปด้านหนึ่ง พูดไม่ชัด เดินไม่ได้ ส่งผลให้มีอาการทางจิตใจ คือ อาการหงุดหงิด โกรธง่าย ซึม พูดตลอดว่าอยากตาย

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ เอาใจ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ คนในครอบครัวมีส่วนช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ

ความคิดเห็น

อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Life event) เป็นปัจจัยเร่ง (Precipitating factors) ที่คุกคามต่อชีวิตหรือความพิการ (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. 2549 : 26, 116) ในกรณีนี้ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมไทยในเรื่องความกตัญญู การทดแทนคุณบิดามารดาที่แสดงถึงหน้าที่ที่จะต้องการตอบแทนบุญคุณของพ่อแม่ยามเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ ไม่ปล่อยปละละเลยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจและช่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายและกลับมาใช้อวัยวะต่าง ๆ ได้เร็วขึ้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจจัตรประจำวันได้เอง ช่วยเหลือตนเองได้ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกลับมา อาการซึมเศร้าก็จะหายไป

ความคิดเห็นจากนักวิชาการ 2

อาการ

- หงุดหงิด โกรธง่าย ซึมบ้าง มีความคิดอยากตาย

วิธีการดูแล

- ป้อนข้าว อาบน้ำ การขับถ่าย และความสะอาดทั่วไป
- ให้เวลาในการดูแลให้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นไปตามปกติ
- ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะการมีเวลาให้อย่างเต็มที่หรือมากที่สุด

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

ผู้สูงอายุควรมีโอกาสได้เข้าสังคมที่เหมาะสม การที่ต้องอยู่แต่ในบ้านขาดเพื่อนใน วัยเดียวกัน หรือขาดคนพูดคุยผ่อนคลายความเหงา ยิ่งเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว ควรคอยสังเกตอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุเสมอ เมื่อมีอาการมาก หรือ ครอบครัวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ควรรีบปรึกษาแพทย์

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยเพิ่มสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูง อายุ เช่น ควรจัดบ้านให้สะอาด ช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้เห็นแสงแดด หรือ ห้องพักที่แสงแดดส่องถึง เพราะ นอกจากช่วยฆ่าเชื้อโรคแล้ว แสงแดดจะมีผลต่อจิตใจ ให้ความรู้สึกที่สดชื่น และเกิดพลัง ช่วยลดการซึมเศร้าได้เป็นอย่างดีซึ่งจะช่วยด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

เรื่องที่ 9

เรื่อง ลูกหลานสร้างแรงผลักดันชีวิต ช่วยคลายเศร้า
เจ้าของเรื่องเล่า โดย ลูกชายคุณยาย (นามสมมติ)
เขียนเรื่องเล่า โดย นางสาวปัทมา เกตุอ่ำ

เรื่อง ลูกหลานสร้างแรงผลักดันชีวิต ช่วยคลายเศร้า เป็นเรื่องราวของลูกชายกับคุณแม่วัย 70 ปี ที่ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีอาการของโรคกระดูกทับเส้นประสาท ร่วมกับตับแข็ง เดินไม่ได้ ทำให้ในชีวิตประจำวันไม่สามารถดูแลตัวเองได้เหมือนดังเดิม เดินไม่ได้มาเดือนกว่า ๆ แล้ว โดยมีครอบครัวช่วยกันดูแล โดยมีลูกชาย ลูกสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลัก

ในการดูแล ลูกชายเล่าว่า แม่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่พ่อตาย เศร้าตลอดเวลา นั่งมองรูปพ่อตลอด ยังพูดว่าทำไมไม่เอาแม่ใส่โลงไปกับพ่อด้วย ลูกชายจะปลอบว่า *“แม่ทำใจเถอะ มันเป็นเรื่องธรรมชาติ แค่ใครจะไปก่อนไปหลัง แต่ก็ดูแกจะพยายามไม่เข้าใจ ก็ยังเศร้าต่อไป”* ต่อมามีอาการป่วยปวดหลังตรงกระดูกมาก ๆ แม่จะบ่นว่า “ทำไมไม่ตาย ๆ ไปเลย” เวลาแม่พูด ลูกชายบอกว่าก็จะเฉย ๆ ไม่พูดอะไรเพราะรู้ว่าเขาพูดไปอย่างนั้นเมื่อเกิดความเจ็บปวด ซึ่งมักเป็นตอนเช้ามาแม่ตื่นนอนแล้วต้องลุกขึ้นมา หลังจากลูก ๆ ช่วยกันดูแลล้างหน้าอาบน้ำ ให้ทานข้าว แม่ก็จะดีขึ้นไม่บ่น นอนกลิ้งไปกลิ้งมาได้ ลูกชายจะพูดว่า *“แม่กินข้าวกินยาอาบน้ำ แล้วดูดีขึ้นเยอะนะ”* แม่ก็จะยิ้มดีใจ

ลูกชายเล่าว่าการดูแลแม่นั้นนอกจากการดูแลตามอาการ การอาบน้ำ ให้กินยาแล้ว จะมีอีกวิธีที่ช่วยแม่ คือ แต่เดิมการกินข้าวตอนที่แม่ยังไม่ป่วย แม่จะหากินเอง พอแม่ป่วย ช่วงกลางวัน ใครอยู่บ้านไม่ว่าจะเป็นลูกชาย ลูกสะใภ้หรือหลาน ๆ จะหาให้แม่กิน แต่ตอนเย็นที่บ้านจะเปลี่ยนมาเป็นให้ทุกคนมากินด้วยกันกับแม่ทุกวัน กินพร้อม ๆ กัน ลูกชายบอกว่า วิธีนี้จากที่แม่เคยบ่นพูดว่าอยากตาย ๆ มานั้น ตอนนี้แม่บอกว่าอยากอยู่ต่อไป อยากอยู่เพื่อหลาน ดูหลาน ๆ โต

“คงเป็นลูกผม กับลูกพี่ชาย เวลากลับมาจากโรงเรียนตอนเย็น เขาจะเข้าไปคุยเล่นกับย่าทุกวัน ยิ่งตอนนี้ปิดเทอม ก็นั่งเล่นอยู่บ้านเป็นเพื่อนย่า หาข้าว หายาให้ มันคงเป็นความรักความผูกพันนะ ทำให้แกไม่โดดเดี่ยว”

ลูกชายเห็นว่า ครอบครัวมีความสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย ต้องไม่ปล่อยให้เขารู้สึกว่าโดดเดี่ยว ไม่มีค่าหรือไม่มีใครสนใจ ต้องพยายามให้เวลากับเขาให้มาก ๆ

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ โรคกระดูกทับเส้นประสาท ตับแข็ง เดินไม่ได้ และมีอาการทางจิตใจ คือ อาการซึมเศร้าตั้งแต่สามีชีวิต ผู้ดูแลสังเกตได้จากผู้สูงอายุชอบบ่นว่าทำไมไม่ตาย ๆ ไป อาการนั่งซึมมองรูปสามีที่เสียชีวิต

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ เอาใจ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ ผลัดเปลี่ยนกันในครอบครัวและพาหลาน ๆ มารับประทานอาหารร่วมกับผู้สูงอายุ ให้หลาน ๆ มาคุยเล่นกับผู้สูงอายุหลังเลิกเรียน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขขึ้นมาก

ความคิดเห็น

ปัญหาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย สาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าน่าจะมาจาก 2 ประการคือ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และจากการสูญเสียคู่ชีวิต บุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ขาดคนใกล้ชิด เป็นผลให้เกิดความเศร้า ว้าเหว่ เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า การที่ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ มาอยู่เป็นเพื่อนไม่ปล่อยให้ว้าเหว่ ยึดมั่นในวัฒนธรรมไทยเรื่องการเคารพยกย่องผู้สูงอายุ ให้เด็กกับผู้สูงอายุมีเวลาร่วมกันเพื่อแก้ไขช่องว่างระหว่างวัย และผู้สูงอายุได้เห็นความงดงามสดใสในวัยเด็ก มีความสุขกับการคอยเฝ้าดูลูกหลานเจริญเติบโต จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายและอาการซึมเศร้าก็จะค่อย ๆ ดีขึ้น ผู้ดูแลควรส่งเสริมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุให้กลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงกลับก่อนเจ็บป่วย เพื่อทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจในตนเองและมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- สูญเสียสามี มีอาการเศร้าตลอดเวลา นั่งมองรูป ท้อแท้ บ่นว่า “ทำไมไม่ตาย ๆ ไปเลย”

วิธีการดูแล

- ลูกชายดูแล ล้างหน้าอาบน้ำ ให้ทานข้าวกินยา แม่ก็จะดีขึ้นไม่บ่น นอนกลิ้งไปกลิ้งมาได้ ลูกชายจะพูดว่า *“แม่กินข้าวกินยา อาบน้ำ แล้วดูดีขึ้นเยอะนะ”* แม่ก็จะยิ้มดีใจ
- ดูแลตามอาการ เช่น แต่เดิมการกินข้าวตอนที่แม่ยังไม่ป่วย แม่จะหากินเอง พอแม่ป่วย ช่วงกลางวันใครอยู่บ้านไม่ว่าจะเป็นลูกชาย ลูกสะใภ้หรือหลาน ๆ จะหาให้แม่กิน แต่ตอนเย็นที่บ้านจะเปลี่ยนมาเป็นให้ทุกคนมากินด้วยกันกับแม่ทุกวัน กินพร้อม ๆ กัน ลูกชายบอกว่า วิธีนี้จากที่แม่เคยบ่นพูดว่าอยากตาย ๆ มานั้น ตอนนี้แม่บอกว่าอยากอยู่ต่อไป อยากอยู่เพื่อหลาน ดูหลาน ๆ โต
- *“คงเป็นลูกผม กับลูกพี่ชาย เวลากลับมาจากโรงเรียนตอนเย็น เขาจะเข้าไปคุยเล่นกับย่าทุกวัน ยิ่งตอนนี้ปิดเทอม ก็นั่งเล่นอยู่บ้านเป็นเพื่อนย่า หาข้าว หายาให้ มันคงเป็นความรักความผูกพันนะ ให้แกไม่โดดเดี่ยว”*
- ครอบครัวมีความสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย ต้องไม่ปล่อยให้เขารู้สึกว่าโดดเดี่ยว ไม่มีค่า หรือไม่มีใครสนใจ ต้องพยายามให้เวลากับพวกเขาให้มาก ๆ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

- เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้สูงอายุให้ผ่อนคลายจากภาวะสูญเสีย ที่สำคัญคือ ผู้ดูแลควรตั้งสติ และพูดคุยกับผู้สูงอายุเพื่อทำความเข้าใจว่าภาวะสูญเสียเป็นวิกฤติที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย เป็นส่วนหนึ่งในวงจรของชีวิตมนุษย์
- ดูแลและให้ความสนใจกับสุขภาพร่างกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับให้เพียงพอ และออกกำลังกายตามอัตภาพอย่างสม่ำเสมอ
- นอกจากนี้ผู้ดูแลควรให้ความสนใจในสิ่งแวดล้อม พยายามพูดคุยหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ และพาผู้สูงอายุออกไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม เช่น การทำบุญที่วัด ร่วมงานประเพณีตามเทศกาลสำคัญ ๆ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

- บุตรหลานหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษจากปกติ ด้วยการอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ไม่ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังเป็นเวลานาน ๆ หมั่นชวนพูดคุย หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถของผู้สูงอายุพาผู้สูงอายุออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในสิ่งแวดล้อม ไม่คิดหมกมุ่นกับเหตุการณ์สูญเสีย
- ดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้เพียงพอจัดหาอาหารที่เหมาะกับสุขภาพของผู้สูงอายุโดยต้องคำนึงถึงความน่ารับประทานของอาหารที่จัดให้ผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุเบื่ออาหารต้องจัดหาอาหารให้รับประทานบ่อย ๆ รวมทั้งดูแลให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนนอนหลับ และออกกำลังกายอย่างเพียงพอ
- หากพบว่าผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายหรือจิตใจที่ผิดปกติ ควรรีบพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ทันที

เรื่องที่ 10

เรื่อง ไม่ทิ้งกัน ช่วยคลายเศร้า
เจ้าของเรื่องเล่า โดย สามี (นามสมมติ)
เขียนเรื่องเล่า โดย นางสาวปัทมา เกตุอ่ำ

เรื่อง ไม่ทิ้งกัน ช่วยคลายเศร้า เป็นเรื่องราวของสามีวัย 70 ปี ที่ดูแลภรรยา วัย 62 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีสูญเสียพ่อและลูกชายในเวลาไล่เลี่ยกัน โดยมีอาการเศร้า ซึม ไม่พูดกับใคร นอนไม่หลับ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีความฝันเป็นสีเทา ๆ ร้องไห้ง่าย ๆ ได้รับการรักษาโดยใช้ยาต้านโรคซึมเศร้า มีสามีและลูกชายช่วยดูแล โดยมีสามีเป็นผู้ดูแลหลัก

ในการดูแล สามีเล่าว่า ภรรยามีอาการซึมเศร้าตั้งแต่พ่อตาย เศร้าตลอดเวลา ร้องไห้ ต่อมาไม่นานลูกชายประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต ภรรยายิ่งมีอาการช็อค ไม่พูดหลายวัน นั่งอยู่เฉย ๆ จะร้องไห้ ตอนกลางคืนฝันร้าย บางครั้งก็มีอาการนอนไม่หลับ สามีเล่าว่าเมื่อพาไปหาหมอ หมอบอกเป็นโรคซึมเศร้าและให้ยามากิน ก็จะดีขึ้น พอยาหมดยังไม่ได้รับมาใหม่ ก็จะมีอาการกลับมาเป็นเหมือนเดิม ซึ่งหมอที่รักษาไม่ได้ว่าต้องดูแลภรรยาอย่างไร นอกจากกินยา ในช่วงแรกสามีให้ภรรยาพักผ่อน ไม่ต้องทำงาน แต่พบว่าภรรยาก็ยังมีอาการเช่นเดิม ต่อมาจึงคิดว่าจะใช้วิธีการให้คนมาพูดคุยหรืออยู่เป็นเพื่อน แต่เนื่องจากโดยปกติภรรยาก็เป็นคนพูดน้อย ไม่ค่อยพูดคุยกับใครอยู่แล้ว กลัวว่าจะช่วยอะไรไม่ได้ เลยไม่ได้ใช้วิธีดังกล่าว สามีจึงคิดเปลี่ยนมาเป็นใช้วิธีการให้ภรรยาพยายามใช้ชีวิตแบบปกติให้มากที่สุด

“ก็อะไรที่เขาเคยทำก็จะให้เขาทำให้มากที่สุด อย่างเขาเคยเป็นคนทำกับข้าวก็ให้เขาทำ ให้เขาปลูกต้นไม้รอบๆ บ้าน เขาจะได้ไม่ว่างมานั่งร้องไห้”

สามีบอกว่าเมื่อให้ภรรยามีงานหรือกิจกรรมทำ จะเห็นว่าภรรยาจะไม่ค่อยมีอาการร้องไห้ มีสมาธิในการทำงาน เมื่อทำงานมาก ๆ ตอนกลางคืนจะนอนหลับได้สนิทมากขึ้น ไม่ค่อยฝันร้าย แต่อย่างไรก็ดี ล่าสุด ได้พูดคุยกับภรรรยา ภรรยาร้องไห้และบอกว่าอยากจะตาย ไม่อยากอยู่แล้ว สามีคิดว่าน่าจะเกิดจากสาเหตุที่ขาดยาเนื่องจากไม่ได้ไปรับยาเพิ่ม จึงจะพาภรรยาไปพบหมอ

สามีบอกว่าการดูแลภรรยาที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นค่อนข้างยากเพราะไม่มีความรู้ว่าจะดูแลอย่างไรจึงจะช่วยได้ และรู้สึกชินที่ภรรยามีอาการต่าง ๆ บางครั้งก็ปล่อยให้ภรรยาร้องไห้หรือไม่พูดกับใคร แต่ก็จะไม่ทิ้งภรรยาไว้คนเดียวไม่ปล่อยให้ไปไหนมาไหนคนเดียว ต้องพยายามให้อยู่ในสายตาตลอดเวลา และพยายามสังเกตถึงความผิดปกติเนื่องจากโดยปกติก่อนมีอาการซึมเศร้า ภรรยาก็เป็นคนพูดน้อย เป็นคนเฉยๆ อยู่แล้ว ดังนั้น สิ่งสำคัญที่สุด คือ การไม่ปล่อยหรือทิ้งภรรยาไว้ให้อยู่ตามลำพัง

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น ไม่พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย แต่มีอาการทางจิตใจ คือ อาการซึมเศร้า เนื่องจากพ่อและบุตรชายเสียชีวิตในเวลาไล่เลี่ยกัน มีอาการซึมเศร้า เด่นชัดมาก คือ เศร้าตลอดเวลา ร้องไห้ง่ายนั่งอยู่เฉย ๆ ก็ร้องไห้ ซึมไม่พูดกับใคร นอนไม่หลับ มีความฝันเป็นสีเทา ฝันร้าย และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

การดูแล

พาไปพบแพทย์เพื่อรับยาต้านเศร้าและจัดยาให้กินสม่ำเสมอ อยู่เป็นเพื่อนไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว สังเกตความผิดปกติที่จะเกิดขึ้น จัดให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำก่อนที่จะเจ็บป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างที่จะคิดถึงเรื่องที่ทำให้เศร้า

ความคิดเห็น

ในวัยสูงอายุการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต บิดามารดา บุตร เป็นผลให้เกิดความเศร้าว้าเหว่ เนื่องจากผู้สูงอายุกลัวการตายและการพลัดพราก กลัวว่าวันเวลาของตัวเองใกล้จะมาถึง เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อาการเบื่อหน่าย เหงา หมดความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย รู้สึกสิ้นหวัง ขาดคุณค่าในตนเอง ร้องไห้ง่าย ในบางรายมีความคิดอยากตาย (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. 2549 : 26, 116) ผู้ดูแลผู้สูงอายุรายนี้ เป็นสามี ซึ่งเป็นคนใกล้ชิด ทำให้มีความเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุด้วยกัน อยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุตลอดเวลา การพาไปพบแพทย์เพื่อรับยารักษาอาการซึมเศร้า การดูแลให้กินยาสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการลงได้ การขาดยาจะทำให้ผู้สูงอายุอาการกำเริบและกลับมีอาการซ้ำได้อีก การสังเกตอาการผิดปกติเป็นวิธีที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ในด้านจิตสังคมการจัดให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมเหมือนเดิมก่อนเจ็บป่วยเช่น การทำงาน การทำกับข้าว การปลูกต้นไม้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมาธิมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นการพักผ่อนหย่อนใจและลดความตึงเครียดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- มีอาการซึม ไม่พูดกับใคร นอนไม่หลับ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีความฝันเป็นสีเทา ๆ ร้องไห้ง่าย ๆ
- มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา ร้องไห้ ไม่พูดหลายวัน นั่งอยู่เฉย ๆ จะร้องไห้ ตอนกลางคืนฝันร้าย บางครั้งก็มีอาการนอนไม่หลับ

วิธีการดูแล

- มีงานหรือกิจกรรมทำ จะเห็นว่าภรรยาจะไม่ค่อยมีอาการร้องไห้ มีสมาธิในการทำงาน เมื่อทำงานมาก ๆ ตอนกลางคืนจะนอนหลับได้สนิทมากขึ้น ไม่ค่อยฝันร้าย
- ไม่ทิ้งภรรยาไว้คนเดียวตามลำพัง ไม่ปล่อยให้ไปไหนมาไหนคนเดียว ต้องพยายามให้อยู่ในสายตาตลอดเวลา และพยายามสังเกตถึงความผิดปกติเนื่องจากโดยปกติก่อนมีอาการซึมเศร้า

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

- สังเกตอาการซึมเศร้าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าอาจแสดงออกอย่างชัดเจนหรือแสดงออกเพียงเล็กน้อย ซึ่งสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก ส่วนใหญ่ จะแสดงออก 2 ลักษณะ คือ (1) แยกตัวโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว โศกสลด เดียวดาย โหยให้ เงียบเหงา และว่างเปล่า ร่วมกับความรู้สึกเจ็บปวดตามร่างกาย (2) สิ้นหวังซึ่งเป็นความรู้สึกท้อแท้เหนื่อยหน่าย มืดมน หมดหวัง
- เฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และหันเหความสนใจโดยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมใหม่

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ผู้สูงอายุควรจะคำนึงถึงสุขภาพร่างกาย มีความสนใจที่จะออกกำลังและดูแลรักษาร่างกายให้สมบูรณ์ตามควร ส่วนทางด้านจิตใจนั้น การเข้าใจและยอมรับความเป็นจริงของชีวิตยอมรับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น บุตรหลานที่เติบโตแยกครอบครัว การมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมและสิ่งแวดล้อม เหล่านี้ล้วนเป็นวิธีการที่สำคัญ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพจิตให้มีความสุขตามควรแก่ฐานะของแต่ละคน

เรื่องที่ 11

เรื่องคุยกัน ช่วยคลายเศร้า
เจ้าของเรื่องเล่า โดย ภรรยา (นามสมมติ)
เขียนเรื่องเล่า โดย นางสาวปัทมา เกตุอ่ำ

เรื่อง คุยกัน ช่วยคลายเศร้า เป็นเรื่องราวของภรรยาวัย 67 ปี ที่ดูแลสามี วัย 70 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีอาการของโรคอัมพฤกษ์ ร่วมกับความดันโลหิตสูง เนื่องจากเส้นเลือดในสมองตีบ ทำให้ในชีวิตประจำวันไม่สามารถดูแลตัวเองได้เหมือนดังเดิม โดยมีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก

ในการดูแล ภรรยาเล่าว่า สามีเดิมเป็นคนสนุกสนาน มีเพื่อนมาก จะมีคนมาที่บ้านมาคุย มากินเหล้ากินที่บ้านเป็นประจำ ต่อมาสามีมีอาการเส้นเลือดในสมองตีบ ทำให้เป็นอัมพาตครึ่งซีก ไม่มีความรู้สึก ในช่วงแรก ๆ สามีมีการอาการหงุดหงิด บางครั้งก็ซึมและบ่นว่าเบื่ออยู่ตลอด ซึ่งในชีวิตประจำวัน ตอนเช้าภรรยาจะพาไปอาบน้ำ หรือบางครั้งสามีก็ไปอาบน้ำเองได้ ส่วนอาหารและยา ภรรยาจะเตรียมไว้ให้ สามีสามารถกินเองได้ จากนั้นภรรยาและลูกชายจะออกไปทำงาน ทำนา แล้วจึงค่อยกลับมา สามีจะอยู่บ้านคนเดียวในตอนกลางวันและใช้เวลาอยู่บนเตียงและดูโทรทัศน์ทั้งวัน ภรรยาเล่าว่าในช่วงแรก ๆ ยังมีเพื่อนฝูงมาเยี่ยมเยียนเป็นประจำและเป็นจำนวนมาก แต่ต่อมาก็ค่อย ๆ ลดจำนวนลงและไม่มาบ่อย ๆ เหมือนเคย เนื่องจากสามีทานเหล้าไม่ได้แล้ว ซึ่งพบว่า ทำให้สามีพูดน้อยลง นิ่งอยู่เฉย ๆ นิ่ง ๆ และพูดว่าเบื่อบ่อยขึ้น นอกจากนี้ก็ไม่ได้พาสามีออกไปไหนเลยตั้งแต่เป็นอัมพาตเพราะการเดินไม่สะดวก

ภรรยาจึงคิดหาวิธีให้สามีดีขึ้น จึงใช้วิธีพูดคุยกับสามีให้มากที่สุด หาอะไรที่สามีจะทำได้ เช่น ล่าสุดทางอนามัยจะจัดงานที่อนามัยให้คนป่วยในหมู่บ้านมาทำกิจกรรมร่วมกัน อนามัยมาบอกไว้ ตนจึงชวนสามีไปถามสามีว่าอยากไปหรือไม่ สามีบอกว่าอยากไป และมีหน้าตาสดใส สดชื่นขึ้นเยอะ ถามทุกวันว่าจะถึงวันไปหรือยัง

ตนจึงคิดว่า การให้สามีอยู่บ้านเพียงอย่างเดียวเนื่องจากคิดว่าสามีไม่สะดวกและคงไม่สามารถจะออกไปไหนได้เป็นความคิดที่ผิด ต่อไปจะพยายามหากิจกรรมที่เขาทำได้ให้ทำ ไม่ปล่อยให้อยู่เฉย ๆ

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ ร่างกายไม่สามาถขยับได้ครึ่งซีก ทำให้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ส่งผลให้มีอาการทางจิตใจ คือ พูดน้อยลง นิ่ง ๆเฉย ๆ พูดว่าเบื่อบ่อย ๆ

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีพูดคุยบ่อย ๆ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ และพาไปเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ในหมู่บ้าน

ความคิดเห็น

อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุเช่น โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอ มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Life event) เป็นปัจจัยเร่ง (Precipitating factors) ที่คุกคามต่อชีวิตหรือความพิการ (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. 2549 : 26, 116) ในกรณีนี้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นเหมือนเพื่อนคู่ชีวิตมาตลอด การดูแลจึงเป็นเรื่องของการรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุบอกเล่าให้ฟัง ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีทำให้ผู้สูงอายุได้ ระบายความไม่สบายใจออกมาไม่เก็บไว้อยู่คนเดียว เป็นการลดความกดดันและลดความเครียดลง ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจและช่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายและกลับมาใช้อวัยวะต่าง ๆ ได้เร็วขึ้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ช่วยเหลือตนเองได้ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกลับมา อาการซึมเศร้าก็จะหายไป นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการส่งเสริมการเข้ากลับสู่สังคมของผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดองค์รวมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนต้องยึดหลักในการทำงานประสานงานกันของหน่วยงานในชุมชน เช่น รพ.สต. เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นต้น เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ และประคับประคองอาการเจ็บป่วย และมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น (ทัศนีย์ ญาณะ และคณะ. 2557)

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- อาการหงุดหงิด บางครั้งก็ซึมและบ่นว่าเบื่ออยู่ตลอด พูดน้อยลง นิ่งอยู่เฉย ๆ นิ่ง ๆ

วิธีการดูแล

- พูดคุยกับสามีให้มากที่สุด หาอะไรที่สามีจะทำได้ เช่น ล่าสุดทางอนามัยจะจัดงานที่อนามัยให้คนป่วยในหมู่บ้านมาทำกิจกรรมร่วมกัน อนามัยมาบอกไว้ ตนจึงชวนสามีไป ถามสามีว่าอยากไปหรือไม่ สามีบอกว่าอยากไป และมีหน้าตาสดใส สดชื่นขึ้นเยอะ ถามทุกวันว่าจะถึงวันไปหรือยัง
- หากิจกรรมที่เขาทำได้ให้ทำ ไม่ปล่อยให้อยู่เฉย ๆ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

ภาวะสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะเป็นช่วงวัยที่มีแนวโน้มจะสูญเสียได้ทุกเมื่อ ทำให้หาความมั่นคงในชีวิตไม่ได้ และยากที่จะเริ่มต้นใหม่ได้เหมือนในช่วงวัยอื่น ดังนั้น ลูกหลานควรให้ความรักความเข้าใจผู้สูงอายุเป็นพิเศษ และให้กำลังใจท่านให้ผ่านพ้นทุกความรู้สึกไปได้

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

- การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และบทบาท ของครอบครัว ให้ตระหนักถึงความสำคัญ ตลอดจนมีเจตคติที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และให้การดูแลและเอื้ออาทรผู้สูงอายุมีคุณค่าอย่างแท้จริง
- ความรู้ในการดูแลและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เรื่องที่12

เรื่อง กลับไปเป็นเด็กอีกครั้ง
เจ้าของเรื่องเล่า หลานสาวคุณยาย
เขียนเรื่องเล่าโดย นางวัชราภรณ์ ชุมศรี

ผู้สูงอายุก็เหมือนการกลับมาสู่การเป็นเด็กอีกครั้งหนึ่ง แต่ที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดระหว่างความเป็นเด็กกับผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุต้องการให้ลูกหลานสนใจ ดูแลเอาใจใส่ มากกว่าเด็กที่มัวจะซุกซนและเล่นไปวัน ๆ เท่านั้น เรื่องราวที่เล่านี้ เป็นเรื่องราวของหลานสาวกับคุณยายวัย 54 ปีกว่า ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เนื่องจากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และข้อเข่าเสื่อมทำให้ใช้ชีวิตประจำวันได้ไม่เหมือนเดิม

หลานสาววัย 14 ปีได้แต่งงานมีครอบครัวแล้ว มีบุตร 1 คนได้เล่าให้ฟังว่า คุณยายต้องอยู่บ้านกับหลานสาวอายุ 4 ปีเพียงสองคนเท่านั้น เนื่องจากหลานสาวมีครอบครัว ต้องไปอยู่กับสามี และลูกที่บ้านของสามี แต่จะมาดูแลยายทุกวัน โดยจะซื้ออาหารติดมือมาให้คุณยายทุกวัน และช่วงเย็นจะกลับบ้านไปอยู่กับสามี ซึ่งห่างจากบ้านของยายประมาณ 3 กิโลเมตร คุณยายมีลูกชาย ซึ่งคุณยายจะรักและเป็นห่วงมาก 1 คนซึ่งตอนนี้ติดทหารอยู่ และประจำอยู่ที่ค่ายที่สงขลา ซึ่งหลานสาววัย 4 ปีเป็นลูกสาวของเขา ทีเกิดกับผู้หญิงภาคเหนือ หลังจากที่เขาติดทหาร ภรรยาได้หนีกลับบ้าน ทิ้งลูกไว้ให้ยายเลี้ยง โดยไม่ได้ติดต่อกลับมาเลย ทำให้คุณยายต้องเลี้ยงหลานคนนั้นตั้งแต่ เด็กอายุได้แค่ 1 ปี ทุกครั้งที่คุณยายไปไหนต้องมีหลานสาวคนนี้ไปด้วยเสมอ แต่ด้วยความที่หลานสาวคนนี้ชอบซุกซน และข้างบ้านคุณยายมีบ้านหลายหลังติดกัน และด้วยอายุยายที่มาก และมักมีอาการปวดเข่าอยู่บ่อย ๆ คุณยายจึงมักปล่อยให้หลานสาวตัวเล็กเที่ยวตามลำพัง จนอยู่มาวันหนึ่งยายสังเกตเห็นที่อวัยวะเพศของหลานสาวบวมขึ้น จึงพยายามถามหลานสาวตัวเล็กว่าเกิดอะไรขึ้น หลานสาวตัวเล็กด้วยความที่ยังเด็ก ยังไร้เดียงสาอยู่ ก็บอกคุณยายว่า ผู้ชายข้างบ้านอายุประมาณ 40 ปี ใช้นิ้วจิ้มที่อวัยวะเพศของหลานสาว ทำให้คุณยายตกใจ และเกิดความกลัวว่าผู้ชายคนนั้นจะทำอะไรหลานแก่มากกว่านี้หรือเปล่า คุณยายเลยพาหลานสาวไปหาหมอที่อนามัยใกล้บ้านเพื่อปรึกษาเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ได้ตรวจดู เจ้าหน้าที่บอกไม่เป็นอะไรมาก และได้ให้ยามากิน และแนะนำให้ยายไปแจ้งความที่สถานีตำรวจ คุณยายปฏิเสธที่จะไปแจ้งความ เพราะคนที่ทำหลานคุณยายเป็นคนข้างบ้าน แล้วเขาก็ได้หนีไปอยู่ที่อื่นแล้ว สุดท้ายคุณยายก็ไม่ได้ไปแจ้งความ ได้แต่กลัวว่าเขาจะกลับมาอีกหรือไม่ จะมาทำร้ายหลานสาวแกอีกหรือเปล่า หลานสาวแกเล่าให้ฟังอีกว่า แกไม่ค่อยรู้เรื่องกฎหมายอะไรเลย ก็ปล่อยให้เรื่องผ่านไปโดยไม่ได้เอาผิดอะไรกับชายคนนั้น และก็ไม่ได้เล่าเรื่องที่เกิดขึ้นให้พ่อของเด็กฟัง เพราะกลัวพ่อของเด็กจะโกรธและทำร้ายชายคนนั้น จนทุกวันนี้เรื่องราวที่เกิดขึ้นกับหลานสาวของคุณยาย พ่อของเด็กก็ยังไม่รู้ แต่คุณยายก็ยังมีอาการนั่งใจลอยและพูดเรื่องที่เกิดขึ้นกับหลานของแกอยู่ตลอด

หลานสาวคุณยายยังเล่าให้ฟังอีกว่า คุณยายมักไปบอกคนข้าง ๆ บ้านอยู่เสมอว่าลูก ๆ หลาน ๆ ไม่ค่อยสนใจแกเลย แกต้องดูแลตัวเอง ทำกับข้าวกินเอง บางวันก็ได้กิน บ้างวันก็ไม่ได้กิน ทั้ง ๆ ที่หลานสาวบอกว่า หลานสาวซื้อกับข้าวมาให้แกทุกวัน โดยหลานสาวเป็นคนเอามาให้แกเอง ส่วนข้าวสารก็ซื้อแบบกระสอบใหญ่ กินได้หลายเดือนมาไว้ให้คุณยาย ข้าวสารได้จากการรวมเงินของลูก ๆ หลาน ๆ คุณยาย หลานสาวยังบอกอีกว่าคุณยายไม่ค่อยเล่าอะไรให้หลานฟังแต่มักจะไปพูดและเล่าให้คนข้างบ้านฟัง นาน ๆถึงจะเห็นรอยยิ้มของคุณยายสักครั้ง จะเห็นก็ต่อเมื่อมีใครมาเยี่ยม มานั่งพูดคุยกับคุณยายที่บ้าน หลานสาวสังเกตได้ถึงความรู้สึกมีความสุขของคุณยายเมื่อมีคนมาเยี่ยม มาพูดคุย เป็นห่วงแก และคุณยายจะมีความสุขมากเมื่อลูก ๆ หลาน ๆ มาพร้อมหน้ากัน แต่พอสักพักเมื่อลูกหลานเดินทางกลับ คุณยายก็จะมานั่งร้องไห้ตามลำพัง แกไม่ได้ร้องแค่วันเดียว บางครั้งนั่งร้องไห้อยู่สามวัน

คุณยายจะมีอาการปวดเข่าเป็นประจำ เดินไปไหนไกล ๆ นาน ๆ ไม่ค่อยได้จะรู้สึกปวดเข่า และด้วยอายุที่มากทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย จึงไม่ค่อยได้ไปไหน ต้องรอให้ลูกหลานมาหา แต่ด้วยลูก ๆ หลาน ๆ มีครอบครัวกันหมดแล้ว และฐานะทางครอบครัวก็ไม่ค่อยดีเท่าไหร่ และอยู่ไกลบ้านคุณยายมาก นาน ๆ ถึงจะกลับมาหาคุณยายสักครั้ง บางปีก็ไม่กลับมาเลย

หลานสาวยังเล่าให้ฟังอีกว่าบางคืนที่หลานสาวได้มานอนพักค้างคืนกับคุณยาย คุณยายชอบละเมอ แต่ก็ฟังไม่รู้ว่าละเมอว่าอะไร บางคืนยายนอนไม่หลับเลย พอตื่นมารุ่งเช้าหลานสาวพยายามถามยาย คุณยายก็เงียบ ไม่ตอบอะไรหลานสาวเลย หลานสาวพยายามพูดคุยเพื่อให้คุณยายรู้สึกดีขึ้น และพยายามหาเวลาไปนอนพักค้างคืนกับคุณยายบ้าง หลาวสาวเข้าใจดีว่าตัวเองอยู่ใกล้ยายมากที่สุด และเป็นผู้มีพระคุณกับตัวเองมาก เพราะได้อยู่กับคุณยายมาตั้งแต่เด็ก

สิ่งหนึ่งที่คุณยายชอบพูดบ่อย ๆ คือ “เมื่อไหร่จะตายสักที เบื่อจังแล้ว แต่เป็นห่วงไอ้หลานคนนี้ว่าแล้วมันจะอยู่กับใคร ใครจะเอามันไปเลี้ยงบ้าง” หลานสาวก็ไม่รู้จะตอบคุณยายว่าไงเพราะตัวเองหาเช้ากินค่ำเหมือนกัน ตัวเองได้แต่เลี้ยงลูก สามีเป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว ได้แต่พูดปลอบใจคุณยายว่าไม่ต้องเป็นห่วงหรอก เธอจะพยายามดูแลหลานให้ จะไม่ทิ้งเด็ดขาด เหมือนที่คุณยายไม่เคยทิ้งเขา หลานสาวเคยพยายามชวนคุณยายไปอยู่บ้านของสามีของตัวเอง แต่คุณยายปฏิเสธ แกบอกว่า “แกเกิดที่นี้ แกก็อยากตายที่บ้านของแก แกไม่อยากไปไหน”

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ มีอาการข้อเข่าเสื่อม ทำให้ปวดเข่าเป็นประจำ เดินได้ไม่ไกลเหนื่อยง่าย มีอาการทางจิตใจจากความวิตกกังวลและซึมเศร้า คือ อาการนั่งใจลอย นอนไม่หลับ บ่นว่าไม่มีคนสนใจ เบื่อ และอยากตาย นั่งร้องไห้ทีละนาน ๆ

การดูแล

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลานอายุ 4 ปีเพียงลำพัง แต่มีผู้ดูแลเป็นหลานสาวอายุ 14 ปีที่อาศัยอยู่บ้านใกล้ๆกัน ทำหน้าที่นำอาหารมาให้ มาพูดคุยปลอบใจยามที่ผู้สูงอายุมีความทุกข์หรือไม่สบายใจ และมีบางครั้งที่มานอนเป็นเพื่อนผู้สูงอายุ

ความคิดเห็น

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะ คือปัญหาสุขภาพเรื้อรังจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น อาการที่สำคัญได้แก่ (1) ภาวะทรงตัวที่ไม่มั่นคง อาจทำให้หกล้มง่าย (2) ภาวะสับสนบกพร่องทางความคิด (3) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (4) การเคลื่อนไหวช้า สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง (5) เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาเนื่องจากมีปัญหาเรื้อรัง (ทัศนีย์ ญาณะ และคณะ. 2557) ในกรณีนี้ผู้สูงอายุมีความเจ็บปวดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ทำให้ไปไหนมาไหนได้ลดลง เมื่อมีลูกหลานมาเยี่ยมเยียนจึงมีความสุข แต่เมื่อลูกหลานกลับไปจึงเกิดความเหงา เศร้าและไม่สบายใจ แต่ในการที่ยังมีหลานซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดโดยมีพื้นฐานความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรมไทยในเรื่องความกตัญญู ให้ความสนใจ การทดแทนคุณของบุพการี ทำให้ผู้ดูแลไม่ละเลยผู้สูงอายุ คอยใส่ใจเสมอ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ ให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุคลายความกังวลลง ถ้ามีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลายหรือพัฒนาจิตใจ เช่น ฟังธรรมะ สวดมนต์ หรือทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่พอจะทำได้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- นอนละเมอ นอนไม่หลับเลย บ่น บ่อย ๆ “เมื่อไหร่จะตายสักที มีอารมณ์เบื่อ วิตกกังวลห่วงหลาน”

วิธีการดูแล

- พูดคุย ปลอบใจ เพื่อให้คุณยายรู้สึกดีขึ้น และพยายามหาเวลาไปนอนพักค้างคืนกับคุณยายบ้าง

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

ให้ความช่วยเหลือโดยมุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล ผู้ดูแลต้องตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทุกด้าน โดยเริ่มจากความต้องการรดับพื้นฐานก่อน และค่อย ๆ เพิ่มความต้องการที่สูงขึ้นจากความต้องการทางชีวภาพ ทางกาย-จิต ทางจิต-สังคม

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

- เพิ่มกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในระหว่างบุคคล ไปจนถึงความต้องการด้านการยอมรับเป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่พยายามให้บรรลุถึงความต้องการนั้น ตามความต้องการของผู้สูงอายุ
- ช่วยให้ผู้สูงอายุได้สมหวังในชีวิตโดยการตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดในสิ่งที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก และปรับตัวให้มีความกลมกลืนกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

เรื่องที่ 13

เรื่อง กลัวความโดดเดี่ยว
เจ้าของเรื่องเล่า นางสาวโสภณ แก้วไฟ (บุตรสาว)
เขียนเรื่องเล่าโดย นางพรเพ็ญ แสงแก้ว

ครอบครัวของคุณพ่อเป็นครอบครัวใหญ่ คุณพ่อมีลูกหญิง 4 คน ลูกชาย 2 คน และในจำนวนนี้มีลูก ๆ ที่อยู่รวมในบ้านของคุณพ่อจำนวน 2 ครอบครัว ส่วนอีก 3 ครอบครัวก็จะอยู่ละแวกใกล้บ้าน ทำให้คุณพ่อเป็นคนที่เคยชินกับการที่มีลูก ๆ หลาน ๆ รวมถึงภรรยาที่คอยเอาใจอยู่ตลอด ทุก ๆ วัน คุณพ่อจะมีความสุขกับการใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในการกิน เที่ยว นอน

อยู่มาวันหนึ่ง เมื่อ 3 เดือนที่แล้ว คุณพ่อเป็นไข้หลังจากที่ลูก ๆ ได้พาไปเที่ยวในจังหวัดพัทลุง ก็บอกให้ลูกพาไปคลินิกโดยอ้างว่าไม่อยากไปคอยที่โรงพยาบาล แต่ลูกสาวพูดเกลี้ยกล่อมจนคุณพ่อยอมไปโรงพยาบาล และในวันนั้นเองแพทย์ในโรงพยาบาลได้ให้คุณพ่อนอนโรงพยาบาล โดยวินิจฉัยโรคว่าติดเชื้อในกระแสเลือด ลูก ๆ ทุกคนตกใจแต่คิดว่าเป็นไปไม่ได้ เพราะคุณพ่อเป็นไข้แค่วันเดียวเอง คิดไปว่าน่าจะกลั้นปัสสาวะเพราะเพิ่งกลับจากเที่ยว และอีกอย่างหนึ่งคุณพ่อก็ไม่ได้มีแผลที่ไหน

จากผลการต้องนอนโรงพยาบาลวันแรกคุณพ่อนอนไม่หลับ มีแค่ลูกสาวเฝ้าเพียงคนเดียว และต้องนอนเตียงสามัญรวม แพทย์ไม่อนุญาตให้เข้าห้องพิเศษ เวลาผ่านไป 2 วัน อาการคุณพ่อไม่ดีขึ้นแต่กลับแย่ลง แพทย์มีความเห็นว่าต้องไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัดที่มีเครื่องมือพร้อม คุณพ่อปฏิเสธ โกรธและโมโหมาก จนทำให้หายใจไม่ทัน ซึ่งเป็นเหตุให้แพทย์ต้องตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจแก่คุณพ่อ โดยได้รับการยินยอมจากลูกสาวและญาติคนอื่น แล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด

ขณะที่คุณพ่อนอนพักอยู่ที่ห้องกึ่งวิกฤตของโรงพยาบาลจังหวัด เห็นได้ชัดว่าคุณพ่อเครียดและมองออกข้างนอกตลอดเวลา และยังคงมีอาการนอนไม่หลับเช่นเดิม ถ้าจะหลับก็หลับช่วงญาติเข้าเยี่ยม แต่หลับเพียงแค่เล็กน้อย ก็จะสะดุ้งตื่น แล้วรีบคว้ามือของคนที่นั่งอยู่ข้าง ๆ และก็สังเกตได้ว่าเมื่อมีคนมาเยี่ยมคุณพ่อจะต้องเอามือไปจับมือคนมาเยี่ยมทุกคน เหมือนจะวอนให้อยู่เป็นเพื่อน

หลังจากนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลจังหวัด 1 เดือน ท่านก็มีอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ดูเหมือนว่าคุณพ่อจะดีใจ แต่ก็ยังกังวลอะไรอยู่ในใจแต่ท่านไม่พูด ท่านกลับบ้านด้วยสีหน้าที่ไม่สดชื่นนัก

ในวันแรกของการกลับมาบ้าน ถึงบ้านคุณพ่อก็นอนนิ่งไม่พูดไม่จากับใครนอกจากคุณแม่คนเดียว พอมืดทุกคนต่างก็กลับบ้านโดยปล่อยให้คุณพ่ออยู่กับคุณแม่และลูกสาว 2 คน และแล้วกลางดึกคืนนั้นเอง คุณพ่อมีน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำมาก น้ำตาล 29 mg% คุณพ่อมีอาการเบลอ น้ำลายฟูมปาก ลูกสาวก็ได้ให้น้ำหวานทางสายยางแก่คุณพ่อไป และเจาะน้ำตาลดูเรื่อย ๆ จนน้ำตาลเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สูงถึง 200 กว่า แต่คุณพ่อก็ยังเรียกไม่รู้สึกตัว ทุกคนในบ้านได้ตกลงกันว่าถ้าพาคุณพ่อไปโรงพยาบาลอีก น่าจะใส่เครื่องช่วยหายใจอีก จึงตัดสินใจไม่พาคุณพ่อไป ยอมแล้ว ยอมแค่นี้สำหรับการช่วยคุณพ่อเพราะไม่อยากให้คุณพ่อต้องเจ็บ ต้องทรมานอีกแล้ว ทุกคนนั่งรอคุณพ่อที่ไม่รู้สึกตัวอยู่ 2 วัน 2 คืน เหมือนมีปาฏิหาริย์คุณพ่อเริ่มรู้สึกตัว แต่พูดไม่ได้แต่สามารถสื่อให้ลูก ๆ ทราบว่าท่านสามารถรับรู้เรื่องราวได้ หลังจากนั้นก็บอกคุณพ่อว่าจะพาคุณพ่อไปอยู่บ้านลูกสาวอีกคน ซึ่งมีคนดูแลเยอะกว่า คุณพ่อพูดไม่ได้แต่ท่านพยักหน้าว่ายอมไป มันทำให้ลูก ๆ ทุกคนคิดว่าจากเหตุการณ์ที่ท่านน้ำตาลต่ำ จนทำให้ท่านไม่รู้สึกตัวน่าจะทำให้ท่านทรมานมาก

เพราะไม่สามารถที่จะเรียกขอความช่วยเหลือได้ จนเป็นเหตุให้กลัวการต้องอยู่คนเดียว กลัวการไม่ได้รับการดูแลที่จริงจัง กลัวการถูกทอดทิ้ง

ต่อมาหลังจากนั้น คุณพ่อเริ่มรู้สึกตัวดีขึ้นเรื่อย ๆ แต่พูดไม่ได้ กำลังใจทุกคนเริ่มกลับคืนมา ลูก ๆ ได้แจ้งให้ทางโรงพยาบาลใกล้บ้านทราบ แพทย์พร้อมพยาบาลและทีมเยี่ยมบ้าน ลงเยี่ยมผู้ป่วยให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ญาติ จนคุณพ่อค่อย ๆ ดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน จากที่เคยให้อาหารทางสายยางก็สามารถกินเองได้มากขึ้นตามลำดับ

จนกระทั่ง ณ ตอนนี้ ลูก ๆ ทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าคุณพ่อหายแล้วแต่ยังไม่อยากหาย เพราะกลัวต้องกลับไปอยู่บ้าน กลัวคนดูแลมีน้อย เพราะลูก ๆ ต้องไปทำงาน จึงได้ถามคุณพ่อไปว่า “ ถ้าหายแล้วยังอยากกลับไปบ้านอีกมั้ย ” คุณพ่อตอบว่า “ อยากอยู่บ้านที่นี่ เขาไม่ให้อยู่เหรอ ถ้าหายแล้ว ” ทุกคนที่นั่งฟังคำตอบถึงกับอึ้ง แล้วลูกสาวคนที่เป็นเจ้าของบ้านตอบกลับไปว่า “ ยินดีและเต็มใจเป็นอย่างมากที่จะให้คุณพ่ออยู่ที่นี่ ให้อยู่ตลอดไปเลย ” คุณพ่อยิ้มเห็นได้ชัดว่าท่านสบายใจ ท่านบอกว่าอยู่ที่นี่คนเยอะดี คนไปมาไม่ขาดระยะ ได้มองเห็นคนตลอด เพราะหน้าบ้านมีร้านขายของ ซึ่งคุณพ่อสามารถมองเห็นจากห้องที่นอนได้ และทุกวันนี้อาการของคุณพ่อดีขึ้นตามลำดับ โดยลูก ๆ ทุกคนได้ตกลงและจัดเวรกันในการดูแลคุณพ่อโดยต้องมีคุณดูแลอยู่กับท่านทุกวันอย่างน้อย 1 – 2 คน

สุดท้ายนี้ลูก ๆ ทุกคนก็มีความสุขกับการได้ดูแลคุณพ่อ เพราะทุกวันคุณพ่อจะมีเรื่องตลก ๆ หลุดออกมาให้ลูก ๆ หลาน ๆ ได้หัวเราะกันทุกวัน จนท่านเองก็มีสีหน้าที่คลายกังวลลงอย่างเห็นได้ชัด สรุปได้ว่าจากเหตุการณ์จากโรงพยาบาลอำเภอ ไปโรงพยาบาลจังหวัด จนกลับมาบ้านของตัวเอง คุณพ่อจะมีอาการกลัวที่จะต้องอยู่คนเดียว เมื่อค้นพบว่าตัวท่านเองไม่สามารถที่จะช่วยเหลือได้แล้ว เมื่อท่านยอมรับสภาพและปรับตัวได้ และมั่นใจว่าลูก ๆ หลาน ๆ ของท่านไม่มีใครคิดจะทอดทิ้งท่าน ท่านก็มีความสุขทางจิตใจ และทางร่างกายจะดีขึ้นตามมา

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ โรคเบาหวาน ทำให้เกิดอาการช๊อคจากระดับน้ำตาลต่ำ หลังจากนั้นมีอาการวิกฤติต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และให้อาหารทางสายยาง ทำให้ร่างกายชาไปด้านหนึ่ง พูดไม่ได้ เดินไม่ได้ ส่งผลให้มีอาการทางจิตใจ คือ นอนไม่หลับ เครียด โกรธ กลัวการอยู่คนเดียว เวลามีคนไปเยี่ยมจะจับมือไว้ เหมือนจะวอนให้อยู่เป็นเพื่อน

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ เอาใจ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ ผลัดเวรกันในครอบครัวมาดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูอวัยวะต่าง ๆ ให้ได้กลับมาใช้ได้เหมือนเดิม

ความคิดเห็น

อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุเช่น โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ เบาหาน ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกังวลใจ มีอารมณ์กังวลง่ายและกลัวในสิ่งที่ไม่เคยกลัวมาก่อน มีอาการหลงลืมรวมถึงกลัวถูกทอดทิ้งและกลัวความตาย นอกจากนี้ยังรู้สึกหงอยเหงาเป็นนิจ ใจน้อยและสะเทือนใจง่าย บางคนกลายเป็นคนหงุดหงิดโมโหร้าย ชอบแยกตัว บางคนก็มีอารมณ์เศร้า ต้องการตายเร็วหรืออยากฆ่าตัวตาย ในกรณีนี้เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการกลัวและวิตกกังวลต่อการอยู่คนเดียว ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ผลัดกันดูแลผู้ป่วย ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจและช่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวล พยายามปรับตัวยอมรับกับสภาพของร่างกาย มีความสุขมากขึ้น แข็งแรงขึ้น กลับมาพูดคุยได้และพยายามช่วยเหลือตนเองมากขึ้น

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- นอนไม่หลับ โกรธ และโมโหมาก เวลาหลับเพียงแค่เล็กน้อย ก็จะสะดุ้งตื่น แล้วรีบคว้ามือของคนที่นั่งอยู่ข้าง ๆ นอนนิ่งไม่พูดไม่จากับใครนอกจากคุณแม่คนเดียว กลัวการถูกทอดทิ้ง

วิธีการดูแล

การดูแลอย่างใกล้ชิด

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การที่บุคคลที่หลอมรวมกันจนเกิดความเข้าถึงจิตใจระหว่างคนสองคน (Transpersonal) ทำให้คนทั้งสองคนค้นพบความหมายของสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นสาระสำคัญของชีวิต ได้แก่ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความตาย ตามสภาพความเป็นจริงของชีวิต

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับในตนเอง และยอมรับผู้อื่น เกิดสัมพันธภาพที่นำไปสู่การฟื้นหาย (Healing relationship) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

เรื่องที่ 14

เรื่อง ป้องกันไต ใส่ใจ ลดยากิน
เจ้าของเรื่องเล่า ลูกสะใภ้
เขียนเรื่องเล่าโดย นางรัชนี ชูปล้อง

ในแต่ละครอบครัวย่อมมีปัญหาอุปสรรคที่ไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและบุคคลนั้น ๆ ดังเช่นครอบครัวหนึ่งที่อาศัยอยู่ในย่านชุมชนมีสมาชิกในครอบครัวมี 7 คน ในบ้านมีหลายกลุ่มอายุทั้งวัยทำงาน วัยรุ่น วัยเด็กและผู้สูงอายุ ย่าหลิวอายุ 65 ปี เป็นคนใจเย็นพูดจาไม่หยาบ ซึ่งอาศัยอยู่กับลูกชาย ลูกสะใภ้และหลาน ๆ ย่าหลิวมีโรคประจำตัวหลายโรคซึ่งได้ตรวจพบประมาณ 5 ปีก่อน ทั้งเบาหวาน ความดัน ไขมันในเส้นเลือดรับการรักษาต่อเนื่องอยู่ตลอดและเป็นคนที่ให้ความสำคัญต่อการแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ในช่วงระยะเวลาประมาณ 2 ปีหลังพี่สาวคนโตของย่าหลิวชื่อยายเถ็กซึ่งสนิทและผูกพันกันมาก ได้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดแต่ยายเถ็กยังไม่รับรู้โรคที่ป่วยเพราะลูก ๆ ไม่บอก ทำให้ย่าหลิวเกิดความสงสารยายเถ็กและกังวลไปต่าง ๆ นานาจนเกิดอาการแน่นหน้าอกบ้าง เจ็บกระเพาะบ้างได้ไปพบแพทย์และแพทย์ได้ให้ยาตามอาการและยาคลายวิตกกังวลด้วยพร้อมแนะนำการปฏิบัติตัวต่าง ๆ ทุกครั้งที่หมอนัดย่าหลิวก็จะไปด้วยเกือบทุกครั้งหลังจากรับการรักษาอยู่ประมาณปีกว่า ๆ ยายเถ็กได้เสียชีวิตลงอย่างสงบสร้างความเสียใจให้ลูก ๆ หลาน ๆ และน้อง ๆ อย่างยิ่ง เมื่อผ่านเหตุการณ์ในครั้งนั้นไปลูก ๆ ของยายเถ็กที่อยู่กทม. โทรมาคุยสม่ำเสมอและบางคนที่อยู่ใกล้ก็มาเยี่ยมเป็นประจำ และหลาน ๆ ที่บ้านได้เป็นตัวช่วยในการทำกิจกรรมยามว่างทำให้ลดเครียดไปได้ ในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้ ๆ กันนั่งคุยกันตามประสาผู้สูงวัย ทุกเช้าทุกคนจะกินข้าวพร้อมกันเพราะช่วงวันธรรมดาที่บ้านเช้า-เย็นทุกคนจะออกนอกบ้านไปทำงานและไปโรงเรียนกันหมดเหลือแต่ย่าหลิวคนเดียว แกทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามประสา จัดบ้าน ทำกับข้าว บางครั้งก็รีดผ้าบ้าง ว่าง ๆ ก็นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์ หลัง 4 โมงเย็นหลาน ๆกลับจากโรงเรียนจะมีเรื่องเล่าที่เกิดขึ้นที่โรงเรียนเรียนให้ย่าฟังกันจอแจพร้อมเสียงหัวเราะกันจนบางครั้งหัวเราะกันน้ำตาไหลส่วนใหญ่จะเป็นวีรกรรมของหลานชายคนเล็ก

เมื่อต้นปี 57 พี่สาวคนที่ 2 ชื่อยายรีได้ป่วยลงลูก ๆ ของป้ารีได้พาไปตรวจหลายครั้งประมาน 2 เดือนที่พบแพทย์อยู่สุดท้ายตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 3 เมื่อทราบอาการของป้ารีทรุดลงอย่างน่าเป็นห่วง ย่าได้เดินทางพร้อมกับหลาน ๆ ไปเยี่ยมป้ารีที่นอนป่วยอยู่ที่บ้านหลังจากที่เดินทางไปรักษามาหลายที่แล้ว บางครั้งก็ไปนอนค้างคืนเฝ้าป้ารีด้วยกัน เมื่อกลับจากเยี่ยมป้ารีย่าก็มีอาการเครียดและกังวลจนเห็นได้ชัดเมื่อได้พูดคุยสอบถามย่าว่า

“ป้ารีอาการพันพรื้อมั้งแม่” แกเล่าให้ฟังว่า “น่าเอ็นดูป้ารีจังหู้เพราะมีอาการปวดและกินอาหารไม่ค่อยได้อ่อนแรงร้องครวญครางตลอดเวลา ฮายม่ายโร้อิช่วยพรื้อเห็นสภาพแล้วทรมานจริงๆ” สีหน้าหม่นหมองถอนหายใจแรง ส่วนลึก ๆ ในใจย่าจะมีความกังวลว่าพี่ ๆ เป็นโรคมะเร็งกันตัวเองจะเป็นด้วยหรือเปล่า หากเกิดป่วยจะเป็นภาระให้ลูกหลานที่ต้องดูแลและเสียค่าใช้จ่ายมาก ซึ่งในครอบครัวมีค่าใช้จ่ายมากพอสมควรอยู่แล้ว เมื่อมีอาการผิดปกติในร่างกายย่าจะรีบไปหาหมอในบางครั้งกินยาไม่ทันหมดมีความรู้สึกไม่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยนหมออีก จนมียาเหลืออยู่มาก จนเพื่อนบ้านแซวว่า “ป้าหลิวเปิดร้านขายยาได้แล้วนะยังทั้งเพตามใจยาไหร” ย่าหัวเราะพร้อมกับพูดว่า “เอามั้งม้ายอะแจกฟรีนิ” วันหนึ่งฉันได้นั่งคุยกับย่าถึงการใช้ยาและผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นภายหลังหากเราใช้ยาเกินความจำเป็นเพราะมันจะทำให้เพิ่มโรคอื่นตามมาได้ และการกังวลในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นหากว่ามันจะเกิดต้องยอมรับความจริงเพราะไม่มีใครที่จะห้ามหรือหลีกเลี่ยงได้ “ทำใจ

ให้บายอย่าคิดไหรมาก” “อ้ายไหรมันอิเกิดมันก็ต้องเกิดทำพรือมันได้อะ” ฉันได้หาหนังสือธรรมะมาให้อ่านและหารายการกีฬามาให้ดูเพราะย่าชอบดูมวย ฟุตบอลมาก ทุก ๆ วันศุกร์ย่าจะไปนวดฝ่าเท้าที่ตลาดน้ำเพื่อคลายกล้ามเนื้อท้าและเป็นการกระตุ้นเส้นเลือดส่วนปลาย ในวันอาทิตย์ซึ่งเป็นวันหยุดของทุกคน จะมีเมนูพิเศษที่หลาน ๆ ชอบกินก็เสนอกันแล้วให้ย่าเป็นคนปรุงเพราะย่ามีฝีมือในการทำกับข้าวอร่อยมากถูกปากเด็ก ๆ ชวนกันไปเที่ยวชายทะเลหรือไปเยี่ยมญาติ ๆ ด้วยกันเมื่อได้พูดคุยถามสาระทุกข์สุขดิบกันทำให้คลายความวิตกได้ดี ตอนนี้ในครอบครัวทุกคนต่างช่วยกันดูแลและคอยเป็นกำลังใจให้กันลดการใช้ยากินแต่ใช้ยาใจแทน

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด แต่ปฏิบัติตนและรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ตลอด มาในระยะหลังเมื่อญาติพี่น้องในวัยเดียวกันมีโรคต่าง ๆ และจากไปทำให้ผู้สูงอายุรายนี้เกิดความวิตกกังวล จนมีอาการแน่นหน้าอก เจ็บกระเพาะ แพทย์ให้ยาคลายกังวลมารับประทาน

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวมีความใส่ใจในการดูแลพาไปพบแพทย์ให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง คนในครอบครัวรับประทานอาหารพร้อมกัน ลูกหลานที่อยู่ไกลผลัดกันมาเยี่ยมเยียน หมั่นโทรศัพท์มาพูดคุย พูดปลอบใจ พูดคุยกับเพื่อนบ้านวัยเดียวกัน ให้ทำงานบ้านเท่าที่จะทำได้ ให้ฟังธรรมะและทำกิจกรรมที่ชอบ เช่นดูรายการกีฬา ไปนวดฝ่าเท้า ทำให้ผู้สูงอายุลดความกังวลลงได้

ความคิดเห็น

ผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลใกล้ชิดระยะยาว ผลของการสำรวจ ผู้สูงอายุในปี 2554 พบว่ามีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 53 มีอาการของ โรคใดโรคหนึ่งอยู่ กลุ่มอาการที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่งคือความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน และรองลงมาเป็นอันดับสามคือโรคเก๊าท์/ รูมาตอยด์/ปวดเข่า หลัง หรือคอเรื้อรัง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคและต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องรายงานว่าไม่สามารถไปรับการรักษาได้เพราะไม่สะดวก ในการเดินทาง (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. 2557) จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกังวลใจ มีอารมณ์กังวลง่ายและกลัวในสิ่งที่ไม่เคยกลัวมาก่อน ความกังวลดังกล่าวแสดงออกมาทางร่างกาย (Psychosomatic disorder) เช่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ในกรณีผู้สูงอายุรายนี้ผู้ดูแลให้การดูแลที่เหมาะสม อันดับแรกคือการดูแลทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การพาไปพบแพทย์เพื่อประเมินอาการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หลังจากนั้นการดูแลเรื่องจิตใจและสังคมเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่ต้องช่วยกันดูแล ผู้ดูแลได้ใช้วิธีการให้ครอบครัวร่วมกันเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้ง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจว่ายังเป็นที่รักและเคารพของคนในครอบครัว ให้ผู้สูงอายุทำงานหรือกิจกรรมในบ้านที่พอจะทำได้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยังมีประโยชน์ต่อครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูกีฬาที่ชอบ ทำอาหาร พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน นวดคลายเครียด และสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ฟังธรรมะเพื่อปรับความคิดและยอมรับกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของบุคคลซึ่งเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ช่วยผู้ให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวที่เหมาะสม ลดปัญหาด้านความวิตกกังวลลงได้

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

กังวลไปต่าง ๆ นา ๆ จนเกิดอาการแน่นหน้าอกบ้าง เจ็บกระเพาะ สีหน้าหม่นหมองถอนหายใจแรง

วิธีการดูแล

- คุยสม่ำเสมอและบางคนที่อยู่ใกล้ก็มาเยี่ยมเป็นประจำและหลาน ๆ ที่บ้านได้เป็นตัวช่วยในการกิจกรรมยามว่างทำให้ลดเครียดไปได้
- สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้ ๆ กันนั่งคุยกันตามประสาผู้สูงวัย
- หาหนังสือธรรมะมาให้อ่าน และหารายการกีฬามาให้ดูเพราะย่าชอบดูมวย ฟุตบอลมาก ทุก ๆ อาทิตย์พาไปนวดฝ่าเท้าเพื่อคลายกล้ามเนื้อท้า และเป็นการกระตุ้นเส้นเลือดส่วนปลาย
- ในวันอาทิตย์ซึ่งเป็นวันหยุดของทุกคน จะมีเมนูพิเศษที่หลาน ๆ ชอบกินก็เสนอกันแล้วให้ย่าเป็นคนปรุงเพราะย่ามีฝีมือในการทำกับข้าวอร่อยมากถูกปากเด็ก ๆ ชวนกันไปเที่ยวชายทะเลหรือไปเยี่ยมญาติ ๆ ด้วยกันเมื่อได้พูดคุยถามสาระทุกข์สุขดิบกันทำให้คลายความวิตกได้ดี
- ครอบครัวทุกคนต่างช่วยกันดูแลและคอยเป็นกำลังใจให้กันลดการใช้ยากินแต่ใช้ยาใจแทน

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจจะนำมาซึ่งความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแลกับผู้สุงอายุ โดยการให้การเกื้อหนุนดูแล เอาใจเขามาใส่ใจเรา

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

เพิ่มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความเข้ากันระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้สูงอายุ และเกิดความเห็นอกเห็นใจและความอบอุ่นใจ เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสุขของผู้สูงอายุ

เรื่องที่ 15

เรื่อง ความรักความห่วงใย
เจ้าของเรื่องเล่า น้าสาว
เขียนเรื่องเล่าโดย นางเอื้อพร โสเจยยะ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สร้างคุณประโยชน์แก่ลูกหลาน และประเทศชาติเป็นอันมากเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่า จากการที่ท่านได้สั่งสมประสบการณ์จากชีวิตของท่านจึงเป็นผู้ที่ได้รับการยกย่อง เคารพนับถือของผู้ที่อ่อนวัยกว่าอันเป็นประเพณีที่ยึดถือกันมาตั้งแต่สมัยก่อน

ดิฉันขอยกเอาเรื่องของยายกิ้มเอี้ยนมาเล่าแล้วกันค่ะ ยายกิ้มเอี้ยนซึ่งเป็นยายของดิฉันอาศัยอยู่กับน้าศรีน้องสาวของแม่ยายกิ้มเอี้ยนเป็นคนอารมณ์ร้อน ขี้หงุดหงิดตั้งแต่สมัยสาวๆ ตอนนี้ยายกิ้มเอี้ยนอายุได้ประมาณ 87 ปีส่วนคุณตาสามีของคุณยายกิ้มเอี้ยนได้จากแกไปตั้ง 10 ปีที่แล้วยายกิ้มเอี้ยนแกยังพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ก่อนหน้านี้ยายเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเคยรับการรักษาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ยายทำตามคำแนะนำจากหมอกินยามาตลอดปลายปี 2555 ยายกิ้มเอี้ยนก็ไม่ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องอีกเลย ย้อนไปต้นปี 57 ยายกิ้มเอี้ยนมีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น ขี้บ่นมากกว่าเดิม ชอบพูดถึงชื่อญาติ ๆ ที่เสียชีวิตไปแล้ว ร้องไห้บ่อย

วันหนึ่งซึ่งน้าศรีได้เล่าให้ฟังว่าแกได้เอาอาหารเช้าไปให้ยายกิ้มเอี้ยนรับประทาน (น้าศรีทำเป็นประจำเหมือนทุกวัน แม้นวันไหนไม่ว่างหรือมีธุระก็ต้องนำอาหารเช้ามาเตรียมแล้ววางไว้ที่บ้านของยาย กิ้มเอี้ยนตลอด) วันนั้นหลังจากที่ยายกิ้มเอี้ยนกินอาหารเช้าเสร็จก็เดินนำถ้วยชามที่กินเสร็จมาวางไว้ที่หน้าบ้านของน้าศรีเพื่อนำไปล้างนั้นแกก็กลับไปยังบ้านของแก แกนั่งพักประมาณไม่ถึง 20 นาที ยายกิ้มเอี้ยนก็ได้ร้องตะโกนเสียงดังว่า ทำไมวันนี้ อีศรีมันยังไม่เอาข้าวมาให้แม่มันกินที พอพูดเสร็จแกก็ร้องไห้เสียงดังว่าไม่แลแม่มัน น้าศรีออกมาจากบ้านแล้วพูดว่าแล้วเพิ่งกินไปเมื่อกี้นี้ จานยังไม่เก็บเข้าบ้านที ยายกิ้มเอี้ยนก็บอกว่ายังไม่เอามาให้กินที กินที่ไหนยังไม่กินที ถ้ากินแล้วต้องอิ่มนี่ยังไม่กินทียังเหนือยอยู่อีก น้าศรีเลยตัดปัญหาไปเตรียมกับข้าวมาให้แกอีกรอบผลปรากฏว่าแกก็กินจนหมดเหมือนกัน น้าศรีก็ไม่ได้พูดอะไรแค่นึกว่าเนี่ยนะคนแก่ขี้หลงขี้ลืม น้าศรีเล่าให้ฟังว่าบางวันยายกิ้มเอี้ยนนอนพูดคนเดียวแกลองแอบฟังดู น้าศรีว่าเหมือนกับคุยกันหลายคนยายกิ้มเอี้ยนเอ่ยถึงชื่อคนโน้น คนนี้ ทั้ง ๆ ที่ในบ้านของยายกิ้มเอี้ยนไม่มีใครบางวันน้าศรีแกขนพองแกล้งตวาดเสียงดังไปว่าถ้ายังไม่หยุดพูดจะออกไปตี หลังจากสิ้นเสียงของน้าศรีที่พูดยายกิ้มเอี้ยนก็เงียบสนิทเหมือนคนมาปิดปาก ปัญหาของยายกกิ้มเอี้ยนกับน้าศรีตอนนี้คือเรื่องที่ยาย กิ้มเอี้ยนนอนไม่หลับตอนกลางคืนแล้วลุกขึ้นเดินออกจากบ้าน (บ้านน้าศรีกับบ้านยายกิ้มเอี้ยนติดกันหรือเรียกว่าบ้านแฝด) น้าศรีก็มาพูดให้แม่ดิฉันฟังดิฉันก็อยู่ด้วยบ้านพวกเราอยู่ใกล้ ๆ กันแกว่าสมมุติถ้าคืนไหนยายกิ้มเอี้ยนนอนไม่หลับเปิดประตูออกมาเดินข้างนอกแล้วเกิดล้มหรือหายไปไหนจะทำยังไงกลัวลูกของยายกิ้มเอี้ยนที่ต่างจังหวัดว่าเอาว่าแม่คนเดียวดูแลไม่ได้ แม่ก็แนะนำไปว่าหลังจากที่เอาข้าวให้ยายกิ้มเอี้ยนกินเสร็จ ตอนเย็นและหลังจากที่แกทำภาระกิจเสร็จก็ใส่กลอนประตูข้างนอกอีกทีกันไว้ดีกว่า พอได้ข้อสรุปแบบนั้นคืนแรกของการใส่กุญแจอีกตัวด้านนอกปรากฏว่ายายกิ้มเอี้ยนเปิดไม่ออกโวยวายใหญ่เลย ร้องไห้ตะโกนเสียงดังสุด ๆ จนกระทั่งคืนนั้นน้าศรีออกมาเปิดประตูแล้วคุยกับยายกิ้มเอี้ยนว่าดึกแล้วจะออกไปไหน ทำไมไม่นอนยายกิ้มเอี้ยนว่าแกไม่ได้ไปไหนแกกลัวโจรจะมาปล้นแกแกเปิดประตูบ้านออกไปจะนอนกับมึง คืนนั้นน้าศรีพายายกิ้มเอี้ยนไปนอนที่บ้านของยายกิ้มเอี้ยน 2 คน จนในที่สุดน้าศรีก็ต้องหยุดความคิดนี้ไป วันนั้นนั่งคุยกันดิฉันแนะนำน้าศรีว่าให้น้าศรีพายายกิ้มเอี้ยนมานอนบ้านหลังที่น้าศรีอยู่ด้วยหลังจากนั้นเหตุการณ์ต่าง ๆ ก็ไม่เกิดอีกเลย ส่วนยายกิ้มเอี้ยนนอนหลับปกติทุก

วันไม่เคยเดินออกมานอกบ้านตอนกลางดึกอีกเลย น้าศรีเล่าอีกว่าหลังจากที่ได้อยู่บ้านหลังเดียวกับนม (หมายถึงแม่ก็คือยายกิ้มเอี้ยน) นมไม่บน ไม่ด่า ไม่ร้องไห้ผิดกับที่แกอยู่บ้านหลังโน้นคนเดียว ดิฉันนั่งฟังก็คิดในใจว่าบางครั้งยายกิ้มเอี้ยนแกต้องการความรักความเอาใจใส่จากลูก ๆ ก็ได้

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ช่วงแรกไปพบแพทย์มาระยะหลังไม่ไปรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะนี้มีอาการสมองเสื่อมร่วมด้วย โดยมีอาการหลงลืม นอนไม่หลับ เดินไปมาเวลากลางคืน หงุดหงิด พูดคุยคนเดียว ด่าว่าผู้อื่นในบางครั้ง

การดูแล

ผู้สูงอายุรายนี้ อยู่บ้านคนเดียว แต่ใกล้ ๆ บ้านมีญาติที่ช่วยดูแลเรื่องอาหาร โดยทำอาหารมาให้ตามมื้อ ซึ่งไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้สูงอายุซักเท่าไร ประกอบกับผู้ดูแลค่อนข้างกลัวอาการของผู้สูงอายุที่มาจากโรคสมองเสื่อม

ความคิดเห็น

ในผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมนั้น มีอาการดังต่อไปนี้ คือ การลืมเรื่องราวที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ๆ ไม่นาน ในขณะที่ความจำเรื่องเก่า ๆ ในอดีตจะยังดีอยู่ ผู้ป่วยอาจถามซ้ำเรื่องที่เพิ่งบอกไป หรือพูดซ้ำเรื่องที่เพิ่งเล่าให้ฟัง นอกจากนั้นยังอาจมีอาการอื่น ๆ เช่น วางของแล้วลืม ทำอะไรที่เคยทำประจำไม่ได้ สับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ หลงทิศทาง นึกคำพูดไม่ค่อยออก หรือใช้คำผิด ๆ แทน มีอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การตัดสินใจแย่ลง ไม่สามารถมีความคิดริเริ่มใหม่ ๆ ได้ ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะค่อยเริ่มเปลี่ยนแปลง จนทำให้เกิดปัญหาต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวัน โรคสมองเสื่อมจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในเบื้องต้นควรไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยที่ถูกต้องพร้อมกับได้รับยาบางอย่างที่จำเป็นในการแก้ไขอาการต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อผู้สูงอายุและคนข้างเคียง เช่น อาการหลงผิด หรือเห็นภาพหลอน การไม่นอนและพฤติกรรมบางอย่างที่เปลี่ยนไป เช่น การก้าวร้าว เป็นต้น หลักสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ **ผู้ดูแลและคนรอบข้าง ต้องเข้าใจภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้น โดยยึดหลัก**ไม่โกรธ หรือโมโห ถ้าผู้ป่วยทำอะไรไม่เหมาะสม ไม่พยายามบังคับให้ผู้ป่วยจำ หรือทำในสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ให้ความเอาใจใส่ พูดคุย ดูแลความเป็นอยู่**จัดสภาพแวดล้อม**ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่คุ้นเคย เช่น บ้านตนเอง เครื่องใช้ในบ้าน ไม่ควรมีการเคลื่อนย้ายบ่อย หรือไม่เป็นระเบียบ มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้สูงอายุตกใจได้ง่าย จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย คุ้นเคย ลดอาการหงุดหงิดหรือก้าวร้าวลง

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- ขี้หลงขี้ลืม พูดคนเดียว นอนไม่หลับตอนกลางคืนแล้วลุกขึ้นเดินออกจากบ้าน

วิธีการดูแล

- ทำความเข้าใจกับอาการของผู้สูงอายุ หยุดความคิดทางลบที่มีต่อผู้สูงอายุ
- ดูแลใกล้ชิด และให้ความรักและความเอาใจใส่จากลูก ๆ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้สูงอายุภายใต้ความรักในความเป็นเพื่อนมนุษย์ ที่ให้ความสำคัญทั้งร่างกายและจิตใจอย่างไม่แยกออกจากกัน

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

สร้างความตระหนักรู้ถึงการดูแลว่าการดุแลคือการแสดงความรักความเข้าใจต่อผู้สูงอายุจะนำไปสู่การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างคนสองคนภายใต้ปรากฏการณ์เดียวกัน

เรื่องที่ 16

เรื่อง จากไปไม่ลา
เจ้าของเรื่องเล่า พี่นวล (ลูกสาวลุงพร)
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวดุจดาว บุญสนิท

“สวัสดีค่ะลุง เป็นอย่างไรบ้างคะวันนี้” คำถามแรกที่ฉันถามเมื่อแวะไปเยี่ยมลุงพรที่บ้าน “ไม่ไหว ลูกหมอ เข่าก็เข็ด ไม่รู้เมื่อไหรจะหมดเวร หมดกรรมเสียที ไม่เหมือนแม่มัน ไปสบายแล้ว” (แม่มันที่ลุงพูดถึงคือป้าสุกภรรยาลุงที่เสียชีวิตไปเมื่อ 3 ปีที่แล้ว) ลุงตอบฉันเสียงสั่นเครือพร้อมกับน้ำตาที่เอ่อคลอเบ้า “อย่าท้อ สิลุงพร ลุงยังแข็งแรงดี อยู่กับลูกหลานได้อีกนาน” ฉันพยายามให้กำลังใจลุง “ลุงยังเสียใจไม่หายเลยลูก แม่มันไปไม่ได้สั่งเสียเลยสักนิด ไม่ทันได้ดูใจ” ลุงพรั่งพรูความรู้สึกที่อัดแน่นออกมาอีกครั้ง “ไม่เป็นไรหรอกลุง ป้าไปสบายแล้ว ลุงก็ดูแลป้าอย่างดีที่สุดแล้วค่ะ” ฉันปลอบ

ลุงพรเป็นชายชราวัย 88 ปี รูปร่างเล็กปราดเปรียว หลังเริ่มลู่ลงตามวัย ลุงพรมีรูปร่างคล้ายหน้าตากับพ่อของฉัน ทำให้ฉันรู้สึกผูกพันกับลุงเป็นพิเศษ ฉันคิดถึงพ่อทุกครั้งที่เห็นลุง บ้านของลุงเป็นบ้านไม้ใต้ถุนเสมอเอว เลี้ยงนกขุนทองพูดได้ไว้ในกรงที่ชานหน้าบ้าน ทุกครั้งที่ฉันไปเยี่ยมจะพบลุงนั่งหรือนอนที่เพิงหน้าบ้านเสมอ สามปีมานี้ ฉันมักจะหาเวลามาเยี่ยมลุงทุก 1-2 เดือน ลุงจะร้องไห้บ่นถึงป้าเวลาฉันไปเยี่ยม ก่อนหน้านี้ลุงอยู่กับป้าสุกที่เป็นเบาหวาน กับลูกชายวัย 30 กว่าปีที่ยังโสด ลูกชายลุงเป็นช่างทาสี ไปทำงานนอกบ้านบ่อย ๆ บางครั้งไปนานเป็นเดือนถึงจะกลับบ้าน ลุงจึงอยู่กับป้าสองคนเป็นส่วนใหญ่ ป้าเจ็บออด ๆแอด ๆ เป็นลมบ่อย ๆจากภาวะน้ำตาลที่สูงบ้างต่ำบ้างอยู่เสมอ หน้าที่ทำงานบ้าน กับข้าวทุกอย่างลุงทำเองทั้งหมด แต่ลุงก็ไม่เคยบ่น ฉันกับพี่ที่ทำงานด้วยกันเคยไปเยี่ยมป้าหลายครั้ง เพราะต้องติดตามดูการทานยาและเจาะน้ำตาลให้ป้า ป้าทานยาไม่ต่อเนื่องขาดยาบ้าง กินขนมหวานอยู่บ่อย ๆ ลุงบอกว่า “ป้าบ่นอยากกินเลยไม่อยากขัดใจ อีกอย่างป้าก็อายุปูนนี้แล้วจะตายวันตายพรุ่งก็ยังไม่รู้ อยากกินอะไร ให้กินเสียก่อนตอนมีชีวิตอยู่ดีกว่าทำบุญให้เมื่อตายไปแล้ว” คงเป็นเพราะเหตุนี้แหละที่น้ำตาลป้าสูงอยู่บ่อย ๆ ลุงจะคอยดูแลป้าไม่ห่างกายดูลุงจะรักและห่วงป้ามากจนฉันนึกอิจฉา ว่าถ้าฉันแก่ตัวไป สามีจะดูแลฉันดีอย่างนี้ไหมหนอ

ลุงจะดีใจทุกครั้งที่เราสองคนไปเยี่ยม คอยเล่าอาการของป้าให้ฟัง ลุงเล่าว่าความจริงลุงมีลูก 12 คน แต่แยกย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด ส่วนลูกสาวคนหนึ่งออกจากบ้านไปทำงานต่างจังหวัดแล้วหายไปไม่เคยกลับมาอีกเลยลุงยังรอลูกสาวคนนี้อยู่เสมอ ส่วนคนที่อยู่ใกล้ที่สุดคือพี่นวล พี่นวลเป็นลูกสาวคนที่ 3 สร้างบ้านอยู่ห่างบ้านลุงพรประมาณ 200 เมตร พี่นวลมีลูก ๆ หลายคนอยู่ใกล้ ๆ กัน พี่นวลเป็นเบาหวานและความดัน เมื่อปีที่แล้วเป็นอัมพฤกษ์เดินต้องใช้ไม้เท้าพยุงต้องทำกายภาพอยู่นานหลายเดือนถึงจะเดินได้คล่อง พี่นวลจะคอยดูแลเรื่องอาหารการกินให้ลุงเสมอ ก่อนที่ป้าจะเสียชีวิตลุงอั้นมีรายได้เล็ก ๆ น้อยจากการไปบีบนวดแถวบ้าน ลุงดื่มเหล้ายาดองบ้างเล็กน้อยทุกวันตอนเย็นลุงบอกว่าช่วยเจริญอาหารและช่วยให้นอนหลับสบาย

เมื่อ 3 ปีก่อนป้าสุกป่วยหนักนอนกับที่ลุงกับลูกชายต้องผลัดกันเฝ้าป้า ลุงพรเล่าให้ฉันฟังว่าเช้าวันนั้นหลังจากป้าทานข้าวกับขนมจนอิ่มแล้วหลับไป ลุงจึงให้ลูกชายนอนเฝ้าอยู่ใกล้ ๆ ส่วนลุงลงมางีบหลับที่เพิงหน้าบ้าน สักพักลูกชายลุงวิ่งลงมาเรียกว่าแม่ปลุกไม่ตื่นแล้ว ลุงร้องไห้เสียใจมากพร่ำบ่นว่า “ป้าจากไปโดยไม่ได้สั่งเสีย ทิ้งลุงไว้ตามลำพัง ลุงน่าจะตายก่อน”

พี่นวลเล่าให้ฟังว่า “ตั้งแต่แม่ตายพ่อกลายเป็นคนที่ซึมเศร้า ร้องไห้คนเดียวบ่อย ๆ ดื่มเหล้าหนักกว่าเดิม นอนไม่หลับ ทำไงดีน้องดาว” “พี่กับน้อง ๆ พยายามปลอบ บอกว่าแม่ไปสบายไม่ลำบากแล้วแต่ก็ไม่ค่อยดีขึ้นเท่าไรเลย”

ฉันเลยแนะนำไปว่า “ว่าง ๆ พี่นวลก็ชวนลุงไปนั่งเล่นที่บ้านบ้าง ไปคุยกับลูกหลาน อย่าให้ลุงอยู่บ้านคนเดียว ลุงจะเห็นแต่ภาพเดิม ๆ ที่เคยอยู่กับป้าอาการก็จะดีขึ้นยาก หรือไม่ก็ชวนไปทำบุญที่วัดบ้างก็ได้เผื่ออาการจะดีขึ้น” พี่นวลรับปากว่าจะลองดู หลังจากนั้นฉันไปเยี่ยมลุงพรเรื่อย ๆ 2-3 เดือนต่อครั้ง อาการลุงเริ่มดีขึ้นเรื่อย ๆ

ปีที่แล้วฉันกับเพื่อนที่ทำงานและ อสม. ออกคัดกรองความดันเบาหวานที่บ้าน อสม.ใกล้บ้านลุงพร ลุงพรมา เจาะน้ำตาลด้วย เราพบว่าน้ำตาลลุงสูงทีเดียว ฉันแนะนำให้ลดการดื่มเหล้าลง พักผ่อนเพียงพอ และทานอาหารที่มีประโยชน์ พร้อมทั้งกำชับพี่นวลเพื่อให้ลุงอั้นมาเจาะเลือดติดตามเบาหวาน หลังจากนั้นอีก 1 เดือน ลุงพรมาตามนัดด้วยหน้าตาที่สดใสขึ้นหลานลุงมาส่งแต่เช้า ผลน้ำตาลปกติ ลุงบอกว่าดื่มเหล้าน้อยลงแล้ว ฉันชมลุงพร้อมให้กำลังใจ หลังจากนั้นเวลา พี่นวลมารับยาเบาหวานที่ทำงานฉันทุกเดือน ฉันถามถึงลุงพรเสมอ พี่นวลบอกว่าดีขึ้นนอนหลับได้มากขึ้น ยังดื่มเหล้าทุกวันแต่น้อยลงแล้ว คงกลัวว่าจะเป็นเบาหวานเหมือนป้าสุก ว่าง ๆ ก็ไปนั่งคุยเล่นที่บ้านพี่นวลเกือบทุกวัน ฉันคิดว่าเวลาคงจะช่วยให้ลุงพรดีขึ้น ความเศร้าจากการสูญเสียป้าไปเริ่มคลายลง แต่ความเหงาก็ยังคงอยู่กับลุงเสมอ

ครั้งล่าสุดเมื่อ 3 เดือนที่ผ่านมา ฉันแวะเข้าไปเยี่ยมลุงพรที่บ้านอีกครั้ง วันนี้ลุงยังบ่นคิดถึงป้าเหมือนเคยแต่ไม่ร้องไห้อีกแล้วอาจเป็นเพระลูกชายลุงอยู่ด้วย ลุงบอกฉันว่าปวดเข่า ฉันดูอาการพบว่าลุงมีอาการเข่า 2 ข้างบวม เดินแล้วมีอาการปวด ลูกชายลุงบอกว่าใช้ยานวดอยู่ที่บ้าน ฉันนัดให้ลูกชายลุงมารับยาที่ทำงานในเย็นวันนั้น พร้อมกับแนะนำว่าหากอาการไม่ทุเลา ให้ลูกชายพาลุงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอีกครั้ง ลูกชายรับปากแข็งขันว่าเขาจะพยายามให้พ่อหายให้ได้ ไม่ปล่อยพ่อไว้จนเดินไม่ได้หรอก หลังจากนั้นฉันเจอลูกสาวพี่นวลที่ตลาดถามถึงอาการปวดเข่าของลุง ลูกสาวพี่นวลบอกว่ายุบบวมแล้ว เดินได้แต่ไม่สะดวกนัก ตอนนี้ดื่มเหล้าน้อยลงลูกชายมาอยู่ที่บ้านได้ 1-2 เดือนก็กลับไปทำงานอีกลูก ๆ หลานๆ ก็ช่วยกันดูแล ไปส่งข้าวแกงให้ลุงทุกวันบางครั้งหลาน ๆ ก็ไปนอนเป็นเพื่อนลุง พี่นวลเล่าว่าเมื่อเดือนสิบที่ผ่านมาลูก ๆ หลานมากันพร้อมหน้า ลูกๆ พาลุงไปวัดใกล้บ้าน ไปทำบุญให้ป้าสุกกัน ลุงยังน้ำตาคลอเมื่อพูดถึงป้า ลูก ๆ ต้องช่วยกันปลอบว่า “ไม่เป็นไรพ่อ แม่ไปสบายแล้ว แกไม่ทุกข์ทรมานจากโรคเบาหวานอีกแล้ว จะอย่างไรก็ไม่มีใครทิ้งพ่อหรอกทุกคนรักพ่อเสมอแหละ” พี่นวลบอกว่า “เป็นครั้งแรกในรอบ 3 ปีตั้งแต่แม่ตายไป ที่เห็นพ่อยิ้มทั้งน้ำตาด้วยความปลาบปลื้มใจ”

ฉันหวนคิดถึงแม่เมื่อ 10 ปีที่แล้ว ที่แม่ต้องสูญเสียพี่ชายจากอุบัติเหตุรถชน พวกเราลูก ๆ เป็นห่วงแม่มากกลัวแม่จะทรุดหนักเพราะแม่เป็นโรคหัวใจอยู่ แม่เสียใจจนกลายเป็นคนนิ่งเงียบ เราเห็นเพียงแม่น้ำตาคลอเบ้าในวันที่พี่ชายเสียชีวิต และวันเผาศพเท่านั้น แต่ฉันแอบเห็นแม่นั่งร้องไห้หน้ารูปพี่ชายเสมอ ฉันกับพี่ ๆ ต้องคอยปลอบใจและดูแลแม่ใกล้ชิด ลุงพรก็คงเหมือนกับแม่ของฉัน เพียงแต่การแสดงออกอาจจะออกมาแตกต่างกัน ลุงพรใช้เหล้าเป็นตัวช่วยให้ลืมเหตุการณ์ที่สะเทือนใจ การร้องไห้ พร่ำบ่นคงจะช่วยให้ลุงดีขึ้นชั่วขณะ หากไม่ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิดลุงพรก็คงจะกลายเป็นคนที่ติดเหล้างอมแงม แต่ลุงพรก็ผ่านเหตุการณ์ช่วงวิกฤตของชีวิตมาได้เพราะลูก ๆ และบุคคลรอบข้างเป็นส่วนสำคัญและกำลังใจที่ดีที่สุด ฉันหวังว่าหากเกิดเหตุการณ์เช่นนี้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียเช่นเดียวกับลุงพร ลูก ๆหรือผู้ดูแลจะช่วยประคับประคองให้ผู้สูงอายุสามารถผ่านเหตุการณ์ไปได้ด้วยดีเช่นเดียวกับลุงพร

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ มีอาการข้อเข่าเสื่อม ทำให้ปวดเข่าเป็นประจำ เดินลำบากเนื่องจากมีอาการข้อเข้าบวมและปวดมาก มีอาการซึมเศร้าจากสภาวะโรคและการสูญเสียภรรยา คือ ร้องไห้คนเดียวบ่อย ๆ นอนไม่หลับ ไม่ค่อยรับประทานอาหาร ดื่มเหล้า

การดูแล

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกชายซึ่งไม่ค่อยอยู่บ้าน ไปทำงานที่ต่างจังหวัดครั้งละนาน ๆ ทำให้ส่วนใหญ่ต้องอยู่เพียงลำพัง แต่มีผู้ดูแลเป็นลูกสาวที่อาศัยอยู่บ้านใกล้ ๆ มักจะมาเยี่ยมและเอาอาหารมาให้ มาพูดคุยปลอบใจยามที่ผู้สูงอายุมีความทุกข์หรือไม่สบายใจ

ความคิดเห็น

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะ คือปัญหาสุขภาพเรื้อรังจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น อาการที่สำคัญได้แก่ (1) ภาวะทรงตัวที่มั่นคง อาจทำให้หกล้มง่าย (2) ภาวะสับสนบกพร่องทางความคิด (3) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (4)การเคลื่อนไหวช้า สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง (5) เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาเนื่องจากมีปัญหาเรื้อรัง (ทัศนีย์ ญาณะและคณะ. 2557) ในกรณีนี้ผู้สูงอายุมีความเจ็บปวดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ทำให้ไปไหนมาไหนได้ลดลง ประกอบกับการสูญเสียคู่ชีวิต ซึ่งเคยอยู่ด้วยกันมานานทำให้ขาดคนใกล้ชิด และส่วนใหญ่อาศัยอยู่เพียงลำพัง เป็นผลให้เกิดความเศร้า ว้าเหว่ การเยี่ยมบ้านของพยาบาลชุมชนรายนี้จึงเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแสดงถึง (1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยและระบายความรู้สึก (2) ให้ความมั่นใจในการช่วยเหลือและดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (3) และให้ความรู้แก่ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น การพาผู้สูงอายุไปพบกับลูกหลาน การมาเยี่ยมเยียนกราบไหว้ผู้สูงอายุตามประเพณีของชุมชน การเข้าวัดและการฝึกคิดในเชิงบวก (บุญชัย นวมงคลวัฒนา และคณะ. 2546 : 12) ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และคลายความเศร้าลงได้บ้าง

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- บ่นท้อแท้ “ไม่ไหว ลูกหมอ เข่าก็เข็ด ไม่รู้เมื่อไหรจะหมดเวร หมดกรรมเสียที ไม่เหมือนแม่มัน ไปสบายแล้ว” น้ำเสียงสั่นเครือพร้อมกับน้ำตาที่เอ่อคลอเบ้า
- ร้องไห้คนเดียวบ่อย ๆ ดื่มเหล้าหนักกว่าเดิม นอนไม่หลับ

วิธีการดูแล

- ให้ความรู้และคำแนะนำให้ลดการดื่มเหล้าลง พักผ่อนเพียงพอ และทานอาหารที่มีประโยชน์ และให้กำลังใจ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การประคับประคอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม จะช่วยแก้ปัญหาด้านกายภาพ จิตใจ สังคม ผู้ให้การช่วยเหลือต้องประเมินและเอื้ออำนวยความสามารถปรับตัวของผู้สูงอายุเกิดความสมดุลของสุขภาพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขสบาย สะอาด ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว มีอิทธิพลต่อความผาสุขของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีอัตมโนทัศน์ในทางทีดีต่อตนเอง อันเนื่องมาจากการเอาใจใส่ประคับประคองดูแลของผู้ช่วยเหลือ

เรื่องที่ 17

เรื่อง มะเร็งรู้ไวทำใจได้
เจ้าของเรื่องเล่า ลุงชัด
เขียนเรื่องเล่าโดย นายนครินทร์ ผ่องสุวรรณ

เรื่อง มะเร็งรู้ไวทำใจได้ เป็นเรื่องราวของสามีภรรยาคู่หนึ่ง ที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เนื่องจากมีอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกจนทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

คุณลุงสามีของป้าเพียรได้เล่าให้ฟังหลังจากที่ภรรยาลุงได้เสียชีวิตไปก็ได้อยู่กับภรรยาใหม่และเมื่อประมาณ ห้าหกปีก่อนหน้านี้ ป้าเพียรภรรยาของลุงเจ็บสงสัยว่าสุขภาพของตนจะเป็นอย่างไร ก็ได้ไปตรวจสุขภาพ หลังจากที่ได้รับการตรวจแล้วพบว่ามีความผิดปกติของมดลูก หลังจากกลับมาจากโรงพยาบาลเริ่มมีอาการที่ต่างไปจากเดิม มันไม่ปกติเสียแล้วสำหรับป้าเพียร หลังจากนี้เป็นหน้าที่ของลุงและลูกของลุงที่จะร่วมกันเป็นผู้ดูแลป้าเพียร

การดูแลป้าเพียรคุณลุงและลูกสาวของลุงเริ่มพูดคุยให้กำลังใจอยู่ตลอดป้าเริ่มมีอาการหงอยเหงาครุ่นคิดในใจไม่ค่อยพูดกับลุงเหมือนแต่ก่อน ป้าบ่นอยู่ว่าลูกก็ไม่มีอยู่กับลุงจะได้รับการดูแลไม่ทราบถึงไหนมิหนำซ้ำต้องมาเป็นภาระของคุณลุงและลูกสาวของลุงอีก สิ่งที่ป้าบ่นออกมาในขณะนั้นป้าเพียรยังไม่ได้เริ่มกระบวนการรักษาโรคร้ายในตัวท่านทุกสิ่งทุกอย่างคิดไปเอง

คนที่แพทย์ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งนั้นส่วนใหญ่ก็คิดว่าตนเองจะต้องตายทุกราย นี่คือสาเหตุที่ทำให้ป้าเพียรเริ่มมีอาการหงอยเหงาเศร้า และซึมลง ป้าเพียรเอ่ยกับลุงว่า “แล้วเราจะรักษาด้วยอะไรล่ะ เงินก็มีน้อยทำงานได้ไปวัน ๆ แค่นี้เองถึงไปรักษาตามที่หมอบอกจ่ายเงินให้หมดมันก็ไม่หายเสียเงินเสียทองเสียเวลา คุณลุงเอ่ยบอกป้าไปว่า “โรคนี้อย่าไปคิดอะไรมากมายทำตัวดี ๆ ออกกำลังกายอย่านอนอยู่กับบ้านอย่างเดียวก็อยู่ได้นานเหมือนกัน” ครั้นก่อนวันนัดป้าเพียรบอกว่าไม่ไปรักษาแล้วอยู่ไปแบบนี้ดีกว่า เริ่มมีการพูดตัดพ้อต่อคุณลุง ถึงขนาดนี้ลุงและลูกบอกว่าถึงอย่างไรก็ไปรักษาก่อนค่อยว่ากันหลังจากนี้ จากที่พูดคุยกันอยู่หลายวันพูดแล้วพูดอีก เพื่อนบ้านมีทั้งมาให้กำลังใจและมาพูดให้เห็นถึงความน่ากลัวของการรักษาทำให้ป้าเพียรกังวลเรื่องโรคเข้าไปอีก จนกระทั่งวันที่ แพทย์นัดตรวจสุขภาพการประเมินอาการของป้าเพียร ทั้งคืนป้าเพียรนอนไม่หลับ ปฏิเสธการไปรักษา ทำให้คุณลุงไม่ได้หลับไปด้วยเนื่องจากเป็นห่วงป้าเพียรจนกระทั่งใกล้รุ่งป้าเพียรมองไปที่คุณลุงที่ต้องมาเป็นทุกกับป้าเพียรไม่ได้หลับนอน เลยตัดสินใจไปพบแพทย์ตามนัด

หลังจากที่พบแพทย์ตามนัดแล้วป้าเพียรก็ยังไม่มั่นใจสิ่งที่หมอบอกกับป้าไว้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาและระยะของโรคที่ป้าป่วย คุณลุงที่ไปด้วยต่างหากที่เข้าใจที่หมอพูด แต่มาเล่าถ่ายทอดคำพูดของหมออีกครั้งป้าเพียรก็ยังคงปฏิเสธการรักษา ป้าเพียรเริ่มมีอาการของโรคซึมเศร้าทานอาหารน้อยลงและไม่ออกนอกบ้านอีกเลยได้แต่อยู่ในบ้านใครมาพูดก็ออกมาพบแป๊ปเดียวก็จะเข้าไปพักในบ้าน คุณลุงและลูกคอยให้กำลังใจแต่ก็ยังไม่ได้ผล จนกระทั่งคุณลุงมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขอรับยาบำรุงให้ป้าเพียรละเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้เจ้าหน้าที่ฟัง หลังจากที่เล่าให้ฟังเสร็จเจ้าหน้าที่ได้ลงไปเยี่ยมที่บ้านและได้พูดคุยกับป้าเพียร ในขณะที่พูดคุยกับป้าเพียรนั้นก็ให้คุณลุงเล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ อีกรอบต่อหน้าของป้าเพียร ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้ขอเอกสารที่ทางโรงพยาบาลได้ให้มานั้น ได้บอกกับป้าเพียรและเล่าอาการสาเหตุและการรักษาของป้าเพียรฟังก็ได้อธิบายจนกระทั่งป้าเพียรเริ่มผ่อนคลายลง ลุงก็คอยให้กำลังใจอยู่ข้าง ๆ การรักษาป้าเพียรก็ถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกครั้ง คุณลุงบอกว่าหมอเคยอธิบายแล้วแต่ป้าเพียรไม่ยอมเชื่อ มันอาจจะเป็นช่วงที่ป้าเพียรสับสนในชีวิตกับโรคที่เป็น หลังจากที่พูดคุยอยู่หลายครั้งป้าเพียรก็สดใสขึ้นทำงานบ้านช่วย

คุณลุงได้มากขึ้นและยอมไปรับการรักษาตามที่หมอนัด จนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ หมอก็บอกกับป้าเพียรว่าป้ามีอาการของโรคระยะแรกรักษาได้เพียงแต่ต้องมาพบหมอตามที่นัดทุกครั้ง ป้าเพียรหลังจากที่กลับมาจากผ่าตัดที่โรงพยาบาล มาพักต่อที่บ้าน ทานยารักษาแผลผ่าตัด และพูดคุยกับลุงมากขึ้นแต่ยังห่วงเรื่องแผนการรักษาของหมอ ที่ต้องไปรักษาด้วยรังสี และเคมีบำบัด ทุกครั้งที่ป้าเพียรไปรักษาที่โรงพยาบาลคุณลุงจะเป็นเพื่อนไปด้วยกัน จนกระทั่งการรักษามาถึงเคมีบำบัดผลข้างเคียงทำให้เสียภาพลักษณ์ของป้าเพียรทำให้ร่างกายไม่ค่อยจะสู้ดีสักเท่าไหร่แต่ยังมีคุณลุงที่คอยเอาใจจนกระทั่ง การรักษาครบทุกอย่างหมอบอกกับป้าเพียรว่าป้าหายแล้ว อาการที่สดใสกลับมาหาป้าเพียรช่วยงานคุณลุงได้อย่างเดิม และมาช่วงหลังจะไปพบหมอทุกครั้งที่นัดและตรวจสุขภาพตลอดไม่ขาดนัด

จนในทุกวันนี้ป้าเพียรกลับมาเหมือนเดิมทำงานได้ปกติไม่มีร่องรอยของผู้ป่วยอีกต่อไปไปไหนมาไหนคนเดียวทิ้งให้คุณลุงต้องทำมาค้าขายอยู่คนเดียวชีวิตป้าเพียรก็มีความสุขดีหลังจากที่เกือบไม่รอดชีวิตกับโรคมะเร็งและความคิดไปเองของป้าเพียร

สุดท้ายในชีวิตของป้าเพียรและคุณลุงเติมเต็มความเป็นอยู่กันแบบอัตภาพที่มีความสุขของสามีภรรยาในช่วงวัยของผู้สูงอายุ

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยทางกาย คือเป็นมะเร็งที่มดลูก ต้องทำการผ่าตัดและให้เคมีบำบัด ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่าย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีอาการเครียดและวิตกกังวลว่าไม่มีเงินพอสำหรับการรักษา ซึมลง หงอยเหงา รับประทานอาหารน้อย พุดคุยกับคนอื่นน้อยลง ไม่ออกนอกบ้าน

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการเอาใจใส่ อยู่เป็นเพื่อนไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว พูดคุยให้กำลังใจและพาไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ปัจจุบันผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นหายจากโรคมะเร็ง อารมณ์แจ่มใส รับประทานอาหารได้ กลับมาใช้ชีวิตปกติตามเดิม

ความคิดเห็น

มะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อยขึ้นในปัจจุบัน และเป็นโรคร้ายแรงต่อความรู้สึกเมื่อบุคคลได้รับรู้ว่าตนเองป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับได้ มีการปฏิเสธอาการ ซึ่งผู้สูงอายุรายนี้ได้เผชิญปัญหาจากโรคมะเร็งและมีวิธีการปรับตัวเป็นไปตามหลักการของการปฏิเสธภาวะเจ็บป่วยโรคร้ายแรง (ศรีธรรม ธนะภูมิ. online) ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ (1) ตกใจและปฏิเสธความจริง (shock and denial) ผู้ป่วยตกใจต่อการที่ทราบหรือสงสัยว่าตนเป็นโรคร้ายที่ อาจมีอาการช๊อค กังวลมาก สับสน ซึมเฉย หรือถ้าตกใจมากอาจเอะอะโวยวาย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะปฏิเสธความจริง ปฏิเสธว่าตนไม่ได้เป็นโรคนั้น ๆ (2) กังวล สับสน และโกรธ (anxiety, anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้ต่อไป ผู้ป่วยเริ่มมีความกังวลมาก ความคิดสับสน รู้สึกอึดอัดและหาทางออกไม่ได้ รู้สึกโกรธที่ตนต้องเผชิญกับปัญหาที่ร้ายแรง (3) ต่อรอง (bargaining) ต่อมาผู้ป่วยจะเริ่มสงบลง ต่อรองว่าตนอาจจะไม่เป็นโรคร้ายแรง บางรายก็มีความหวังว่าจะมีการตรวจละเอียดที่พบว่าตนไม่เป็นโรคร้ายหรือเป็นชนิดที่ไม่มีอันตรายและรักษาได้ ทั้งนี้ก็เพื่อเพิ่มความหวังให้กับตนเองและยืดเวลาก่อนที่จะยอมรับความจริงไปอีกสักระยะหนึ่ง (4) เศร้า และหมดหวัง (depress) ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกหมดหวังและเศร้าโศกเสียใจเมื่อเริ่มยอมรับความจริงของการเป็นโรคร้าย หลังจากที่การปฏิเสธและการต่อรองไม่เป็นผลสำเร็จ ผู้ป่วยจึงต้องยอมจำนนด้วยเหตุผล แต่จิตใจของผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับได้ มีอารมณ์ซึมเศร้าต่อการสูญเสีย มีความรู้สึกผิดรู้สึกอ้างว้าง พูดและทำสิ่งต่าง ๆ น้อยลง แยกตัว ชอบอยู่คนเดียว เหม่อลอย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกอยากตาย หรือถ้าอาการรุนแรงอาจมีประสาทหลอน หูแว่ว ระแวงได้ (5) ยอมรับความจริง (acceptance) ระยะต่อมาผู้ป่วยยอมรับความจริงที่ตนหลีกเลี่ยงไม่ได้อาการเศร้าลดลง มีการซักถามถึงรายละเอียดของโรคที่เป็นและวิธีรักษา แต่ในบางรายอาจเฉย ๆ และแสดงความไม่สนใจ ปล่อยให้เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของแพทย์และญาติในเรื่องการรักษา ต่อจากนี้ผู้ป่วยก็เริ่มปรับตัวต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตต่อไป ผู้ป่วยเริ่มรับฟังคำแนะนำของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการักษาและร่วมรับผิดชอบตนเองมากขึ้น พยายามหาวิธีและแนวทางในการดำเนินชีวิต แต่เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีด้วยการใส่ใจ พูดให้กำลังใจ และสิ่งสำคัญคือการพาไปพบผู้ที่ให้ข้อมูลในการรักษาที่ถุกต้อง จนกระทั่งผู้สูงอายุตัดสินใจรับการรักษาจึงทำให้สามารถผ่านโรคร้ายมาได้ กลับมามีสุขภาพกายที่ดี ส่งผลให้สุขภาพจิตดีตามไปด้วย

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เนื่องจากมีอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกจนทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป มีอาการหงอยเหงาเศร้า และซึมลง

วิธีการดูแล

- การดูแลด้วยการพูดคุยให้กำลังใจอยู่ตลอดป้าเริ่มมีอาการหงอยเหงาครุ่นคิดในใจไม่คอยพูดกับลุงเหมือนแต่ก่อน
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและแผนการรักษาจนผู้สูงอายุผ่อนคลาย

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การสร้างความศรัทธาและความหวัง / มีชีวิตอยู่กับความจริง ทั้งของตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลต้องเข้าใจธรรมชาติของชีวิต ที่ต้องมีทั้งความสุขและความทุกข์ ชีวิตอยู่ได้ด้วยพลังของศรัทธาและความหวัง เปรียบเสมือนอำนาจที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีความเข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับความเสื่อมทางด้านร่างกาย จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ มีความหวังในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

การทำสมาธิ การฝึกสติ การทำจิตบำบัด สามารถสร้างความหวังใหม่ที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้

เรื่องที่ 18

เรื่อง เรื่องเล่านี้ที่ไม่มีวันลืม
เจ้าของเรื่องเล่า ภรรยาผู้สูงอายุ
เขียนเรื่องเล่าโดย นางรสสุคนธ์ ภักดีไพบูลย์สกุล

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่สร้างคุณประโยชน์แก่ลูกหลาน และประเทศชาติเป็นอันมากสมควรได้รับการยกย่อง เคารพนับถือจากผู้ที่อ่อนวัยกว่า ซึ่งเป็นประเพณีที่ยึดถือกันมาตั้งแต่สมัยก่อน แต่ปัจจุบัน วัฒนธรรมตะวันตกได้แผ่ขยายเข้ามามาก จนทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมเปลี่ยนแปลงไป เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มขึ้น เกิดช่องว่างระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ที่อ่อนวัยกว่า ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการเคารพนับถือเหมือนสมัยก่อน ความรักความอบอุ่นในครอบครัวเริ่มลดน้อยลงเรื่อย ๆ สอดคล้องกับเรื่องเล่าที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียดเรื้อรังโดยไม่รู้ตัวเอง ครอบครัวมีภาระงาน ความรักความเข้าใจในครอบครัวลดลงจนเกิดเรื่องน่าเศร้าต้องสูญเสียบุคคลที่รักในครอบครัวไปโดยไม่มีวันกลับมาอีกแล้ว

ภรรยาได้เล่าให้ฟังว่า ย้อนหลังไปเมื่อประมาณ 5 ปีก่อน จากครอบครัวที่เคยอบอุ่นด้วยความรัก มีพ่อ แม่ ลูก อยู่ด้วยกัน ช่วยกันทำมาหากินด้วยอาชีพทำนาร่วมกับค้าขายขนมเปี๊ยะซึ่งเป็นธุรกิจครอบครัวขนาดเล็กในครัวเรือนที่สมาชิกช่วยกันทำ ช่วยกันดูแล และช่วยกันรับผลประโยชน์ มีหนี้สินบ้างแต่ไม่มาก ยิ่งช่วงเทศกาลต่าง ๆ สนุกกันมากกับการทำขนม บางครั้งทำกันถึงเช้าก็มี แต่ก็ไม่มีใครบ่น นับว่าเป็นช่วงที่ครอบครัวเรามีความสุขมาก แต่จากการทำงานหนัก ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป 1 คน ซึ่งเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงหลัก คือลูกชายคนเดียวของฉัน ซึ่งยังไม่ได้บวชเรียน สามีเริ่มกลับไปดื่มเหล้ากับเพื่อนบ้างเป็นครั้งคราว (หลังจากเลิกมาหลายปีแล้ว) เคราะห์ซ้ำกรรมซัด หลังจากสูญเสียลูกชาย ไปประมาณ 1 ปี พอเริ่มทำใจกับการสูญเสียได้ ก็ดันตรวจพบว่าฉันเป็นก็นเนื้อร้ายในมดลูก ต้องตัดมดลูกทิ้ง ทำให้ฉันไม่สามารถให้ความสุขกับสามีได้เหมือนเดิมแต่ทั้งลูกและสามีก็ให้กำลังใจบอกว่า “น้องต้องสู้นะ พี่รักน้องเหมือนเดิม” “ต่อไปนี้แม่ไม่ต้องทำงานหนักแล้วนะ ลูก ๆ จะเลี้ยงแม่เอง แม่คนเดียวเลี้ยงได้สบาย ๆ เลย” ภายใต้คำพูดที่ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ฉันก็ได้มองเห็นอีกด้านว่า 1. หลานชายคนเดียวของฉันที่ฉันเลี้ยงเหมือนลูกชายก็เริ่มเที่ยวเตร่ไม่ยอมสนใจการเรียนอย่างเต็มที่ โดนเรียกผู้ปกครองบ่อย ๆ 2. สามี เริ่มคบค้าสมาคมกับสมาชิกทางการเมืองมากขึ้น และรวมกลุ่มนั่งพูดคุยกันตอนเย็นร่วมกับดื่มเหล้าตอนเย็นเกือบทุกวัน ทำให้ฉันรู้สึกไม่สบายใจทุกเวลาที่เห็นสามี/ลูกมีพฤติกรรมเช่นนี้ แต่ฉันก็ไม่เคยพูดต่อว่าแรง ๆ ถามบ่อยครั้งว่ามีปัญหาอะไรให้ช่วยมั้ย ทุกคนก็ส่ายหน้าบอกว่า “ไม่มีอะไร” จนอยู่มาวันหนึ่งสามีของฉันได้รับอุบัติเหตุรถยนต์อย่างหนักถึง 3 ครั้งด้วยกัน ทำให้ขาดกำลังสำคัญในการทำกิจการของครอบครัว หลานชายก็ไม่ได้ตั้งใจทำเหมือนเดิม ส่วนลูกสาวอีก 3 คนก็เริ่มทยอยกันไปมีครอบครัวใหม่ และได้ที่ทำงานไกลออกจากบ้านทำให้รายได้ครอบครัวเริ่มลดลง เริ่มมีการกู้หนี้ยืมสินจากกองทุนในหมู่บ้านมาเพื่อซ่อมรถ ใช้จ่ายในครัวเรือน และเพื่อลงทุนต่อไป แต่ธุรกิจการค้าขายไม่ได้ดีเหมือนเมื่อก่อน และมีแม่ค้ามาตีตลาดเพิ่มขึ้น ทำให้มีของเหลือ และต้องไปส่งของเองในตัวเมืองจังหวัด ฉันเจ็บออด ๆ แอด ๆ เรื่อย ๆ สามีก็ยังทำงานไม่ได้เพราะยังมีอาการปวดแขน นานเข้า ๆ สามีของฉันเมาจนควบคุมสติไม่ได้ ต้องการยิงตัวเองตายด้วยบอกว่าเครียด แต่ไม่บอกว่าเครียดจากอะไร ดีที่ฉันและญาติห้ามไว้ได้ ฉันเครียดและกลัวมากกลัวว่าสามีจะฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากฉันต้องเข้าเมืองไปส่งของรวมทั้งต้องเร่งรีบทำงานเพื่อเอามาใช้จ่ายหนี้สินที่ก่อไว้ ไม่มีเวลาดูแลสามีในฐานะภรรยามากขึ้น จึงแนะนำหลานสาวมาให้รู้จักและให้มาทำขนมที่บ้านแทน รวมทั้งทำหน้าที่ภรรยาเวลาฉันไม่อยู่ด้วย ด้วยความคิดที่ว่าสามีจะได้ไม่ไปเที่ยวร้านอาหารหรือได้ภรรยาใหม่ (ที่ไม่รู้จัก) และเพื่อจะได้ช่วยดูแลในช่วงที่ฉันไม่อยู่บ้านด้วย

แต่ทุกอย่างไม่ได้เป็นไปตามที่ฉันคิดและหวังไว้ หลังจากที่ฉันไปส่งของในเมืองวันนั้นวันที่สะเทือนใจฉันที่สุดคือฉันเผลอหลับไปและฝันเห็นสามีมาบอกว่า “รักน้องที่สุดเลยนะ” แล้วสามีก็เดินจากไปโดยไม่พูดอะไรอีก ฉันตกใจสุดขีด โทรกลับมาที่บ้าน ไม่มีใครรับสายฉันเลย ฉันเลยรีบเก็บของกลับบ้านอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่เคยทำมา เมื่อมาถึงบ้าน ฉันแทบพูดอะไรไม่ออกเมื่อเห็นศพสามีคลุมผ้าอยู่หน้าบ้านพร้อมกับญาติ ๆ ใกล้บ้าน ไม่มีแม้น้ำตาสักหยดที่ไหลออกมา ฉันเดินไปเปิดผ้าออกมองสามีครั้งสุดท้าย แล้วพูดว่า “พี่รักน้อง แล้วทำไมถึงทำกันแบบนี้คะ” แล้วก็ได้ยินเสียงผู้สูงอายุแก่พูดว่า “ลูกบ่าวทิด มันผูกคอตายใต้ต้นชมพู่ หลานมาเห็นก็ตัวแข็งแล้ว สงสัยผูกคอแลกหัวรุ่งน่าว่าลูกสาวเหอ” สิ้นเสียง ฉันจึงระบายความเสียใจออกมาเป็นเสียงร้องไห้และน้ำตาทะลักออกมาอย่างมากมายที่สุดเป็นครั้งที่ 2 ของชีวิตฉันนั่งนึกทบทวนเรื่องราวสามีของฉันถ้าย้อนเวลากลับไปได้ สามีคงไม่จากฉันไปแบบนี้ เพียงแต่ฉันทำตามคำแนะนำของหมอก่อนหน้าที่สามีเสียชีวิตประมาณ 3 เดือน ที่เขาและทีมงานเข้ามาพบฉันและสามี บอกว่า “สามีมีความเครียด เสี่ยงทำร้ายตนเองซ้ำ ภรรยาต้องดูแลเอาใจ พูดดี ๆ พูดเพราะ ๆ พูดในเชิงให้กำลังใจ กอดและบอกรักกับสามีบ่อย ๆ เสมือนสมัยที่เริ่มแรกรักกันใหม่ ๆน๊ะ เพราะคนไข้อ่อนไหวง่าย ประเมินความเครียดแล้วอยู่ในระดับสูง ต้องการคนดูแลเอาใจใส่อย่างมากจากคนที่รักที่สุด นั่นก็คือภรรยา” ในตอนนั้นฉันคิดว่าหมอคิดมากไปรึเปล่า แค่พฤติกรรมดื่มเหล้าจนขาดสติบ่อย ๆ ฝันร้ายบ่อย ๆ โกรธ/หงุดหงิดง่ายบางครั้ง นอนเก็บตัวคนเดียว ไม่พูด ไม่ทำงาน นั่งเหมอบ่อย ๆ ไม่สนใจงานอสม. (เคยทำได้ดีมาก) ที่หมอเอามาบอกเป็นข้อมูลสนับสนุน ว่าคนไข้ มีภาวะซึมเศร้า/ว้าเหว่ เสี่ยงทำร้ายตนเองซ้ำนั่นเหรอ ฉันไม่เชื่อหรอก เพราะเห็นมีความสุขกับเมียน้อยดี จนถึงวันนี้ ฉันยังรู้สึกเสียใจอยู่ตลอดที่ฉันไม่ได้ดูแลคนที่ฉันรักได้ดีที่สุดจนฉันต้องเสียเขาไปโดยไม่มีวันกลับมาอีกเลย และฉันเป็นหนี้เกือบล้านที่สามีได้ทิ้งไว้ให้ฉันรับภาระ ปัจจุบันเงินจากลูก ๆ และเงินช่วยเหลือ อสม. ทำให้สามารถปลดหนี้หมดแล้ว และฉันก็ใช้ชีวิตแบบพอเพียงกับหลานชายที่นิสัยดีของฉันและธุรกิจค้าขายเล็ก ๆ ที่เริ่มต้นอีกครั้งหนึ่ง

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

เป็นเรื่องราวของผู้สูงอายุ 2 คนสามีภรรยา ซึ่งจากตอนแรกไม่มีอาการอะไร จนกระทั่งมีการสูญเสียบุตรชายทำให้ครอบครัวเปลี่ยนไป สามีดื่มเหล้า ภรรยาพอทำใจกับการสูญเสียได้ แต่หลังจากนั้นก็มาพบว่าตนเองมีก้อนเนื้อร้ายที่มดลูก ทำให้ต้องตัดมดลูกทิ้ง จึงมีความกังวลใจว่าจะให้ความสุขทางเพศแก่สามีไม่ได้ หลังจากนั้นสามีก็ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ทำให้ทำงานไม่ได้ รายได้ของครอบครัวหายไป มีปัญหาเรื่องหนี้สิน ทำให้ทั้งสามีและภรรยามีความทุกข์ใจ เครียด สามีเริ่มดื่มหนักขึ้น เมาจนขาดสติ พยายามฆ่าตัวตาย และในที่สุดก็ฆ่าตัวตายสำเร็จ

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุทั้งสองคนต่างดูแลซึ่งกันและกัน ในยามที่สูญเสียบุตรชาย ภรรยาใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ และเมื่อภรรยามีปัญหาสุขภาพสามีก็ได้ใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจเช่นเดียวกัน แต่เมื่อต้องเผชิญกับปัญหามากขึ้นประกอบกับประสบอุบัติเหตุ ทำให้สามีไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาได้ ภรรยาก็ยุ่งอยู่กับงานจึงไม่ค่อยมีเวลาดูแล ทำให้สามีฆ่าตัวตาย

ความคิดเห็น

ปัญหาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย ผู้สูงอายุรายนี้การเกิดอาการซึมเศร้าน่าจะมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันจากการประสบอุบัติเหตุ ปัญหาหนี้สินจากกิจการที่ขาดทุน ซึ่งเป็นเหตุการณ์กระตุ้นในชีวิต (Life events) อันเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุรายนี้ภาวะซึมเศร้านำไปสู่การฆ่าตัวตาย อาการที่สำคัญ คือ เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย มีการสูญเสีย มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพ การเงิน มีอาการซึมเศร้า ท้อแท้และหมดหวัง (ภูมินทร์ ชลาชีวะ และคณะ. 2547 : 7) ดังนั้นเมื่อพบอาการซึมเศร้า ญาติและผู้ดูแลควรสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง พร้อมให้ความสนใจเมื่อผู้สูงอายุพูดถึงความตายบ่อย ๆ อย่าปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ควรพาไปพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับการรักษาอย่างเร่งด่วน ยาต้านเศร้าเป็นสิ่งสำคัญควรรับประทานอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาจนกว่าจะได้รับการประเมินจากแพทย์ ระดับผลของการรักษาจากยาจะได้ผลดีเมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ ระหว่างนี้ผู้สูงอายุอาจจะยังมีอาการเศร้าและคิดฆ่าตัวตายอยู่ต้องเฝ้าระวังอย่างมาก หรืออาจต้องพาไปพบแพทย์อีกครั้งเมื่อมีอาการมากเพื่อพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) หลังจากได้รับการรักษาแล้วการดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบใจ เป็นกำลังใจส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองจะช่วยให้อาการดีขึ้นและหายขาดได้ในระยะยาว

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

- ฝันร้ายบ่อย ๆ โกรธ/หงุดหงิดง่ายบางครั้ง นอนเก็บตัวคนเดียว ไม่พูด ไม่ทำงาน นั่งเหมอบ่อย ๆ ไม่สนใจงานอสม. (เคยทำได้ดีมาก)
- พยายามลงมือยิงตัวเองตายด้วยบอกว่าเครียด

วิธีการดูแล

ให้ความรู้และคำแนะนำที่มีประโยชน์ และให้กำลังใจ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

ให้การดูแลเน้นให้ผู้สุงอายุปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้ การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิด ความล้มเหลว การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ

เรื่องที่ 19

เรื่อง อุ่นไอรัก
เจ้าของเรื่องเล่า ลุงนึกและพี่สาว
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวดุจดาว บุญสนิท

ฉันยังจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ 2 ปีที่แล้วได้ดี วันนั้นหลังจากฉันตรวจคนไข้เสร็จ น้องจอยซึ่งเป็น อสม.ในเขตรับผิดชอบของฉันพาลูกมาตรวจเสร็จแล้ว นั่งคอยฉันอยู่ที่เก้าอี้หน้าโต๊ะจ่ายยาได้ถามฉันขึ้นว่า “พี่ดาว วันนี้ว่างไหม ช่วยไปเยี่ยมลุงนึกที่บ้านหน่อยได้ไหม” “ได้สิ แกเป็นอะไรล่ะ” ฉันถามด้วยความสงสัย “แกเข็ดเข่า เข่าบวมเดินไม่ได้มาเกือบ 3 เดือนแล้วล่ะ น้องกลัวแกเดินไม่ได้จัง” น้องจอยตอบฉันด้วยสีหน้ากังวล ลุงนึกที่เรากำลังพูดบ้านแกอยู่หลังบ้านน้องจอยไปสองสามหลัง ถึงไม่ใช่เขตรับผิดชอบแต่เพราะคนสนิทสนมคุ้นเคย น้องจอยเลยห่วงใยมากเป็นพิเศษ ลุงนึก อายุ เกือบ 90 ปีแล้ว ตัวผอมสูง เดินคล่องแคล่ว อาศัยอยู่กับภรรยาและลูกสาวคนเดียวที่อายุเกือบ 50 ปีแล้ว แต่ชาวบ้านบอกว่าลูกสาวแกสติไม่เต็มร้อยนักลูกสาวแกเคยแต่งงานแต่หย่ากับสามีหลายปีแล้ว ไม่มีลูกด้วยกัน ลุงนึกเลี้ยงวัวไว้หลายตัว มีที่นาหลายสิบไร่เพิ่งขายวัว และให้เช่าที่นาเมื่อเริ่มปวดเข่าเป็น ๆ หาย ๆ นี้เอง ลุงนึกเคยมารับยาแก้เข็ดที่ฉันทำงานอยู่หลายครั้งแต่ช่วงหลังหายไป

บ่ายวันนั้นฉันขับมอเตอร์ไซค์คันเก่าคู่กายไปเยี่ยมลุงนึกที่บ้าน บ้านลุงนึกเป็นบ้านไม้อยู่ติดถนนลูกรังทางเข้าหมู่บ้าน มีใต้ถุนสูงตัวบ้านเสมอกับถนน เพราะอยู่ใกล้คลอง ช่วงปลายปีจะมีน้ำท่วมเกือบถึงเอวทุกปี พอฉันไปถึงพี่สาวซึ่งเป็นลูกของลุงนึกเดินเข้ามาทักทายฉันเสียงดัง ด้วยความดีใจ ฉันยกมือไหว้ทักทายป้าซึ่งเป็นภรรยาลุงนึกกับพี่สาว ก่อนที่พี่สาวจะพาฉันเดินไปนอกชานหลังบ้านซึ่งเปิดโล่งรับลม ภาพที่ฉันเห็นคือชายชราคนหนึ่ง ผมหงอกขาวโพลนนั่งงอเข่า 2 ข้างพิงฝาบ้านเหม่อมองไปกลางทุ่งนา มีผ้าขาวม้าผืนเก่าสีซีดพาดบ่าไว้ ฉันยกมือไหว้สวัสดีลุงรับไหว้พร้อมกับกล่าวทักทายพร้อมกับให้พร ดีใจที่ฉันมาเยี่ยม ฉันถามอาการของลุง ลุงเล่าให้ฟังว่าอาการปวดเข่าเริ่มเป็นมาหลายปีแล้ว ๆ เป็น ๆ หาย ๆ 2-3 เดือนที่แล้ว เริ่มปวดบวมมากขึ้นปวดมากจนเดินไม่ได้ ยืดเข่าแล้วปวดต้องงอเข่า อาการปวดจึงดีขึ้น จึงนั่งงอเข่า และนอนงอเข่าตลอดเวลา ฉันตรวจดูพบว่าเข่าลุงนึกเริ่มติดเดินก็ไม่ไหว ลุงนึกบอกว่า “เมื่อ 2 เดือนที่แล้ว เหมารถไปหาหมอที่คลินิกหาดใหญ่ค่ารถเกือบ 2 พัน ค่ายาเกือบพัน ก็ไม่หาย คงไม่ไปแล้วล่ะ ไป 2-3 ครั้งแล้ว หมอบอกไม่หาย เสียดายเงิน ไปมาก็ลำบาก” ฉันพยุงให้ลุงพยายามเดินดูแต่ลุงยืดเข่าไม่ได้บ่นปวดมาก “ลุงคงเดินไม่ได้แล้วล่ะ ลูกดาวอย่าพยายามเลย เดินแล้วมันปวดมาก” ลุงพูดพร้อมน้ำตาคลอเบ้า “ไม่เป็นไรหรอกลุงต้องเดินได้สิ หนูจะช่วยให้ลุงไปหาหมอเอง” ฉันพยายามปลอบใจลุง ฉันกลับมาที่ทำงานเพื่อเอายาแก้ปวดบวมให้ลุงเพราะลุงไม่ยอมไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล พี่สาวเองไม่มีรถมอเตอร์ไซค์เพราะขับรถไม่เป็น ฉันกำชับให้ลุงทานยาหลังอาหารทุกครั้ง หลังจากนั้นฉันไปเยี่ยมลุงที่บ้านอีกหลายครั้งเพื่อติดตามให้ลุงพบแพทย์ แต่ลุงก็ปฏิเสธฉันทุกครั้ง เวลาที่ฉันไปเยี่ยมลุงร้องไห้ หรือมีน้ำคลอเบ้าตลอด เพราะตอนนี้เข่า2 ข้างของลุงติดจนแข็งแล้ว ต้องใช้วิธีกระเถิบเข้าห้องน้ำหรือทำกิจวัตรต่าง ๆ ลุงบ่นว่าลำบากไปไหนมาไหนก็ไม่ได้ ป้าเองก็เวียนศีรษะเจ็บออด ๆ แอด ๆ ฉันขอดูยาป้าจากพี่สาวซึ่งได้มาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน พบว่าเป็นยาแก้เวียนศีรษะ และยาคลายเครียด ยานอนหลับและยาบำรุง ฉันคุยกับป้าซึ่งพูดน้อยลงมาก ป้าบอกว่าเพลียนอนไม่ค่อยหลับ ฉันแนะนำให้ทำใจให้สบาย หาหนังสือธรรมะอ่าน พร้อมแนะนำการดูแลแก่พี่สาว 2 เดือนต่อมาฉันไปเยี่ยมลุงอีกครั้งพี่สาวเล่าให้ฉันฟังว่า “พ่อร้องไห้บ่อยแหละ ทำใจไม่ได้เรื่องขา พี่ไม่รู้จะช่วยอย่างไร แม่ก็นอนไม่หลับ เวียนหัวบ่อย ๆ วันก่อนวัดความดันขึ้นสูง ตอนนี้หมอที่โรงพยาบาลให้ยาความดันมาแล้วนะ ยาคลายเครียดก็กินทุกคืน” ฉันขอดู

ยาของป้าและอธิบายถึงการทานยาแนะนำให้ลดยานอนหลับลงพยายามคุยให้ป้าและพี่สาวเข้าใจถึงผลของติดยานอนหลับ การดูแลลุงกับป้า ฉันถามลุงว่าอยากได้รถเข็นไหมจะขอยืมโรงพยาบาลมาให้ลุงก่อน ลุงปฏิเสธบอกว่าที่บ้านคับแคบไม่สะดวกเข็นรถลำบาก 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นฉันไปเยี่ยมลุงกับป้าอีกครั้ง ป้านอนหลับอยู่ใต้ถุนบ้านมีพี่สาวนั่งอยู่ใกล้ๆ ส่วนลุงนั่งพิงฝาตากลมอยู่นอกชานหลังบ้านที่เดิม ลุงเล่าให้ฉันฟังว่า “เรื่องขาลุงเริ่มทำใจได้แล้วล่ะลูกดาว” “แล้วทำไมลุงยังดูเครียด ๆ ล่ะ” ฉันถาม “กังวลเรื่องป้าแหละ ป้าเครียดกว่าลุงแล้วตอนนี้ป้าบ่นว่าลุงเดินไม่ได้ กลัวอยู่ต่อไปจะลำบาก ห่วงสาวด้วย” สาวที่แกพูดหมายถึงคือลูกสาวลุง “ลุงกับสาวพยายามปลอบแล้ว ว่าอย่าเครียด เดินไม่ได้ไม่เป็นไร ค่าเช่านา กับเงินที่ขายวัวยังพอมี กินใช้อย่างประหยัดหน่อย ก็พออยู่ได้ไม่ลำบากหรอก “ดีแล้วล่ะลุง ไม่มีใครดูแลกันได้ดีเท่ากับคนในครอบครัวเดียวกันหรอกค่ะ มีอะไรให้หนูช่วยก็บอกนะคะ” ฉันให้กำลังใจลุงอีกครั้ง พี่สาวเล่าว่า “พักนี้แม่ซึมลง ทานข้าวได้น้อยลง เวียนหัวบ่อย ๆ กลางวันนอนซะเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่เห็นแกหลับหรอก บ่นไม่มีแรง” “พี่พยายามชวนคุย หาอะไรให้ป้าทำบ้าง เช่นทำขนมเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือไปวัด ไปนั่งคุยกับป้าข้างบ้านบ้าง ป้าจะได้ไม่เครียด” ฉันแนะนำ “น่าจะดีนะ พี่จะลองดู” พี่สาวรับปาก หลังจากนั้นพี่สาวบอกว่าป้าเริ่มดีขึ้น ทานข้าวได้มากขึ้น เวียนหัวน้อยลง ทานยานอนหลับบ้างบางคืน

7 เดือนหลังจากฉันไปเยี่ยมลุงวันแรก ฉันปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในเขตที่ฉันรับผิดชอบอยู่ เพื่อเซ็นใบรับรองความพิการให้ลุง จะได้ทำบัตรผู้พิการเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือจากภาครัฐ ฉันไปถ่ายรูปทำบัตรให้ลุงที่บ้าน ลุงยิ้มสดใสบอกว่าขอรูปสวย ๆ ไว้ติดหน้าโลงศพด้วย พร้อมกับขอถ่ายรูปคู่กับป้าเพื่อใส่กรอบไว้ติดฝาบ้าน ส่วนพี่สาวกลัวกล้องไม่ได้ถ่ายด้วย ฉันขยายภาพใหญ่ให้ลุงกับป้า ลุงดีใจใหญ่ป้าเองยิ้มสดใส พร้อมกับยัดเยียดเงินใส่มือฉัน แต่ฉันปฏิเสธ แค่ฉันได้เห็นรอยยิ้มของทุกคนที่บ้านนี้ฉันก็ภูมิใจอย่างที่สุดแล้ว

ต้นเดือนที่ผ่านมาฉันออกคัดกรองความดันเบาหวานที่บ้าน อสม. พี่สาวซึ่งตอนนี้ดูอ้วนท้วนสมบูรณ์ขึ้นกว่าเดิมมากเดินยิ้มร่าเข้ามาหาฉันหัวเราะพลางพูดเสียงดังตามประสา

“น้องดาวพ่อได้รับเบี้ยผู้พิการแล้วนะ ได้หลายเดือนแล้วด้วย ยังไม่ได้เบิกใช้ที ขอบใจน้องดาวมากนะ” “ไม่เป็นไรหรอกพี่ ไม่ต้องขอบใจฉันหรอก มีอะไรให้ช่วยก็บอกนะ ลุงกับป้าสบายดีไหม ไม่เจอหลายวันแล้ว” ฉันยิ้มตอบ “พ่อก็สบายดี บ่นถึงแต่น้องดาวตลอด ว่าไม่เห็นหน้าหลายวันแล้ว แม่กินยาความดันทุกวันตอนนี้นอนหลับดี ไม่ค่อยได้กินยานอนหลับนานแล้ว” พี่สาวตอบพร้อมรอยยิ้ม “ฝากบอกลุงกับป้าด้วยนะพี่ว่าง ๆ เดี๋ยวจะเข้าไปเยี่ยม ฝากคิดถึงลุงกับป้าด้วยนะ” ฉันตอบพี่สาวพลางนึกถึงครอบครัวลุงนึก เมื่อถึงภาวะวิกฤตของชีวิตลุงนึกซึ่งน่าจะเป็นคนที่มีภาวะเครียดวิตกกังวลมากที่สุด จากการสูญเสียขา และภาพลักษณ์กลับกลายเป็นคนที่เข้มแข็งและเป็นเสาหลักของครอบครัว คอยปลอบใจให้กำลังใจป้าและลูกสาว จนสามารถผ่านช่วงวิกฤตชีวิตมาได้ เหตุการณ์ที่เกิดกับครอบครัวลุงนึก ทำให้ฉันรู้ว่าไม่มีใครเข้าใจและดูแลกันและกันได้ดีที่สุดเท่ากับคนในครอบครัวเราเองหรอก ฉันซึ่งเป็นพยาบาลชุมชนตัวเล็ก ๆ คนหนึ่ง ทำได้ดีที่สุดก็แค่เป็นกำลังใจและดูแลด้วยความห่วงใยอยู่ห่าง ๆ เท่านั้นเอง

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

ลุงนึกมีอาการปวดเข่าเริ่มเป็นมาหลายปีแล้วๆ เป็น ๆ หาย ๆ 2-3 เดือนที่แล้ว เริ่มปวดบวมมากขึ้น ปวดมากจนเดินไม่ได้ ยืดเข่าแล้วปวดต้องงอเข่า อาการปวดจึงดีขึ้น จึงนั่งงอเข่า และนอนงอเข่าตลอดเวลา ฉันตรวจดูพบว่าเข่าลุงนึกเริ่มติดเดินก็ไม่ไหว และจากอาการนี้ทำให้ลุงนึกร้องไห้บ่อย ทำใจไม่ได้เรื่องขา แฟนลุงนึกก็นอนไม่หลับ เวียนหัวบ่อยๆ ความดันขึ้นสูง หมอที่โรงพยาบาลให้ยาความดันและ ยาคลายเครียดกินทุกคืน ตอนนี้ลุงนึกกังวลเรื่องป้าที่เครียดกับการเดินไม่ได้ของลุง

วิธีการดูแล

เริ่มจากน้องจอยซึ่งเป็นลูกสาวของลุงนึกและเป็น อสม. ไปขอความช่วยเหลือจาก น.ส.ดุจดาว บุญสนิท ซึ่งเป็นพยาบาลชุมชนให้ไปช่วยลุงนึกที่ปวดเข่าเดินไม่ได้มาเกือบ 3 เดือนแล้ว คุณดุจดาวจึงเริ่มต้นด้วยการไปเยี่ยมลุงนึกที่บ้าน ถามไถ่อาการของลุงนึก ทีแรกพยายามพยุงให้ลุงนึกเดินแต่ลุงนึกเดินไม่ไหว จึงร้องไห้ออกมา คุณดุจดาวได้แต่ปลอบใจให้กำลังใจลุงนึก คุณดุจดาวจึงกลับมาที่ทำงานเพื่อเอายาแก้ปวดบวมให้ลุงเพราะลุงไม่ยอมไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และกำชับให้ลุงทานยาหลังอาหารทุกครั้ง หลังจากนั้นก็ไปเยี่ยมลุงที่บ้านอีกหลายครั้งเพื่อติดตามให้ลุงพบแพทย์ แต่ลุงก็ปฏิเสธทุกครั้ง เวลาที่คุณดุจดาวไปเยี่ยมลุงร้องไห้ หรือมีน้ำคลอเบ้าตลอด เพราะเข่า 2 ข้างของลุงติดจนแข็งแล้ว ต้องใช้วิธีกระเถิบเข้าห้องน้ำหรือทำกิจวัตรต่างๆ ลุงบ่นว่าลำบากไปไหนมาไหนก็ไม่ได้ ป้า (แฟนลุง)เองก็เวียนศีรษะเจ็บออดๆแอดๆ คุณดุจดาวขอดูยาป้าจากพี่สาวซึ่งได้มาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน พบว่าเป็นยาแก้เวียนศีรษะ และยาคลายเครียดยานอนหลับและยาบำรุง และคุยกับป้าซึ่งพูดน้อยลงมาก ป้าบอกว่าเพลียนอนไม่ค่อยหลับ คุณดุจดาวจึงแนะนำให้ทำใจให้สบาย หาหนังสือธรรมะอ่าน พร้อมแนะนำการดูแลแก่พี่สาว (ลูกลุงนึกอีกคน)

2 เดือนต่อมาคุณดุจดาวไปเยี่ยมลุงอีกครั้งพี่สาวเล่าให้คุณดุจดาวฟังเกี่ยวกับอาการของลุงนึกที่ไม่ดีขึ้น จนลุงนึกร้องไห้ และพลอยทำให้ป้านอนไม่หลับ เวียนหัวบ่อย ความดันขึ้น จึงต้องทานยาความดันและยาคลายเครียด คุณดุจดาวจึงขอดูยาของป้าและอธิบายถึงการทานยาแนะนำให้ลดยานอนหลับลงพยายามคุยให้ป้าและพี่สาวเข้าใจถึงผลของติดยานอนหลับ การดูแลลุงกับป้า และถามลุงว่าอยากได้รถเข็นไหมจะขอยืมโรงพยาบาลมาให้ลุงก่อน ลุงปฏิเสธบอกว่าที่บ้านคับแคบไม่สะดวกเข็นรถลำบาก 3 สัปดาห์หลังจากนั้นคุณดุจไปเยี่ยมลุงกับป้าอีกครั้ง ลุงเล่าให้ฟังว่าเริ่มทำใจได้แล้ว แต่กังวลเรื่องป้าที่เครียดกว่าลุง โดยบ่นว่าลุงเดินไม่ได้ กลัวอยู่ต่อไปจะลำบาก ห่วงสาวด้วย ลุงกับสาวพยายามปลอบว่าอย่าเครียด เดินไม่ได้ไม่เป็นไร ค่าเช่านา กับเงินที่ขายวัวยังพอมี กินใช้อย่างประหยัดหน่อย ก็พออยู่ได้ไม่ลำบาก คุณดุจดาวชื่นชมลุงนึกที่ดูแลคนในครอบครัวเดียวกันและให้กำลังใจลุงนึก พร้อมกับแนะแนวพี่สาวซึ่งเป็นลูกสาวของลุงและป้าเสริมพยายามจะไม่ให้ป้าเครียดด้วยการชวนป้าคุย หาอะไรให้ป้าทำ เช่น ทำขนมเล็ก ๆ น้อยๆ หรือไปวัด ไปนั่งคุยกับป้าข้างบ้าน พี่สาวรับปากว่าจะช่วยดูแลป้า จากนั้นพี่สาวก็บอกว่า ป้าเริ่มดีขึ้น ทานข้าวได้มากขึ้น เวียนหัวน้อยลง ทานยานอนหลับบ้างบางคืน 7 เดือนหลังจากคุณดุจดาวไปเยี่ยมลุงวันแรก คุณดุจดาวได้ไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในเขตที่รับผิดชอบอยู่ เพื่อเซ็นใบรับรองความพิการให้ลุง จะได้ทำบัตรผู้พิการเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือจากภาครัฐ คุณดุจดาวไปถ่ายรูปทำบัตรให้ลุงที่บ้าน ลุงยิ้มสดใสบอกว่าขอรูปสวย ๆ ไว้ติดหน้าโลงศพด้วย พร้อมกับขอถ่ายรูปคู่กับป้าเพื่อใส่กรอบไว้ติดฝาบ้าน ส่วนพี่สาวกลัวกล้องไม่ได้ถ่ายด้วย คุณดุจดาวจึงขยายภาพใหญ่ให้ลุงกับป้า ลุงดีใจใหญ่ป้าเองยิ้มสดใส พร้อมกับยัดเยียดเงินใส่มือแต่คุณดุจดาวปฏิเสธ ต้นเดือนที่ผ่านมาคุณดุจดาวออกคัดกรองความดันเบาหวานที่บ้าน อสม. พี่สาวซึ่งตอนนี้ดูอ้วนท้วนสมบูรณ์ขึ้นกว่าเดิมมากเดินยิ้มร่าเข้ามาหา หัวเราะพลางพูดเสียงดังตามประสาว่าลุงนึกได้รับเบี้ยผู้

พิการแล้ว ส่วนป้ากินยาความดันทุกวัน ตอนนี้นอนหลับดี ไม่ค่อยได้กินยานอนหลับนาน คุณดุจดาวจึงฝากความคิดถึงและความห่วงใยไปถึงลุงกับป้า

<u>หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล</u>

การสูญเสียขาและภาพลักษณ์เกี่ยวกับตัวตนทำให้ลุงนึกมีภาวะเครียดและวิตกกังวล ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงแรกที่ลุงนึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากที่เคยเดินได้ปกติทั่วไป แต่ด้วยการช่วยเหลือของลูกสาวและพยาบาลชุมชนทั้งการปลอบโยน และการทำกายภาพบำบัด ทำให้ลุงนึกเอาชนะความวิตกกังวลจากการดูแลทั้ง ๒ ด้านคือด้านจิตใจและด้านร่างกายไปพร้อม ๆ กันได้ สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยที่จะต้องทำไปพร้อม ๆ กันทั้งการให้กำลังใจหรือเยียวยาจิตใจ ขณะเดียวกันก็ช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ดีขึ้น สามารถกลับมาดูแลตนเองได้เหมือนเดิม เมื่อลุงนึกกลับกลายเป็นคนที่เข็มแข็ง ก็กลายเป็นเสาหลักของครอบครัว คอยปลอบใจให้กำลังใจป้าและลูกสาว จนสามารถผ่านช่วงวิกฤตชีวิตมาได้ เหตุการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าไม่มีใครเข้าใจและดูแลกันและกันได้ดีที่สุดเท่ากับคนในครอบครัวเอง ส่วนบุคคลอื่น เช่นพยาบาลชุมชน ทำได้ดีที่สุดก็แค่เป็นกำลังใจและดูแลด้วยความห่วงใยอยู่ห่างๆ เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักจิตวิทยาแห่งการเยียวยาด้านจิตใจว่าบุคคลที่สำคัญที่สุดกับผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาทางด้านจิตใจมีส่วนสำคัญที่สุดในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาทางด้านจิตใจหายได้เร็วขึ้น

<u>ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี</u>

จากเรื่องเล่าของลุงนึก หากพยาบาลชุมชนได้ให้ความรู้แก่บุตรสาวของลุงนึกเกี่ยวกับวิธีการดูแล ตลอดถึงวิธีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแล จะทำให้การดูแลช่วยเหลือมีประสิทธิภาพและทันท่วงทีมากยิ่งขึ้นหากเมื่อพยาบาลชุมชนไม่สามารถเข้าไปดูแลและช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

ความเห็นของนักวิชาการคนที่ 2

<u>อาการ</u>

เป็นเรื่องราวของผู้สูงอายุ 2 คนสามีภรรยา ที่มีอาการเจ็บป่วยออดๆแอดๆตามวัย ภรรยาทีโรคความดันโลหิตสูง เวียนศีรษะบ่อย ๆ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ซึมลง สามีมีอาการข้อเข่าเสื่อม บวม ทำให้ปวดเข่าเป็นประจำ จนเดินไม่ได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลและซึมเศร้า คือ อาการนั่งใจลอย นอนไม่หลับ เวลาพูดคุยมักจะมีน้ำตาคลอเบ้า และร้องไห้

<u>การดูแล</u>

มีลูกสาวเพียงคนเดียวที่คอยดูแลผู้สูงอายุทั้ง 2 คน ทำหน้าที่ทำอาหาร อยู่เป็นเพื่อน ดูแลกิจวัตรประจำวันและคอยพาไปหาแพทย์และรับยามาให้ พยาบาลในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพกายและการส่งเสริมสุขภาพจิต

<u>ความคิดเห็น</u>

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะ คือปัญหาสุขภาพเรื้อรังจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น อาการที่สำคัญได้แก่ (1) ภาวะทรงตัวที่มั่นคง อาจทำให้หกล้มง่าย (2) ภาวะสับสน บกพร่องทางความคิด (3) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (4) การเคลื่อนไหวช้า สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง (5) เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาเนื่องจากมีปัญหาเรื้อรัง (ทัศนีย์ ญาณะ และคณะ. 2557) ในกรณีนี้ผู้สูงอายุมีความเจ็บปวดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ทำให้ไปไหนมาไหนได้ลดลง ประกอบกับปัญหาทางเศรษฐกิจที่รายได้ลดลงและไม่สามารถหารายได้ให้เพิ่มขึ้น ต้องใช้จ่ายอย่างประหยัดเพื่อให้พอเพียงกับเงินที่เก็บไว้ ในกรณีนี้พยาบาลชุมชนปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดี โดยไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยสม่ำเสมอ ติดตามอาการและได้ให้คำแนะนำแก่ญาติอย่างเหมาะสม คือ การให้ญาติดูแลใกล้ชิด พูดคุยรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ ให้ความรักเอาใจใส่พาไปพบแพทย์ตามนัด แนะนำให้สวดมนต์ ฟังธรรมะเพื่อผ่อนคลายควาเครียด และส่งเสริมให้สร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน (บุญชัย นวมงคลวัฒนา และคณะ. 2546 : 13) ทำให้ผู้สูงอายุคลายความกังวลลงและมีความสุขเพิ่มมากขึ้น

เรื่องที่ 20

เรื่อง วิตกกังวลรักษาได้ ด้วยยาใจ
เจ้าของเรื่องเล่า โดย สามีคุณป้าอัมพร
เขียนเรื่องเล่า โดย นางอนงค์ พูใบ

เรื่องราวของสามีกับคุณภรรยาวัย 62 ปี ที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวล ที่อยู่กินกันมากว่า 30 ปี มีลูกสาวด้วยกัน 3 คน แต่ละคนแต่งงานมีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัดหมดเลย นานๆจะกลับมาเยี่ยมพ่อแม่ จะมาช่วงปีใหม่หรือสงกรานต์เท่านั้น ฉะนั้นก็อยู่กันลำพัง 2 คนที่บ้านทำสวน ทำนากันเล็กๆน้อยๆ ดูแลกันไปตามประสาผัวเมีย

เมื่อประมาณ 4 ปีก่อน เริ่มแรกคุณป้าเริ่มมีอาการนอนๆอยู่ช่วงกลางคืนจะสะดุ้งผวา บ่นแน่นหน้าอก ใจไม่ดี ใจสั่น คุณลุงก็ตกใจ รีบหายาลม ยาดม ยาหม่องมาให้ นอนสักพักก็อาการดีขึ้น หลับต่อได้ ต่อมามีอาการถี่ขึ้น มีอาการเป็นพักๆ บ่นเวียนศีรษะ เรียกหาลูกหลาน บางครั้งเรียก อสม. บ้านข้างๆมาวัดความดันโลหิตให้ก็ปกติ พาไปตรวจที่โรงพยาบาลอยู่หลายครั้ง ก็ไม่พบความผิดปกติใดๆ บางครั้งต้องอยู่เป็นเพื่อนไม่ได้ไปทำสวน เพราะคุณป้าบอกให้อยู่เป็นเพื่อนหน่อย “บอกกลัวตาย”

แรก ๆ คุณลุงก็รู้สึกตกใจ และเป็นห่วงว่าจะเป็นโรคร้ายแรง จึงพยายามพาไปหาหมอตลอด แต่ขณะที่ไปหาหมอคุณป้าก็ไม่มีอาการอะไร ตรวจหาสาเหตุไม่ได้ กลับมาอยู่บ้านก็มีอาการขึ้นมาอีก ก็คิดว่าอาจจะเป็นโรคเหมือนพี่ชายของเขาก็ได้ มีอาการคล้ายกัน เดี๋ยวเป็นโน่น เดี๋ยวเป็นนี่ อยู่นั่นแหละ ไปรักษาทางไสยศาสตร์ผีสางนางร้ายต่าง ๆ ก็ไม่ช่วยอะไร วนเวียนรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ประมาณ 3 เดือนก็เล่าอาการให้คุณหมอฟังอย่างละเอียด คุยกันนานพอสมควรจึงส่งคุณป้าไปยังแผนกจิตเวช จึงได้รักษาเกี่ยวกับ “โรควิตกกังวล”

โรควิตกกังวลนี้คุณลุงและคุณป้าเองก็ไม่รู้จักหรอก หลังได้ยามาทานระยะหนึ่งเริ่มดีขึ้น ไม่มีอาการบ่อย อาการใจไม่ดีก็ไม่มี คุณลุงเล่าว่ารู้สึกโล่งใจ คิดว่ารักษาได้ถูกจุดแล้ว ดูสีหน้าแจ่มใส ไม่บ่นอะไรให้ฟัง ไม่ต้องไปส่งหาหมอบ่อย ๆ เพราะคุณป้าขี่รถไม่เป็น จะไปไหนต้องไปส่งตลอด ในช่วงที่มีอาการใหม่ๆคุณลุงรู้สึกตกใจ ถ้าเห็นภรรยามีอาการ รีบหายามาให้ นาน ๆ เข้าเริ่มชิน เพราะเขาเป็นเดี๋ยวเดียว เดี๋ยวก็ดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองก็รู้สึกรำคาญเหมือนกันที่ถูกเรียกหรือปลุกตอนกลางคืนบ่อย ๆ เพราะตนเองก็เป็นคนที่หลับยากเหมือนกัน บางครั้งก็จะตวาดใส่คุณป้า คุณป้าก็เงียบขรึมไป หรือบางครั้งตนเองก็แกล้งทำเป็นไม่ได้ยิน ทำเฉย ๆ แกล้งไม่โต้ตอบ เขาก็จะไปหายามาทานเอง แต่ก็จะเงียบ ๆ ไป คิดว่าคุณป้าอาจจะโกรธอยู่บ้าง คุณลุงบอกว่าก็พยายามพูดคุยตามปกติ สักพักคุณป้าก็จะมาพูดคุยด้วยตามปกติ

ขณะนี้คุณป้าทานยาอย่างต่อเนื่อง มารับการรักษาตามนัดโดยมีคุณลุงมาส่งรับยาที่โรงพยาบาลเวียงสาทุก 3 เดือน โดยรถมอเตอร์ไซด์ บอกว่า “ยานี่ดีนะทำให้คุณป้าดีขึ้น” และได้มาขอซื้อยาที่คุณป้าทานอยู่จะเอาไปให้พี่ชายของคุณป้าทานดู เพราะดูจากอาการแล้วน่าจะเป็นโรคเดียวกัน “หรือจะเป็นกรรมพันธุ์ใช่ไหมคุณหมอ” แต่คุณหมอบอกต้องพาผู้ป่วยมาตรวจก่อน ปัจจุบันคุณลุงก็ทำสวนผักบ้าง แล้วคุณป้าก็จะนำผักไป

ขายที่ตลาดใกล้ ๆ หมู่บ้าน เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้เป็นอย่างดี คุณลุงเชื่อว่า โรคนี้รักษาได้ด้วยยา รักษาต่อเนื่องและการดูแลใส่ใจซึ่งกันและกัน ก็อยู่กันไปดูแลกันไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

คุณป้าเริ่มมีอาการนอนๆอยู่ช่วงกลางคืนจะสะดุ้งผวา บ่นแน่นหน้าอก ใจไม่ดี ใจสั่น นอนสักพักก็อาการดีขึ้น หลับต่อได้ ต่อมามีอาการถี่ขึ้น มีอาการเป็นพัก ๆ บ่นเวียนศีรษะ

วิธีการดูแล

เริ่มแรกที่คุณป้ามีอาการ คุณลุงจะดูแลคุณป้าโดยหายาดม ยาลม ยาหม่องมาให้คุณป้า เรียกอสม. บ้านข้าง ๆ มาวัดความดันให้ พาคุณป้าไปตรวจที่โรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่รักษาโดยมีคุณลุงเป็นผู้รับส่งยาที่โรงพยาบาลทุก ๆ 3 เดือน นอกจากนี้ให้คุณป้าเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ดูแลใส่ใจซึ่งกันและกัน

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การที่คุณลุงพยายามพาคุณป้าไปรักษาที่โรงพยาบาลตลอด รวมถึงการอยู่ด้วยและดูแลอย่างต่อเนื่องและชักชวนทำกิจกรรมในสังคม ด้วยหัวใจที่คุณลุงบอกว่า จะดูแลใส่ใจกันไปจนวาระสุดท้าย แสดงถึงหัวใจของคุณลุงที่มีให้คุณป้าอย่างเต็มเปี่ยม ซึ่งในทางจิตวิทยาหัวใจเช่นนี้เรียกว่า “การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก” และ “ความสอดคล้องกลมกลืน” ถึงแม้ว่าจะเหนื่อยและตนเองก็ไม่ได้สบายมากนักกับการที่จะต้องดูแลคุณป้า แต่หัวใจที่คุณลุงบอกไว้เสมอว่า จะดูแลกันไปตลอด คำนี้ทำให้คุณลุงมีหัวใจที่จะดูแลคุณป้าได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

แม้การใส่ใจดูแลคุณป้าของคุณลุงจะเต็มที่และทำให้คุณป้ามีอาการดีขึ้น แต่การพึ่งพาคนเดียวก็เสี่ยงต่อคุณป้าด้วยเหมือนกันหากคุณลุงเป็นอะไรไปหรือไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลคุณป้าได้ไม่ว่าด้วยเหตุใด ดังนั้นควรมีหน่วยงาน หรือลูกหลานเข้ามาช่วยอีกแรงหนึ่งทั้งในด้านการสนับสนุนให้กำลังใจและการหาแหล่งความรู้เพื่อช่วยเหลือดูแลคุณป้าได้ทันท่วงที

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการของโรควิตกกังวลที่เด่นชัด คือ นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นในเวลากลางคืน บ่นแน่นหน้าอก เวียนศีรษะ เครียด คล้ายจะเป็นลม บ่นกลัวตาย

การดูแล

จากอาการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษา และดูแลให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ใส่ใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ให้ทำงานบ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เป็นเพื่อนช่วยกันประคับประคองไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและประคับประคองอาการป่วยวิตกกังวลให้ทุเลาลงได้

ความคิดเห็น

ในผู้สูงอายุ เมื่อร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ จะมีการเสียบทบาทของตัวเอง ทำให้ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง และจะส่งผลไปถึงกิจกรรมประจำวัน ไม่เป็นที่พอใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว และยิ่งได้พบเห็นสภาพของผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต จะยิ่งทำให้เกิดความกลัวเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าผู้สูงอายุเข้าใจและปรับตัวได้ก็จะดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะนำมาซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการเปลี่ยนแปลง อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการทางสรีรวิทยาของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก หรือเมื่ออยู่ในระดับที่รุนแรง (Panic attack) จะมีอาการ หัวใจเต้นเร็ว หายใจไม่ออก จุกแน่นหน้าอก คลื่นไส้ปั่นป่วนในท้อง เวียนศีรษะ โคลงเคลงจะเป็นลม รู้สึกสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป ควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวว่าจะตาย ชาหรือรู้สึกร้อนวูบวาบ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และมาโนช หล่อตระกูล. 2547:16-17) ในการรักษาโรควิตกกังวลนั้นในระยะแรกผู้ป่วยจะไปพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย แต่เมื่อตรวจแล้วจะไม่พบความผิดปกติ ทำให้อาการของโรคยังดำรงอยู่ ผู้ดูแลรายนี้ในตอนแรกไม่มีความเข้าใจในโรคของผู้สูงอายุจึงพารักษาทางไสยศาตร์ แต่เมื่อพบว่าไม่ดีขึ้นจึงกลับมาพบแพทย์อีก และเมื่ออธิบายอาการมากขึ้น จึงได้ไปพบจิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคนี้ทำให้อาการดีขึ้น ประกอบกับญาติเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ช่วยรับฟังเรื่องต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้ระบายความวิตกกังวล รู้สึกว่ามีคนรับฟัง ดูแลให้กินยาสม่ำเสมอ และให้ทำกิจกรรมที่ยังคงทำได้เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และส่งเสริมคุณค่าในตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้น

เรื่องที่ 21

เรื่อง จะคู่บุญหรือคู่กรรมก็นำพาชีวิตเป็นสุข
เจ้าของเรื่องเล่า โดย คุณป้าทองทราย
เขียนเรื่องเล่า โดย นางอนงค์ พูใบ

ประมาณ 3 ปีก่อนหลังจากที่คุณสามีป่วยเป็นโรคไทรอยด์ มีอาการใจสั่น ผอม น้ำหนักลด ทานยาอยู่ประมาณ 2 ปี แพทย์บอกปกติดีแล้วจึงให้หยุดยา หลังจากนั้นอีกไม่นานคุณป้ารู้สึกว่าสามีของตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม นั่นคืออาการหงุดหงิดง่าย ชอบเถียง ถามดีๆบางครั้งตวาดเข้าใส่ หรือบางครั้งถามไม่ตอบ ลุกเดินหนีไปเฉย ๆ ไปนั่งซึมอยู่คนเดียวอยู่ท้ายสวน สีหน้าตึงเครียด และบ่นนอนไม่หลับ ซึ่งปกติแล้วสามีเป็นคนมีเหตุผล เป็นคนขยัน ทำงานเก่ง ช่วยงานในสังคมชุมชนเป็นอย่างดี เริ่มไม่ค่อยออกงานสังคมในชุมชน บอกไม่ชอบคนเยอะ ใจไม่ค่อยดี

อาการหงุดหงิดของสามีทำให้มีปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์ของตนเองและสามีแย่ลงมาก จนต้องแยกกันนอนคนละที่ ไม่ยุ่งเกี่ยวกัน ทำงานกันตามหน้าที่ ในบ้านไม่มีเสียงหัวเราะหยอกล้อกันเหมือนเคย แถมยังต้องอยู่กันสองคนผัวเมีย ลูกสาว 2 คน ทำงานอยู่ต่างจังหวัด นาน ๆ มากลับมาบ้านที ทำให้คุณป้ารู้สึกน้อยใจ โกรธ บางครั้งก็แอบร้องไห้คนเดียว คิดว่าสามีไม่รักตนเองเหมือนเดิม ไม่สนใจเรา บางครั้งอดทนไม่ได้ก็เถียงไปบ้างทำให้สามีลุกหนีออกจากบ้านไป ยิ่งทำให้ตนเองทุกข์ใจขึ้นไปอีก คุณป้าจึงพยายามอดทน อดกลั้นพยายามทำใจ ปล่อยให้สามีอารมณ์ดีๆ ก่อน ไม่ต่อล้อต่อเถียง อะไรที่ไม่ควรถามก็อย่าเพิ่งถาม หากสังเกตว่าเขาอารมณ์ดีแล้ว สีหน้าไม่บึ้งตึง แล้วค่อย ๆ ถามดี ๆ ว่าเป็นอะไรเหรอ โกรธหรือไม่พอใจเรื่องอะไรก็บอกสามีเขาก็บอกว่า คิดมาก บอกไม่ถูกว่าคิดอะไร คิดไปเรื่อยเปื่อยกลัวเงินไม่พอใช้ กลัวจะไม่มีกิน

หลังจากนั้นจึงคิดว่าต้องไปหาหมอแล้ว จึงบอกสามีไปหาหมอเถอะ แรกๆไม่ยอมไป บอกว่า “ตายก็ช่างมันเถอะ” คุณป้าพยายามบอกอยู่หลายครั้ง และต้องพูดกับเขาดี ๆ ว่าตนเองเห็นเขาเป็นอย่างนี้แล้วตนเองไม่สบายใจ มันทรมานตนเอง จึงยอมไป หลังไปโรงพยาบาลได้รับการรักษาโรคเครียดหรือโรคซึมเศร้าอาการของสามีเริ่มดีขึ้น นอนหลับได้ดี ได้มีโอกาสได้นอนใกล้ ๆ กัน คุยกันมากขึ้น และคุณลุงก็เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้น ส่วนตัวคุณป้าเองก็เป็นโรคปวดเข่า ไปไหนคนเดียวไม่ได้เพราะขี่รถไม่เป็น คุณลุงไปทำงานทำสวนคนเดียว ส่วนค่าใช้จ่ายลูก ๆ จะส่งมาให้ทุกเดือน ลูกคนที่สองทำงานอยู่ในเมืองก็มาเยี่ยมบ่อย ๆ พร้อมกับซื้อข้าวของเครื่องใช้มาให้เป็นประจำ

คุณป้าได้เล่าถึงกลวิธีในการดูแลสามีขี้หงุดหงิดนี้ว่า ถ้าเขาหงุดหงิด ไม่พูดก็ปล่อยเขาไปก่อน และคุณลุงมักจะสูบบุหรี่จัด และทำให้บ้านสกปรก ก็ต้องอดทน ไม่บ่น พยายามสงบปากสงบคำเอาไว้ และพยายามเอาใจเขาหน่อย เขาชอบอะไรก็พยายามหามาทำให้ทาน หรือโทรบอกลูกสาวให้ซื้อมาให้ และเรื่องที่สามีเคยบ่นคิดมากเรื่องเงินทองกลัวจะไม่มีใช้จ่าย ก็ได้พูดให้กำลังใจว่า “ช่างมันเถอะ เรามีบ้านอยู่ มีข้าวกิน ก็ไม่เดือดร้อนอะไรมาก ลูก ๆ ก็ส่งเสียเลี้ยงดูเราอยู่ แค่นี้ก็พอแล้ว จะเอาอะไรนักหนา” หากมีความรู้สึกน้อยใจ

โกรธ ก็พยายามทำใจ คิดเสียว่าเขาไม่สบายใจ และพยายามคิดเสียว่าเราเกิดมาเป็นคู่กันแล้ว ก็ต้องดูแลกันไปจนถึงที่สุด แล้วก็จะทำใจได้ ปรับใจได้ กลับมารักกันอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่นมีความสุขตามอัตภาพอีกครั้งหนึ่ง

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

<u>อาการ</u>

สามีป่วยเป็นโรคไทรรอยด์ มีอาการใจสั่น ผอม น้ำหนักลด แรก ๆ จะหงุดหงิดง่าย ชอบเถียง ถามดี ๆบางครั้งตวาดเข้าใส่ หรือบางครั้งถามไม่ตอบ ลุกเดินหนีไปเฉย ๆ ไปนั่งซึมอยู่คนเดียวอยู่ท้ายสวน สีหน้าตึงเครียด และบ่นนอนไม่หลับ ไม่อยากเข้าสังคม ด้วยอาการหงุดหงิดง่ายทำให้มีปัญาความสัมพันธ์กับภรรยา ทำให้ภรรยาน้อยใจ รู้สึกว่าสามีไม่รัก แต่มาช่วงหลังพอทำใจก็พยายามให้สามีไปหาหมอ ทานยาโรคเครียดโรคซึมเศร้า ทำให้สามีนอนหลับมากขึ้น คุยกับภรรยามากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพกลับมาดีอีกครั้ง

<u>วิธีการดูแล</u>

หลังจากที่คุณป้าทำใจได้กับสิ่งที่คุณลุงเป็น คุณป้าจึงดูแลเอาใจใส่คุณลุง ด้วยการพาคุณลุงไปโรงพยาบาลรักษาอาการโรคเครียดและโรคซึมเศร้า ถ้าคุณลุงหงุดหงิดก็จะยังไม่พูดด้วย อดทน ไม่บ่น พยายามสงบปากสงบคำเอาไว้ พยายามเอาใจคุณลุง เช่น ถ้าคุณลุงชอบอะไรก็พยายามหามาให้ หรือโทรบอกลูกสาวให้ซื้อมาให้ คุณป้าก็ยังให้กำลังใจคุณลุงอยู่เสมอ ๆ ดูแลกันและกันไปจนถึงที่สุด สิ่งใดที่ทำใจได้ ปรับได้ก็ปรับ

<u>หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล</u>

ระยะแรกที่คุณลุงมีอาการของโรคเครียดและโรคซึมเศร้า เป็นช่วงที่ทำให้สัมพันธภาพระหว่างคุณลุงกับคุณป้าซึ่งเป็นคนเดียวที่ใกล้ชิดที่จะพอดูแลได้แย่ลง ต่างคนต่างแยกกันอยู่ คุณลุงขี้หงุดหงิด ส่วนคุณป้าก็ได้แต่เก็บความน้อยใจ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะสัมพันธภาพแบบคู่รัก หากฝ่ายชายแสดงอาการไม่สนใจไม่ใส่ใจหรือไม่แคร์ก็จะทำให้ฝ่ายหญิงรู้สึกน้อยใจได้ เพราะเคยได้รับความรักมาก่อน ซึ่งจากกรณีของคุณลุงและคุณป้านี้การที่คุณลุงไม่แสดงความสนใจ ใส่ใจ หรือไม่แคร์เหมือนเคยเป็นเพราะอาการของโรคเครียดและโรคซึมเศร้า เมื่อคุณป้าทำใจ ไม่รู้สึกน้อยใจคุณลุงได้ ทำให้หวนกลับมาคิดดูแลรักษาคุณลุงแทน จึงเป็นที่มาของการพาคุณลุงไปรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อคุณลุงได้รับยาแก้โรค ก็ทำให้อาการดีขึ้น หลับมากขึ้น ร่างกายผ่อนคลาย ความคิดความรู้สึกค่อย ๆ กับมาดีกับภรรยาคือคุณป้าเหมือนเดิม ยิ่งทำให้คุณป้าเข้าใจและรู้สึกถึงความรักความห่วงใยที่ต้องให้คุณลุงมากขึ้น ประสบการณ์ของแรกเริ่มที่เป็นโรคซึมเศร้านี้ทำให้คุณป้ากลับมาให้ความหมายของชีวิตคู่จะดูแลใส่ใจกันมากขึ้น ตรงนี้แสดงให้เห็นว่าในแง่สัมพันธภาพคู่รัก หากใครคนใดคนหนึ่งเป็นฝ่ายได้สติรู้ตัวก่อน ก็จะทำให้กลับมาปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพให้กลับมาเหมือนเดิมได้ กรณีของคุณลุงคุณป้าก็เช่นเดียวกัน การที่คุณลุงและคุณป้ารู้สาเหตุของอาการขี้หงุดหงิดแล้วกลับมารักษาคุณลุง เพราะคุณป้าตัดทิ้งความน้อยใจแต่ให้ความรักกลับมาครองพื้นที่หัวใจดูแลคุณลุงเหมือนเดิม ทำให้สัมพันธภาพกลับมาเหมือนเดิมในที่สุด ขณะเดียวกันก็เป็นโอกาสที่จะดูแลคุณลุงให้หายจากโรคเครียดโรคซึมเศร้าได้มากขึ้นเช่นกัน

<u>ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี</u>

กรณีของคุณลุงและคุณป้านี้ยังถือเป็นโชคดีที่คุณป้าตัดความน้อยใจ กลับมารักษาอาการของคุณลุงได้ทัน ดังนั้นกรณีอื่น ๆ ควรมีหน่วยงานที่เข้าไปช่วยเหลือด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเครียด โรคซึมเศร้าหรือให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาให้ทันท่วงที โดยการหมั่นตรวจเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพื่อเฝ้าระวังอาการเหล่านี้ให้มากขึ้น และจากการที่คุณป้าต้องเป็นคนคอยดูแลคุณลุงเพียงลำพัง ควรมีหน่วยงานไปสนับสนุนในเรื่องความรู้

ในการดูแล การติดต่อประสานให้คุณป้าดูแลคุณลุงได้อย่างสะดวกมากขึ้น หรือด้านการสนับสนุนอื่น ๆ ให้มากขึ้น

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

<u>อาการ</u>

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการของโรคทางกายคือ โรคจากต่อมไธรอยด์ผิดปกติ และได้รับการรักษา อาการดังกล่าวจะทำให้มีอาการหัวใจเต้นแรง ใจสั่น นอนไม่หลับ และน้ำหนักลด ที่สำคัญอารมณ์แปรปรวนบ่อย แต่เมื่อแพทย์บอกว่าหายแล้วให้หยุดยา ผู้ป่วยยังมีอาการมากกว่าเดิม มีหงุดหงิดมากขึ้น ชอบตวาด ไม่เข้าสังคม ซึ่งไม่แน่ใจว่าอาการเหล่านี้เป็นผลมาจากโรคเดิม หรือเป็นโรคทางจิตเวชเพิ่มเติม คือ โรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้า

<u>การดูแล</u>

ผู้สูงอายุอยู่กับภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแลสามี บางครั้งภรรยาเกิดความทุกข์ใจ น้อยใจ ที่สามีมีกิริยาท่าทางที่ไม่ดีกับตนเอง แต่ด้วยความรักและเป็นห่วงจึงพยายามปรับท่าทีในการมีปฏิสัมพันธ์ คือ พูดจาดีๆ ไม่พูดจากันเวลาหงุดหงิด ไม่ต่อล้อต่อเถียง อดทนอดกลั้น และพาไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและรับการรักษา

<u>ความคิดเห็น</u>

ธรรมชาติของโรคจากต่อมไธรอยด์ผิดปกติ คือ มีอาการหัวใจเต้นแรง ใจสั่น นอนไม่หลับ และน้ำหนักลด ที่สำคัญอารมณ์แปรปรวนบ่อย แต่เมื่อแพทย์บอกว่าหายแล้วให้หยุดยา ผู้ป่วยยังมีอาการแบบเดิมอยู่ อาจจทำให้มีความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคทางจิต จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการคงอยู่นาน ทำให้มีการสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แต่เมื่อผู้ดูแลมีความเข้าใจ สนใจอาการที่เปลี่ยนแปลงไป พาไปพบแพทย์ทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาเอง ประกอบกับผู้ดูแลมีวิธีการที่ดีในการดูแล ใช้ความใจเย็น อดทน ค่อยพูดค่อยจา มีเวลาในการพูดคุยกันมากขึ้น พูดให้กำลังใจ ผู้สูงอายุเริ่มเข้าไปร่วมกิจกรรมในชุมชน ทำให้ได้ใช้เวลาว่างอย่างมีคุณค่า จะช่วยให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้น ลดภาวะวิตกกังวลลง

เรื่องที่ 22

เรื่อง พิชิตโรคซึมเศร้า ด้วยรักและเข้าใจ จากสายใยครอบครัว
เจ้าของเรื่องเล่า โดยลูกสาวคุณลุงเศรษฐ
เขียนเรื่องเล่า โดย นางอนงค์ พูใบ

เหมือนสายฟ้าฟาดลงกลางอก เมื่อกลับเข้าบ้านแล้วไม่เห็นพ่ออยู่ในบ้าน และมีคนบอกว่าคุณพ่อบังเกิดเกล้าของตนเองเดินไปที่สวน พร้อมถือเชือกอยู่ในมือ เรื่องราวต่อไปนี้เป็นเรื่องราวของลูกสาวผู้ดูแลคุณพ่อวัย 62 ปี ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าท่านหนึ่ง

ลูกสาวเล่าว่าตนเองเป็นลูกสาวคนโต ในจำนวนพี่น้องสามคน แต่งงานมีครอบครัวมีลูก 2 คนและอาศัยอยู่กับบิดามารดา ส่วนน้อง ๆ ทำงานอยู่ต่างจังหวัด อาชีพเกษตรกรรม ปกติคุณพ่อเป็นคนดื่มเหล้าค่อนข้างบ่อย สูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เริ่มต้นจากโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาในปี 2549 คุณพ่อได้งดเหล้าเข้าพรรษา และงดบุหรี่ กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลังทั้งหมด จนครบพรรษาและต่อยาวไปอีก พอเริ่มเข้าเดือนที่สี่ คุณพ่อมีอาการหลงลืมมาก ลืมแม้กระทั่งซอยเข้าบ้าน เดินออกไปนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูกต้องมีเพื่อนบ้านพามาส่งที่บ้าน จำคนในบ้านได้ จำคนอื่นไม่ได้ ไม่ทักทายใคร เดินไปไหนใครถามไม่ตอบ ไม่ยอมทานข้าวกับคนอื่นนอกจากลูกสาว จนคนอื่นคิดว่าเป็นบ้า รักษาทางไสยศาสตร์ต่าง ๆ นา ๆ ไม่ดีขึ้น มีอาการนานเกือบปี ไม่ยอมไปรักษา ชวนแล้วไม่ยอมไป แต่ไมบอกเหตุผล บอกว่าไม่อยากไปแค่นั้น เคยหลอกล่อไปโรงพยาบาลพอถึงหน้าโรงพยาบาลไม่ยอมให้เลี้ยวรถเข้าไป จะโดดลงจากรถ ตนเองจึงต้องยอมพากลับ ลูกสาวดูแลไม่ยอมให้ไปไหน ต้องนอนเฝ้าอยู่ตลอด บางคืนแทบไม่ไดหลับเลยเพราะเป็นห่วงพ่อกลัวจะลุกเดินไปที่อื่น

จนกระทั่งอยู่มาวันหนึ่ง พ่อหายออกจากบ้าน จึงออกตามหา เพื่อนบ้านบอกเห็นพ่อเดินไปที่สวน มือถือเชือกไปด้วย ตนเองตกใจมากจึงรีบวิ่งไปตามในสภาพที่ไม่ได้ใส่รองเท้า ไปพบพ่อนั่งร้องไห้ บอกอยากตาย จึงเข้าไปกอดร้องไห้ด้วยกันแล้วพาพ่อกลับบ้าน และเพิ่มการเฝ้าระวังมากขึ้นกว่าเดิมโดยมีคนในบ้าน ทั้ง แม่ สามี และลูก ช่วยกันเฝ้าไม่ให้คลาดสายตา และคิดว่าต้องพาพ่อไปหาหมอให้ได้ ได้ใช้วิธีหลอกล่อ หว่านล้อมสารพัด พูดจาดี ๆ บอกว่าลูกจะไม่ยอมให้ใครทำอะไรพ่อ จะอยู่ด้วยตลอดเวลา จึงยอมไปโรงพยาบาล นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และส่งต่อโรงพยาบาลประจำจังหวัดรวมทั้งหมดประมาณ 1 เดือนกว่า แพทย์บอกว่าเป็นโรคซึมเศร้า จากการหยุดเหล้าทันทีทันใด ทำให้สมองกลับ จนทำให้ลูกสาวมีความคิดฝังใจเรื่องการหยุดเหล้ากะทันหัน กลัวจะมีอาการเหมือนคุณพ่อ

หลังจากทราบว่าพ่อเป็นโรคซึมเศร้า ก็ได้พยายามหาข้อมูลจากการอ่านหนังสือ แผ่นพับ สอบถามแพทย์ พยาบาล แม้แต่ทางอินเตอร์เน็ตโดยให้ลูกสาวหาให้ แล้วนำมาศึกษาและปฏิบัติตาม เรื่องการดูแลทั้งหมด ทั้งเรื่องการทานยา จนคุณพ่อมีอาการดีขึ้น สิ่งสำคัญต้องพยายามเข้าใจพ่อ ว่าสิ่งไหนที่ท่านชอบและไม่ชอบต้องคอยระมัดระวัง โดยเฉพาะเรื่องความเครียด ลูกสาวเล่าว่าปกติคุณพ่อเป็นคนขยัน เงียบ ๆ ไม่ค่อยพูด เจ้าระเบียบ เข้มงวดกับลูกมาก เป็นคนตรง จนถูกเพื่อนบ้านล้อว่า “ท่านเปา” และตนเองจะรู้ว่าพ่อจะคิดมาก กังวลโดยเฉพาะเรื่องเงิน ทุกวันนี้จะคอยถามว่ามีเงินส่งให้หลานที่เรียนอยู่ต่างจังหวัดไหม ได้เงินเบี้ยยัง

ชีพของผู้สูงอายุก็จะเอามาให้ลูกสาวเก็บไว้ ลูกสาวไม่รับก็ไม่ยอม แต่หากท่านมีความจำเป็นต้องใช้ก็จะขอจากลูกสาวเป็นครั้งคราว ลูกสาวเล่าว่ามีอยู่ครั้งหนึ่งน้องชายของตนเองจะทำธุรกิจต้องการเงินมาลงทุน จึงให้ตนเองขอยืมโฉนดที่ดินบ้านที่เป็นชื่อของพ่อเพื่อจำนองกับธนาคาร คุณพ่อได้ยินเช่นนั้น ท่านทรุดนั่งลงแล้วเอามือกุมขมับ บอกปวดหัว พ่อเครียด ตนเองเห็นเช่นนั้นจึงรีบบอกพ่อว่าไม่เป็นไร น้องถามดูแค่นั้น ไม่ได้ไม่เป็นไร จะลองหาที่อื่นดูก่อน คุณพ่อบอกว่าพ่อเป็นคนยุติธรรม น้องสองคนได้ไปเยอะแล้ว ส่งเสียเรียนหนังสือหมดทรัพย์สมบัติไปเยอะ สมบัติชิ้นนี้จะยกให้ลูกสาวคนนี้ ตนเองจึงเข้าใจ และจะไม่สร้างความกดดันหรือความเครียดแก่ท่าน จะพยายามไม่ทำอะไรให้ท่านเครียดโดยเฉพาะปัญหาเรื่องหนี้สิน มีอะไรก็พูดกันตรง ๆ ถึงแม้นว่าตนเองจะเป็นคนพูดไม่เพราะ แต่ก็จริงใจ

ทุกวันนี้ลูกสาวจะดูแลพ่อทุกอย่าง เสื้อผ้าการแต่งกายจะให้ดูดี สมฐานะ เพราะเมื่อก่อนพ่อถูกมองว่าเพี้ยนหรือบ้า ปัจจุบันได้รับการยอมรับของชุมชนได้เป็นประธานผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และสิ่งสำคัญที่สุดที่คิดว่าทำให้พ่อดีขึ้น นั่นคือการดูแลเอาใจใส่ของคนในครอบครัว ที่จะต้องเข้าใจ ยอมรับ นอกจากการทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอแล้ว ฉะนั้นทุกคนในครอบครัวมีส่วนช่วยให้คุณพ่อดีขึ้น โดยเฉพาะหลานสาวที่เรียนต่างจังหวัดจะโทรศัพท์มาพูดคุยกับคุณตาเสมอ ด้วยเสียงออดอ้อนว่า “คุณตาต้องไม่เป็นอะไรนะ เชื่อฟังทำตามแนะนำของคุณหมอ และของคุณแม่นะ ต้องอยู่ดูความสำเร็จของหนู ไปยินดีในวันรับปริญญาของหนูนะ” จะสังเกตเห็นว่าคุณตาจะดีใจ ยิ้มที่ได้คุยกับหลานสาว พร้อมกับมักจะสั่งสอนให้หลานตั้งใจเรียน และประหยัดเพราะแม่ทำงานเหนื่อยส่งเสียลูกเรียน

การปฏิบัติหรือการดูแลคุณพ่อหรือคนที่เป็นโรคซึมเศร้านี้ สิ่งที่สำคัญคือความละเอียดอ่อน รู้จักการสังเกต รู้ว่าอันไหนท่านชอบ ไม่ชอบยังไง ไม่ชอบเสียงดัง ไม่ขัดคอ เปิดเผยความรู้สึก หมั่นซักถาม แคร์ความรู้สึกกัน มีบางครั้งท่านก็จะขอเสื้อผ้าใหม่ อาจจะเป็นของค่อนข้างแพง มียี่ห้อบ้าง ท่านก็จะถามเราว่าพ่อขอมากไปไหม ตัวเองก็บอกว่าไม่มากหรอก เราเป็นผู้นำก็ต้องให้ดูดี มีเกียรติหน่อย ส่งเสริมสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ชมให้กำลังใจท่านจะได้มีความมั่นใจในตนเอง หากมีปัญหาในเรื่องการทำงานในกลุ่มผู้สูงอายุท่านก็จะมาปรึกษาว่าจะอย่างไรดี พ่อทำอย่างนี้ พูดแบบนี้ถูกไหม

สำหรับตนเองในการดูแลพ่อในครั้งนี้ยอมรับว่าเครียดมาก ต้องเอาใจใส่ อดทนอย่างมาก เสียสละความสุขส่วนตัว บางครั้งรู้สึกเครียดมากก็จะคุยหรือปรึกษากับสามี หาหนังสือธรรมะมาอ่าน สวดมนต์ไหว้พระ แต่ก็นับได้ว่าตนเองโชคดีที่สุดที่ได้แต่งงานกับสามีคนนี้ เพราะเขาเข้าใจ ช่วยเหลือตนเองในการดูแลพ่อมาโดยตลอด สิ่งนี้แหล่ะที่ทำให้ตนเองมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาอันยากลำบากต่อไป ยิ่งได้ยินคำพูดของพ่อที่มักจะกล่าวชมตนเองลับหลังกับคนอื่นว่าลูกสาวคนนี้ดูแลเขาดีมาก ทำให้ตนเองรู้สึกดีใจ ภูมิใจที่สุด และจะทำดีอย่างนี้ต่อไปกับบุพการี ครอบครัว และญาติพี่น้องต่อไป

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

คุณพ่อมีอาการหลงลืมมาก ลืมแม้กระทั่งซอยเข้าบ้าน เดินออกไปนอกบ้านแล้วกลับบ้านไม่ถูกต้องมีเพื่อนบ้านพามาส่งที่บ้าน จำคนในบ้านได้ จำคนอื่นไม่ได้ ไม่ทักทายใคร เดินไปไหนใครถามไม่ตอบ ไม่ยอมทานข้าวกับคนอื่นนอกจากลูกสาว

วิธีการดูแล

ลูกสาวจะดูแลไม่ยอมให้คุณพ่อไปไหน ต้องนอนเฝ้าอยู่ตลอด บางคืนแทบไม่ได้หลับเลยเพราะเป็นห่วงคุณพ่อกลัวว่าจะลุกเดินไปที่อื่น พาคุณพ่อไปโรงพยาบาล และหลังจากที่ทราบว่าคุณพ่อเป็นโรคซึมเศร้า ก็พยายามหาข้อมูลจากการอ่านหนังสือ แผ่นพับ สอบถามแพทย์ พยาบาล หาข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต แล้วนำมาศึกษาและปฏิบัติตาม ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดคือพยายามเข้าใจคุณพ่อว่าสิ่งใดที่ท่านชอบและไม่ชอบต้องคอยระมัดระวัง โดยเฉพาะเรื่องความเครียด และยังดูแลเรื่องกายแต่งกายของคุณพ่อทุกอย่าง ให้คุณพ่อเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ให้กำลังใจคุณพ่อเสมอ ๆ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

ด้วยความพยายามของลูกสาวที่ดึงคุณพ่อเข้าสู่การรักษาโรคซึมเศร้าจนได้ ทำให้การรักษาเริ่มต้นขึ้น การดูแลใส่ใจในทุกเรื่อง และการให้คุณพ่อมีกิจกรรมในสังคม และเติมความหวังในชีวิตกับการที่จะได้ไปงานรับปริญญาของหลานสาว ทำให้คุณพ่อมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากคุณพ่ออยู่ในกรณีคนที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เชื่อมโยงกับความหมายของชีวิต ตามทฤษฎีจิตวิทยา Existential ในช่วงแรกที่มีอาการของโรค คุณพ่อถึงกับคิดฆ่าตัวตาย และไม่คิดจะรักษาใด ๆ เพราะภาวะซึมเศร้านำไปสู่การสิ้นความหวังในชีวิต แต่ด้วยสภาพครอบครัวที่ยังมีลูก ๆ โดยเฉพาะลูกสาวคอยประคับประคองพยายามอย่างเต็มที่ที่รักษาพ่อให้ได้ ทำให้คุณพ่อกลับมามีชีวิตอย่างมีความหวังอีกครั้งหนึ่ง ประกอบกับการทำหน้าประธานชมรมผู้สูงอายุก็ยิ่งทำให้คุณพ่อเห็นคุณค่าของตนเอง มองเห็นความหมายของการมีชีวิตอยู่มากขึ้น ขณะเดียวกันก็รักษาโรคซึมเศร้าไปพร้อมกันด้วย

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ควรหันเหประเด็นความหมายในชีวิตของคุณพ่อไปในทางที่มั่นคงมากยิ่งขึ้น เพราะการที่คุณพ่อยอมรับการรักษาโรคซึมเศร้า และลูกสาวเฝ้าระวังอย่างเต็มที่ที่จะไม่ให้คุณพ่อกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าถือเป็นเรื่องที่ช่วยคุณพ่อได้อย่างมาก แต่การที่ชีวิตของคุณพ่อกลับมามีความหวัง มีความหมายในชีวิตส่วนหนึ่งเพราะอาการดีขึ้น ทำให้ใจมีหวังกับชีวิตมากขึ้น มีชีวิตชีวามากขึ้น ดังนั้นควรอาศัยช่วงนี้ให้คุณพ่อได้เรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นแล้วให้หันความหมายในชีวิตไปในทางที่จะอยู่เพื่อตนเอง เพื่อสิ่งที่ดีงามที่จะให้เกิดขึ้นกับตนเองก่อนหมดลมหายใจ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม โดยมีอาการหลงลืม จำทางกลับบ้านไม่ได้ จำคนรู้จักไม่ได้ เดินออกนอกบ้าน ไม่ทักทายใคร เนื่องจากโรคซึมเศร้า และมีอาการ ร้องไห้ พูดว่าอยากตาย พยายามฆ่าตัวตาย

การดูแล

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรสาว ที่มีความเอาใส่ดูแลเป็นอย่างมาก เฝ้าผู้สูงอายุตลอดเวลา พยายามไม่ให้คลาดสายตา และพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา หลังจากทราบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ก็พยายามศึกษาหาความรู้ในการดูแล แล้วนำมาปฏิบัติตาม ทั้งในเรื่องการดูแลให้กินยาอย่างต่อเนื่อง พยายามเข้าใจ ไม่เอาเรื่องเครียดไปเล่าให้ผู้ศูงอายุฟัง ดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมในชุมชน

ความคิดเห็น

ปัญหาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย ผู้สูงอายุรายนี้การเกิดอาการซึมเศร้าโดยแพทย์วินิจฉัยว่ามาจากการขาดสุรากระทันหัน ในผู้สูงอายุรายนี้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม และการพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นเมื่อพบอาการซึมเศร้า ญาติและผู้ดูแลควรสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง พร้อมให้ความสนใจเมื่อผู้สูงอายุพูดถึงความตายบ่อย ๆ อย่าปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ควรพาไปพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับการรักษาอย่างเร่งด่วน ยาต้านเศร้าเป็นสิ่งสำคัญควรรับประทานอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาจนกว่าจะได้รับการประเมินจากแพทย์ ระดับผลของการรักษาจากยาจะได้ผลดีเมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ ระหว่างนี้ผู้สูงอายุอาจจะยังมีอาการเศร้าและคิดฆ่าตัวตายอยู่ต้องเฝ้าระวังอย่างมาก หรืออาจต้องพาไปพบแพทย์อีกครั้งเมื่อมีอาการมากเพื่อพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า(Electroconvulsive therapy) หลังจากได้รับการรักษาแล้วการดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบใจ เป็นกำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง ด้วยการสนุบสนุนให้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น มีส่วนร่วมในงานชุมชน จะช่วยให้อาการดีขึ้นและไม่มีภาวะรุนแรงจากโรค

เรื่องที่ 23

เรื่อง โรคลมชัก มักมากับโรคซึมเศร้า
เจ้าของเรื่องเล่า โดยลูกสาวแม่ทิน
เขียนเรื่องเล่า โดย นางอนงค์ พูใบ

คุณแม่มีโรคประจำตัวคือโรคลมชัก หรือลมบ้าหมู เป็นมาตั้งแต่สาว ๆ แต่ไม่ทราบว่าเมื่อไหร่ ตั้งแต่จำความได้ก็เห็นคุณแม่ทานยามาโดยตลอด ท่านจะมีอาการแขนขากระตุกเล็กน้อย แต่ทำงานได้ตามปกติ ซึ่งท่านเองเป็นคนขยัน ทำงานรับจ้างบ้าง ทำนาทำสวนมาโดยตลอด ในระยะหลัง ๆ มานี้ท่านมีอาการกระตุกเป็นมากขึ้น บางทีก็ทำให้หกล้มลง จึงไม่ให้ท่านทำงาน ไม่ให้ไปรับจ้าง เพราะเป็นห่วงกลัวจะเกิดอุบัติเหตุ เกิดอันตราย

ในช่วง 3 – 4 ปี คุณแม่มีอาการร้องไห้ขึ้นมาเฉย ๆ บางครั้งก็มีอาการคล้ายผีเข้า ผีปอบมาสิงร่างตนเอง ร้องไห้โวยวาย ดิ้นทุรนทุราย รุนแรงมาก ญาติต้องช่วยกันจับตัวไว้ นำตัวส่งโรงพยาบาลอาการสงบก็บอกไม่เป็นไร ผีออกจากร่างไปแล้ว ก็จะอ่อนเพลีย อ่อนแรงแล้วหลับไป กลับมาบ้านมีอาการขึ้นมาอีก ตระเวนพาไปรักษาที่คลินิก โรงพยาบาลประจำจังหวัด หมอบอกเป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับลมชัก รักษาอยู่ 1 ปี อาการปกติจึงหยุดยาโรคซึมเศร้า หลังหยุดยาได้ 6 เดือนเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ไม่บ่นอะไร เอาแต่นอนเฉยๆ อย่างเดียว ไม่ทำอะไร ไม่ทำกับข้าว นั่งซึม เหม่อลอย ไม่หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย แต่ไม่บอกว่าเป็นอะไร บางครั้งสวดมนต์ก็จะร้องไห้ขึ้นมาเอง จึงได้รับการรักษาด้วยยาโรคซึมเศร้าอีกครั้งจนถึงปัจจุบัน ทุกวันนี้ท่านก็ยังมีอาการนั่งเหม่อ ๆ ถามก็จะตอบแต่ไม่ค่อยพูดมาก ไม่หงุดหงิด ไม่บ่น ชอบนอนไม่ค่อยได้ทำอะไร และตนเองไม่อยากให้ทำด้วยเพราะบางครั้งมีอาการกระตุกอยู่เล็กน้อย หกล้มง่าย ไม่ร้องไห้ หากเพื่อนบ้านใกล้ ๆ มีงานหรือกิจกรรมของชุมชนก็เข้าไปร่วมได้บ้างแต่ไม่บ่อย

คุณพ่อและคุณแม่มีลูก 2 คน มีพี่ชายที่แยกครอบครัวอยู่ต่างหาก แต่ช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายบ้าง ขับรถไปส่งไปโรงพยาบาลบ้าง ภาระที่ต้องดูแลประจำวันจึงตกอยู่กับตนเองคนเดียว แถมยังมีภาระเลี้ยงดูป้าและลุงที่ชราภาพอีก 2 คน การดูแลผู้สูงอายุในบ้านเป็นภาระที่หนักมาก การดูแลเอาใจใส่เป็นเรื่องสำคัญทั้งเรื่องการทานยาอย่างต่อเนื่อง ต้องจัดยาให้ทุกมื้อ พาไปหาหมอ เรื่องอาหารก็เป็นเรื่องใหญ่เพราะแต่ละคนชอบไม่เหมือนกัน ต้องทำให้ทานคนละอย่าง เสื้อผ้าของใช้ต่าง ๆ ก็ต้องซื้อให้เหมือน ๆ กัน บอกว่าดูแลเหมือนกับเด็ก ๆ เลย เวลานอนก็ให้นอนเรียงกันคนละมุม แต่ห้องเดียวกันจะได้ดูแลกันอย่างทั่วถึง โชคดีที่ตนเองมีอาชีพทำกับข้าวเลี้ยงเด็กที่ศูนย์เด็กเล็กในชุมชนใกล้บ้าน เป็นงานประจำมีรายได้ ทำงานงานเป็นเวลาไม่ตลอดทั้งวัน จึงพอมีเวลาว่างกลับมาดูแลแม่และสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยหลักในการดูแลแม่ที่ป่วยด้วยโรคนี้ที่สำคัญคือเรื่องยา และการดูแลเอาใจด้านจิตใจก็สำคัญ คือตนเองจะไม่บ่น ไม่ด่าแม่ที่ไม่ค่อยทำอะไร ไม่ค่อยช่วยเหลือตนเอง เพราะเข้าใจในโรคที่ท่านเป็น เข้าใจผู้สูงอายุ ไม่บังคับ ท่านอยากนอนก็ให้ท่านนอนหลับไป ไม่รบกวน พยายามไม่ปล่อยให้ท่านอยู่คนเดียว มีเพื่อนบ้านมาเที่ยวหาคุยกันบ้าง ให้เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านบ้าง ส่วนกิจกรรมในหมู่บ้านไม่ค่อยได้ไปเพราะมี

ปัญหาด้านสุขภาพ หมั่นสอบถามอาการว่าเป็นอย่างไรบ้าง มีใจสั่นไหม ต้องใช้วิธีสังเกตอาการผิดปกติ เพราะแม่ไม่ค่อยพูด หากถามก็บอกไม่เป็นอะไร ยอมรับว่าตนเองต้องใช้ความอดทนอย่างสูงเลยทีเดียว แรก ๆ ตนเองก็รู้สึกเครียด หงุดหงิด ใจสั่น อ่อนเพลีย รู้สึกหนักใจที่จะต้องดูแลท่านทั้งหลาย ต้องหาเงินเลี้ยงดูครอบครัวและยังต้องรับภาระหนักเช่นนี้ รู้สึกสงสารแม่ไม่รู้ว่าแม่เป็นอะไรต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ บางครั้งก็ร้องไห้ตามแม่ อยากให้แม่หาย กลัวแม่ตาย จึงได้คุยกับคนอื่นๆเพื่อนฝูงก็ให้กำลังใจ บ้างก็บอกว่า “ทำไงได้ล่ะมันเป็นวิบากกรรมของเราเอง” บ้างก็ให้กำลังใจว่าเป็นการทำบุญ ทำให้ตนเองมีกำลังใจสู้ต่อไป “ตนเองต้องดูแลตนเองด้วย” เป็นสิ่งสำคัญ ไม่ต้องคิดมาก สิ่งที่ตนเองใช้ในการดูแลจิตใจตนเองคือ หาเวลาว่างไปงานรื่นเริงบ้าง พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงบ้าง แต่ต้องกลับให้ตรงเวลาเพราะรู้หน้าที่ของตนเองว่าเวลาไหนต้องทำอะไร และจะพยายามดูแลกันในครอบครัว ยอมรับว่าตนเองดูแลพ่อแม่พี่น้องมากจนบางครั้งอาจละเลยในด้านครอบครัวในส่วนของสามีภรรยาและลูก อาจทำให้มีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกันได้ ฉะนั้นคงต้องปรับตัวเข้าหากันให้มาก เพื่อให้ครอบครัวอบอุ่น มีความสุขต่อไป

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

คุณแม่มีโรคประจำตัวคือโรคลมชัก หรือลมบ้าหมู จะมีอาการแขนขากระตุกเล็กน้อย ทำงานได้ตามปกติ ในช่วง 3 – 4 ปี คุณแม่มีอาการร้องไห้ขึ้นมาเฉย ๆ บางครั้งก็มีอาการคล้ายผีเข้า ผีปอบมาสิงร่างตนเอง ร้องไห้โวยวาย ดิ้นทุรนทุราย รุนแรงมาก หลังหยุดยาได้ 6 เดือนเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ไม่บ่นอะไร เอาแต่นอนอย่างเดียว ไม่ทำอะไร ไม่ทำกับข้าว นั่งซึม เหม่อลอย ไม่หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย แต่ไม่บอกว่าเป็นอะไร บางครั้งสวดมนต์ก็จะร้องไห้ขึ้นมาเอง ทุกวันนี้ก็ยังมีอาการนั่งเหม่อ ๆ ถามก็จะตอบแต่ไม่ค่อยพูดมาก ไม่หงุดหงิด ไม่บ่น ชอบนอนไม่ค่อยได้ทำอะไร

วิธีการดูแล

ลูกสาวนอกจากจะดูแลแม่แล้ว ยังต้องดูแลเลี้ยงดูป้าและลุงที่ชราภาพอีก 2 คน ต้องเอาใจใส่ในทุก ๆ เรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการทานยาให้ต่อเนื่อง จัดยาให้ทุกมื้อ พาไปหาหมอ ดูแลเรื่องอาหาร รวมไปถึงเสื้อผ้าและของใช้ต่าง ๆ และดูแลในเรื่องของจิตใจที่เป็นสิ่งสำคัญ โดยที่ลูกสาวจะไม่บ่น ไม่ด่าแม่ที่ไม่ค่อยทำอะไร เพราะลูกสาวเข้าใจในโรคที่ท่านเป็น จะไม่ปล่อยให้แม่อยู่คนเดียว ให้เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน หมั่นสอบถามอาการ ใช้วิธีสังเกตอาการผิดปกติ เพราะแม่ไม่ค่อยพูด หากถามก็บอกไม่เป็นอะไร สิ่งที่ลูกสาวใช้ในการดูแลจิตใจตนเองคือ หาเวลาว่างไปงานรื่นเริงบ้าง พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงบ้าง แต่ต้องกลับให้ตรงเวลาเพราะรู้หน้าที่ของตนเอง

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การมองว่าเป็นบุญ การเอาใจใส่ การสังเกต ความเข้าใจในอาการที่คุณแม่เป็น และการลงมือดูแลคุณแม่ของลูกสาว ทำให้คุณแม่มีอาการดีขึ้นมาบ้าง แต่เนื่องด้วยโรคประจำตัวที่คุณแม่เป็นมาก่อนทำให้อาการของโรคซึมเศร้ายังไม่หายดี เพราะฉะนั้นกรณีนี้ชี้ให้เห็นว่า การมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความเข้าใจในอาการของผู้สูงอายุ และการหมั่นค่อยใส่ใจ ประคับประคองดูแล ก็ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุยังคงดำเนินอยู่ต่อไปได้ถึงแม้จะไม่หายขาด ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่จะต้องประกอบด้วยเจตคติที่ดีต่อการดูแล (ในกรณีนี้ลูกสาวมองว่าเป็นบุญเมื่อได้ดูแลคุณแม่) ความเข้าใจในอาการของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับอาการ และการมีเวลาลงมือดูแล จะช่วยประคับประคองผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

จากกรณีของลูกสาวที่ดูแลทั้งคุณแม่ และคุณลุงคุณป้าอยู่คนเดียว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย ดังนั้นควรมีหน่วยงานเข้าไปสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการดูแลจากแหล่งอื่น เช่นสนับสนุนให้คนในครอบครัวคนอื่นเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น และสนับสนุนให้ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ เทคนิควิธีการ และแหล่งเงินช่วยเหลืออื่น ๆ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ โรคลมชัก โดยมีอาการแขนขากระตุกบางครั้ง ทายาเป็นประจำ ในระยะหลังมีอาการกระตุกมากขึ้น และมีอาการร้องไห้ไม่มีสาเหตุ ดิ้นทุรนทุรายคล้ายผีเข้า แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักร่วมกับโรคซึมเศร้า รับประทานยา อาการดีขึ้นจึงหยุดยา หลังจากนั้นมีอาการมากขึ้น คือ ร้องไห้ เหม่อลอย ไม่พูด ไม่นอน ไม่ทำอะไร นั่งเฉย ๆ

การดูแล

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรสาว นอกจากนี้ในบ้านยังมีผู้สูงอายุอีก 2 คนที่ต้องดูแลแต่ไม่มีความเจ็บป่วย ผู้ดูแลเอาใส่ดูแลผู้สูงอายุทั้ง3ท่าน เป็นอย่างดี ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาหาร และให้กินยาตามคำสั่งแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติ ใช้ความอดทน แต่สิ่งที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญมากคือ การดูแลเรื่องจิตใจ โดยให้ความเห็นว่า ต้องเข้าใจโรคที่ผู้สูงอายุเป็น ไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว พาไปพูดคุยและทำกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน

ความคิดเห็น

ปัญหาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย โดยแพทย์วินิจฉัยว่าผู้สูงอายุรายนี้มีอาการซึมเศร้าร่วมกับโรคลมชัก ซึ่งจากโรคลมชักทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของเซลในสมอง อาจนำมาสู่โรคซึมเศร้าได้ เพราะภาวะเสื่อมของเซลประสาทอาจทำให้สารสื่อประสาทบางตัวมีความผิดปกติได้ นำไปสู่โรคซึมเศร้า ดังนั้นเมื่อพบอาการซึมเศร้า ญาติและผู้ดูแลควรสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง เช่น นั่งร้องไห้ไม่มีเหตุผล เหม่อลอย ไม่เคยทำกิจกรรมอย่างที่เคย ขาดการสนใจในสิ่งต่าง ๆ ไม่รับประทานอาหาร ไม่นอน หรือ นอนมากเกินไป อย่าปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ควรพาไปพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับการรักษาอย่างเร่งด่วน ยาต้านเศร้าเป็นสิ่งสำคัญควรรับประทานอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาจนกว่าจะได้รับการประเมินจากแพทย์ ระดับผลของการรักษาจากยาจะได้ผลดีเมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ ระหว่างนี้ผู้สูงอายุอาจจะยังมีอาการเศร้าและคิดฆ่าตัวตายอยู่ต้องเฝ้าระวังอย่างมาก หรืออาจต้องพาไปพบแพทย์อีกครั้งเมื่อมี อาการมากเพื่อพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) หลังจากได้รับการรักษาแล้วการดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบใจ เป็นกำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองจะช่วยให้อาการดีขึ้นและหายขาดได้ในระยะยาว

ในการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยนั้นได้ถูกปลูกฝังในเรื่องการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลคือลูกหลานและคนในครอบครัว ซึ่งตามค่านิยมตามวัฒนธรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลนั้นพยายามให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ถึงแม้ในบางเวลาจะรู้สึกเหนื่อยหรือเครียด แนวคิดของผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับผลมาจากการนับถือพระพุทธศาสนา ความเชื่อเรื่องบาปบุญว่าสิ่งที่เกิดขึ้นทุกวันนี้เป็นผลมาจากเวรกรรมในชาติปางก่อน การให้กำลังใจ การพูดชื่นชม และความช่วยเหลือต่าง ๆ จากเพื่อนบ้าน และชุมชน ซึ่งทำให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลมีความเข้มแข็งขึ้น

เรื่องที่ 24

เรื่อง หลักธรรมนำใจ แก้ไขปัญหาซึมเศร้า
เจ้าของเรื่องเล่า โดยภรรยาคุณลุงเย็น
เขียนเรื่องเล่า โดย นางอนงค์ พูใบ

คุณป้าเล่าถึงสามีว่า หลังประสบอุบัติเหตุ ขณะขี่รถจักรยานยนต์ถูกรถชนยนต์เมื่อ 8 ปีก่อนได้รับบาดเจ็บคือกระดูกเข่าแตก รักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด รักษาจนอาการดีขึ้น ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน เดินได้แต่ยังไม่ค่อยปกติ ยังมีขัด ๆ อยู่บ้าง พอจะทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ ปีนขึ้นต้นไม้ในสวนหลังบ้าน แต่ไม่ได้ตกต้นไม้แต่อย่างใด ต่อมาประมาณ 1 สัปดาห์ เริ่มมีแขนขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง เดินไม่ได้ ไปตรวจรักษาพบกระดูกต้นคอกดทับเส้นประสาท ทำให้อ่อนแรง ส่งไปรักษาที่ รพ. ศูนย์ลำปาง และ รพ. มหาราชเชียงใหม่หลายครั้ง สุดท้ายกลับมารักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายส่วนตัว เพราะมีฐานะยากจน ไม่มีรายได้ อาชีพรับจ้าง ช่วงที่เจ็บป่วยก็ไม่ได้ทำงาน มีลูก 2 คน ทำงานอยู่ต่างจังหวัด ไม่ได้ช่วยอะไรเลย แถมยังเอาภาระหนี้สินจำนวนมากทิ้งไว้ให้ และทิ้งหลานอีก 2 คนไว้ให้เลี้ยง แต่ไม่ได้ส่งเสียเงินทองมาให้พ่อแม่

หลังจากผ่าตัดกระดูกสันหลัง คุณสามีก็มีแขนขาอ่อนแรงอยู่ เดินไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็น ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และยังมีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันเพิ่มขึ้นมาอีก ทำให้คุณสามีเครียดมากขึ้น สังเกตเห็นว่ามีอาการซึมลง นอนเอามือก่ายหน้าผาก ถอนหายใจ นอนคราง หงุดหงิดบางครั้ง จึงถามว่าเป็นอะไร ก็บอกว่า คิดมาก เรื่องหนี้สิน เงินทองไม่พอใช้ สงสารภรรยาที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวอยู่คนเดียว ลูกเต้าก็พึ่งไม่ได้ ตนเองก็ได้แต่ปลอบใจว่า “อย่าไปคิดมาก ก็อยู่กันไป คิดว่าเกิดมาเป็นคู่เวรคู่กรรมกันแล้ว เราจะแก้กรรมได้อย่างไร ไม่เป็นไรหรอก ยายปลงตกหมดแล้ว สิ่งที่ตาเคยทำไม่ดีกับยายไว้ ขอให้เราอโหสิกรรมให้กันซะ ให้ตาทำใจเถอะ ถ้าตารักยายก็อย่าได้คิดมาก” คุณป้าเล่าว่า ตั้งแต่อยู่กินกันมา สามีจะเกเร ดื่มเหล้ามาก หึงหวงทะเลาะกันบ่อยถึงขนาดทำร้ายร่างกายและจิตใจกันมามาก ขณะเล่าคุณป้าก็ร้องไห้ไปด้วยบอกว่า “สาเหตุที่เกิดอุบัติเหตุก็เนื่องจากเมาสุรานั่นแหละ เขาคงสำนึกผิดที่เคยทำกับคุณป้าไว้มาก” ผู้สัมภาษณ์ก็ได้พูดคุยให้กำลังใจคุณป้าไปด้วย เป็นการให้คำปรึกษาเยียวยาทางด้านจิตใจ

คุณป้าไม่รู้หรอกว่าอันนี้เป็นอาการของโรคซึมเศร้า เขาก็ไม่บ่นอะไรมาก แต่ไปที่โรงพยาบาลคุณลุงไปเล่าให้คุณหมอฟัง จึงรู้ว่าคุณลุงคิดอะไรอยู่ คิดอยากตาย จึงได้รักษาโรคซึมเศร้าไปด้วย จึงได้ดูแลด้านจิตใจ ปลอบใจกัน และให้หลานสาวหมั่นพูดคุยกับตา ดูแลตา คุณตาก็รู้สึกดีขึ้น และยังมีน้องชายซึ่งเป็นผู้นำชุมชนมาพูดคุยให้กำลังสม่ำเสมอ ขับรถพาไปหาหมอ บอกว่าพี่น้องจะไม่ทอดทิ้งกัน ให้ทำใจให้ได้ เรื่องลูกก็ไม่ต้องไปว่าอะไรเขา เขาคงเอาตัวไม่รอด หากเขาดูแลตัวเองได้คงกลับมาดูแลเราต่อนั่นแหล่ะ อย่าไปคิดสั้น คำพูดเหล่านี้ทำให้คุณสามีมีกำลังใจมากขึ้น สีหน้าแจ่มใสขึ้น พยายามช่วยเหลือตนเองในยามที่ภรรยาไปทำงานรับจ้าง หาเลี้ยงครอบครัว

เคยมีครั้งหนึ่งคุณลุงเขาไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และหงุดหงิด และมีลักษณะอาการหึงหวง ที่ตนเองออกไปนอกบ้านนาน ซึ่งตนเองก็เหนื่อยจากการทำงาน รู้สึกโกรธเลยตวาดใส่ว่า “ทำอย่างนี้มันก็บั่นทอนจิตใจฉันซิ จะหนีไปอยู่ที่อื่นล่ะ จะปล่อยให้อยู่คนเดียว” คุณลุงจะหยุดพูด หน้าบึ้งตึง และซึมลง คุณป้าเห็นก็รู้สึกสงสารก็ต้องเข้าไปปลอบโยนว่า “ขอให้ออกกำลังกาย พยายามช่วยเหลือตนเองบ้าง สงสารยายเถอะ เหนื่อยกายจากการงานมามากแล้ว อย่าให้เหนื่อยใจอีกเลย ไม่มีใครทำอย่างนั้นได้หรอก” คุณลุงก็จะดีขึ้น พูดคุยกันเหมือนเดิม คุณป้าบอกว่าบางครั้งหากคิดถึงสิ่งที่คุณลุงเคยทำไม่ดีกับคุณป้าไว้ในอดีต บางครั้งมันผุดขึ้นมาในความคิด ก็รู้สึกโกรธเหมือนกัน น้อยใจในชีวิตโชคชะตา ก็ต้องอาศัยธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ แผ่เมตตา คำแผ่เมตตาก็พูดดัง ๆ ให้คุณลุงได้ยินด้วย ก็บอกคุณลุงว่า ป้าจะสวดมนต์คำไหนดี ก็ภาวนาเอาเถอะ ทำให้ปลงใจได้และให้อโหสิกรรม และป้าจะมีวิธีผ่อนคลายความเครียดของตนเอง ด้วยการเล่นกีฬาเปตอง เข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และชอบงานรื่นเริงสังสรรค์กับเพื่อนบ้านในชุมชน เพื่อดูแลจิตใจตนเองในการต่อสู้กับปัญหาที่จะเข้ามาในชีวิตต่อไป

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

สามีแขนขาอ่อนแรงอยู่ เดินไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็น ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และยังมีโรคประจำตัว คือเบาหวานและความดันเพิ่มขึ้นมาอีก ทำให้สามีเครียดมากขึ้น สังเกตเห็นว่ามีอาการซึมลง นอนเอามือก่ายหน้าผาก ถอนหายใจ นอนคราง หงุดหงิดบางครั้ง จึงถามว่าเป็นอะไร ก็บอกว่า คิดมากเรื่องหนี้สิน เงินทองไม่พอใช้ สงสารภรรยาที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวอยู่คนเดียว ลูกเต้าก็พึ่งไม่ได้

วิธีการดูแล

คุณป้าพาคุณลุงไปโรงพยาบาล ดูแลทางด้านจิตใจ คอยปลอบใจและให้กำลังใจ ให้หลานสาวมาดูแลคุณตา พูดคุยกับคุณตา จนคุณตารู้สึกดีขึ้น มีน้องชายซึ่งเป็นผู้นำชุมชนก็มาพูดคุยให้กำลังใจสม่ำเสมอ คุณป้าขอให้คุณลุงพยายามช่วยเหลือตนเองในยามที่คุณป้าไปทำงานรับจ้าง หาเลี้ยงครอบครัว คุณป้าจะมีวิธีผ่อนคลายความเครียดของตนเอง ด้วยการเล่นกีฬาเปตอง เข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และชอบงานรื่นเริงสังสรรค์กับเพื่อนบ้านในชุมชน เพื่อดูแลจิตใจตนเองในการต่อสู้กับการทำมาหากินและการดูแลคุณลุงต่อไป

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

จากกรณีนี้ การที่คุณลุงมีคุณป้าคอยดูแลในภาวะมีอาการซึมเศร้า ทำให้คุณลุงมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ถึงแม้จะนึกถึงความลำบากเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่าย เรื่องที่ลูก ๆ ทั้ง 2 คนไม่เหลียวแลแต่ก็ยังได้น้องชายซึ่งพอจะช่วยเหลือได้เข้ามาดูแลอยู่ห่าง ๆ และมีหลานสาวพูดคุยเล่นด้วย ทำให้คุณลุงมีอาการดีขึ้นมาได้ ขณะเดียวกันการที่คุณป้าให้คุณลุงได้ตระหนักเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทำให้คุณลุงเริ่มลงมือรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ซึ่งก็จะเป็นผลดีต่อการที่คุณป้าจะดูแลคุณลุงไปได้พร้อม ๆ กับการออกไปรับจ้างหางานทำเพื่อนำเงินมาจุนเจือครอบครัว

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ความรู้สึกผิดของคุณลุงที่มีต่อคุณป้า และความรู้สึกโกรธที่ยังคงปรากฏขึ้นมาบ้างในภาวะที่คุณป้าเหนื่อยจากการทำงานและการดูแลคุณลุง จะส่งผลทำให้คุณลุงยังลุกขึ้นมาดูแลตนเองได้ไม่เต็มที่ ทำให้ยังเป็นภาระของคุณป้าอยู่ ขณะเดียวกับการรับภาระที่หนักทั้งต้องดูแลคุณลุง เลี้ยงดูหลาน ๆ และทำงานรับจ้างของคุณป้า จะทำให้เกิดการเหนื่อยล้าทั้งกายทั้งใจได้ง่าย ถึงแม้คุณป้าจะดูแลตนเองอย่างเต็มที่ก็ตามที การที่หน่วยงานได้เข้ามาให้การสนับสนุนให้คุณป้าเบาแรงลงให้มากกว่านี้ ไม่ว่าจะเป็นการหางานประจำที่ไม่เหนื่อยมากนัก การติดต่อลูก ๆ ของคุณลุงคุณป้าให้เข้ามารับผิดชอบครอบครัวมากขึ้น หรือการให้สนับสนุนด้านอื่น ๆ จะช่วยให้คุณป้าดูแลคุณลุงได้อย่างเต็มที่

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ ประสบอุบัติเหตุ กระดูกต้นคอกดทับเส้นประสาท ทำให้แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและหนี้สินด้วย ส่งผลให้เกิดความเครียด หงุดหงิด ซึมลง คิดอยากตาย

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเป็นภรรยาของผู้สูงอายุ มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ในการดูแลได้ใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ ให้คิดว่ามันเป็นเวรเป็นกรรม พาสวดมนต์ไหว้พระ แผ่เมตตา ให้หลานสาวหมั่นมาคุยกับผู้สูงอายุ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน มีน้องชายมาพาไปพบแพทย์ตามนัด การดูแลเรื่องยาและช่วยทำกายภาพบำบัด

ความคิดเห็น

การที่ผู้สูงอายุมีความพิการเกิดขึ้น ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึงพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Life event) เป็นปัจจัยเร่ง (Precipitating factors) ที่คุกคามต่อชีวิตหรือความพิการ (ภูมินทร์ ชลาชีวะ และคณะ. 2547 : 6) เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อาการเบื่อหน่าย เหงา หมดความสนใจในเรื่องต่างๆ ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย รู้สึกสิ้นหวัง ขาดคุณค่าในตนเอง ร้องไห้ง่าย ในบางรายมีความคิดอยากตาย(ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. 2549 : 26, 116) ผู้ดูแลผู้สูงอายุรายนี้ ภรรยาที่เป็นผู้ดูแลมีอายุใกล้เคียงกัน ทำให้มีทางศาสนาเข้ามาช่วยบำบัดอาการ ให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นกรรม ให้สวดมนต์ แผ่เมตตา ซึ่งในความเชื่อของสังคมไทยได้ใช้ช่องทางของการปรับใจ การปลงผ่านความศรัทธา เชื่อมั่นในศาสนา (ศิริพร จิรวัฒน์กุล. 2549 : 173) จะช่วยให้ผู้สูงอายุจัดการกับความเศร้าได้ นอกจากนี้ยังให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ ให้หลาน ๆ หมั่นมาพูดคุยด้วย ผู้สูงอายุจะได้ไม่เหงา แนะนำให้ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายจากอาการซึมเศร้า มีอารมณ์ดีขึ้น

เรื่องที่ 25

เรื่อง วิตกกังวลเมื่อยายอยากอุ้มหลาน
ชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่า นายสัมฤทธิ์ อภิไชย
เขียนเรื่องเล่าโดย นางลิขิต ขาววงศ์

เรื่อง ความวิตกกังวลเมื่อคุณยายอยากอุ้มหลาน เป็นเรื่องราวของสองตายายอาศัยอยู่ในบ้าน 2 คน กลางหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ซึ่งสองตายายมีบุตรด้วยกัน 3 คน คนแรกเสียชีวิตเมื่อ 10 ปีผ่านมาซึ่งเสียชีวิตด้วยโรคตับ ซึ่งตอนนั้นมีหลานอายุประมาณ 4 ขวบ 1 คน และภรรยาของลูกชายที่เสียชีวิตนั้นตั้งท้องได้ประมาณ 4 เดือน พอสามีเสียชีวิตภรรยาก็พาบุตรชายและหลานในครรภ์กลับบ้านเกิดที่นครสวรรค์ซึ่งคุณยายขอร้องขอเด็กไว้ 1 คนลูกสะใภ้ไม่ให้และได้นำไปเลี้ยงที่จังหวัดนครสวรรค์ส่วนบุตรสาวคนที่ 2 แต่งงานมาประมาณ 13 ปี ก็ไม่มีบุตร ส่วนบุตรชายคนสุดท้องอายุประมาณ 42 ปี แต่งงานมาแล้ว 2 ครั้ง และได้แต่งงานใหม่ได้ประมาณ 2 ปีก็ไม่มีบุตรเช่นกันแต่คุณยายได้ข่าวมาว่าลูกสะใภ้คนสุดท้ายมีปัญหาเกี่ยวกับมดลูกซึ่งทำให้มีบุตรยากคุณยายซึ่งมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปวดตามข้อ ต้องรับการรักษาจากโรงพยาบาลเวียงสาและโรงพยาบาลน่าน เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดการท้อแท้ และมักบ่นกับตาอยู่เสมอว่าอยากมีหลานไว้เลี้ยงจะได้ไม่เหงา และมักจะบ่นกับตาเสมอว่าแก่แล้วเวลาจะไปไหนก็ไม่สะดวกจะต้องใช้เงินประมาณ 10 – 20 บาท จ้างเด็กวัยรุ่นแถวบ้านไปซื้อของหรือพาไปเที่ยวบ้านญาติ เมื่อยายคิดแต่เรื่องเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้เกิดอาการใจสั่น ใจหวิว นอนไม่หลับกระวนกระวายใจตลอดเวลา เมื่อ 3 เดือนที่ผ่านมาได้พายายไปคลินิกในตัวเมืองหมอบอกว่าคุณยายเป็นโรคประสาทหัวใจอ่อน (ซึ่งคุณหมอท่านนี้มักหมายถึงโรควิตกกังวล) พอได้ยาจากคลินิกมารับประทานอาการใจสั่น กระวนกระวายใจ ลดลง

เมื่อคุณยายเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหลายโรคและมีภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจคือโรควิตกกังวลซึ่งคุณตาเป็นผู้ดูแลซึ่งเข้าใจปัญหาความวิตกกังวลของคุณยายได้ดีเนื่องจากกลัวไม่มีคนสืบทอดทายาท แต่ไม่สามารถบอกลูกได้ ได้แต่เก็บความรู้สึกไว้กับตัวเองกลัวลูกทั้งสองกังวลจึงเกิดอาการทางจิตขึ้นกับคุณยาย

เมื่อคุณตาและคุณยายอยู่ด้วยกัน 2 คน บุตรทั้ง 2 คนที่อยู่คนละหมู่บ้านก็แวะมาหาบ้างบางครั้งก็เอาอาหารสดมาให้ มาทำความสะอาดบ้าน มารับประทานอาหารร่วมกันบ้างแต่ลูกสะใภ้จะไม่ชอบมาเที่ยวที่บ้านเหมือนลูกทั้ง 2 คน โดยที่ลูกไม่ทราบการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับคุณยายทำให้คุณตาซึ่งอยู่กับคุณยายลุกขึ้นมาปฏิวัติความว้าเหว่ ความโหยหา ทายาทของคุณยายเพื่อลดความวิตกกังวล การนอนไม่หลับความเครียด ใจสั่น กระวนกระวายใจโดยอยู่เป็นเพื่อนคุณยายพูดคุยกันมากขึ้นเปิดใจยอมรับปัญหาของการไม่มีทายาทก็ไม่เป็นไรโดยยกกรณีตัวอย่างคนที่แย่กว่าเรา เช่น บางคนมีลูกเป็นผู้ชาย แต่อยากเป็นผู้หญิง บางคนมีลูกเป็นผู้หญิงอยากเป็นผู้ชายเหมือนในทีวี ก็ไม่มีทายาทเหมือนกัน แต่เขาก็อยู่ได้ อย่างน้อยคุณตาบอกว่าเราก็ยังมีหลานที่เป็นลูกของลูกชายที่เสียชีวิตไปแล้วถึงแม้ไม่ได้พบหน้ากันแต่อายุก็ประมาณ 14 ปี ละถ้าไม่มีใครจริง ๆ ทรัพย์สมบัติทั้งหมดก็คงเป็นของเขาเขาคงกลับมาหาตากับยายบ้าง ซึ่งทำให้คุณยายรู้สึกดีขึ้นบ้างเล็กน้อยแต่ก็ไม่มาก ไม่ทะเลาะกันเหมือนเดิม ตามใจคุณยายไม่ขัดแย้งกัน ประกอบอาหารร่วมกันรับประทาน

อาหารที่คุณยายชอบ ร่วมกับรับประทานยาสม่ำเสมอของโรงพยาบาลน่าน อยู่เป็นเพื่อนในตอนกลางวัน ไม่ไปเที่ยวที่ไหนไกล ถ้าบุตรชายกลับมาที่บ้านในวันพระก็จะไปวัดฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรม

หลังจากนั้นประมาณ 1 เดือนผ่านไปหลังจากที่แพทย์ให้การรักษาโรคหัวใจอ่อน (โรควิตกกังวล) จากการรับประทานยาและจากยุทธการการสร้างแรงบันดาลใจ ให้เห็นปัญหาของเราเป็นเรื่องเล็กน้อย ซึ่งมีคนที่มีปัญหามากกว่าครอบครัวของคุณยายสร้างให้คุณยายมีความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มองโลกในแง่บวกมากขึ้น มีแรงใจ กำลังใจในการสู้ชีวิตต่อไปที่เหลืออีกน้อยนิด ให้มีความสุขกาย ได้กินอาหารที่อร่อย ได้นอนหลับพักผ่อน มีสิ่งของอำนวยความสะดวกที่ลูกซื้อให้ มีความสุขใจ นอนหลับพักผ่อนได้ดี ไม่เครียด ไม่กังวลเกี่ยวกับลูกสาวลูกชายจะมีหลานหรือไม่ คิดเสียว่าเป็นผลบุญหรือผลกรรมที่กระทำไว้ คุณยายมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มักจะไม่พูดคุยเรื่องหลาน หรืออยากได้ทายาท บ่อยเหมือนเคยเวลาลูกมาเที่ยวที่บ้าน มักจะหาอาหารที่ลูกชอบรอประกอบอาหารให้ลูกทานเช่นจี้กุ่ง หรือ เห็ดถอบ พูดคุยกับเพื่อนบ้านเหมือนอย่างเคยและมักจะไม่เก็บเอาคำพูดของเพื่อนบ้านมาคิดเหมือนเช่นเคยเกี่ยวกับการที่จะไม่มีทายาทสืบสกุล

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

คุณยายซึ่งมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปวดตามข้อ เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดการท้อแท้ และมักบ่นกับตาอยู่เสมอว่าอยากมีหลานไว้เลี้ยงจะได้ไม่เหงา เกิดอาการใจสั่น ใจหวิว นอนไม่หลับกระวนกระวายใจตลอดเวลา

วิธีการดูแล

คุณลุงพาคุณยายไปหาหมอ อยู่เป็นเพื่อนคุณยายตลอดเวลา เพื่อให้คุณยายลดความวิตกกังวล การนอนไม่หลับ ความกระวนกระวาย ใจสั่น ความว้าเหว่ ความโหยหาลง คุณลุงยกตัวอย่างโดยการเล่าเรื่องกรณีของคนที่แย่กว่า จึงทำให้คุณยายรู้สึกดีขึ้น คุณจะคอยตามใจคุณยายไม่ขัดแย้ง ช่วยกันทำอาหารที่คุณยายชอบร่วมกัน อยู่เป็นเพื่อนคุณยายในตอนกลางวัน ถ้าลูกชายกลับมาบ้านในวันพระก็จะพาคุณยายไปวัดฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรม หลังจาก 1 เดือนผ่านไปที่แพทย์รักษาคุณยายโดยสร้างให้คุณยายมีความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มองโลกในแง่บวกมากขึ้น ทำให้คุณยายมีสีหน้าที่สดใสขึ้น มักจะไม่พูดคุยเรื่องหลายหรืออยากได้ทายาทบ่อย คุณยายสามารถพูดคุยกับเพื่อนบ้านได้เหมือนเคยและไม่เก็บเอาคำพูดของเพื่อนบ้านมาคิดเหมือนเช่นเคยเกี่ยวกับการที่ไม่มีทายาทสืบสกุล

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การที่คุณยายมีอาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากความต้องการมีหลานเพื่อเป็นทายาทสืบสกุล แสดงให้เห็นอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากความหวังกับโรคประจำตัวที่คุณยายมีอยู่ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ความคาดหวังที่อยากจะมีหลานเป็นทายาทสืบสกุลนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของคนที่มีปัญหาทางจิตตามแนวคิดของอัลเบิร์ต เอลลิส เจ้าของทฤษฎีจิตบำบัดแบบเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มองว่าคนที่มีอาการป่วยทางจิตจะมีสาเหตุมาจากความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล จากกรณีนี้คุณยายมองด้วยความเชื่อว่าคนที่มีทายาทสืบสกุลเท่านั้นถึงจะเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ รวมเป็นบุคคลที่ดีด้วย ดังนั้นเมื่อไม่มีหลานเป็นทายาท จึงทำให้คุณยายคิดคร่ำครวญวนไปวนมาเกี่ยวกับการมีทายาท ดังนั้นการที่คุณลุงชวนให้คุณป้านึกถึงความจริงว่าคนที่จะมีความสุข คนที่จะดี ครอบครัวที่จะสมบูรณ์มันก็ไม่จำเป็นที่จะต้องมีทายาทเสมอไป จึงทำให้คุณยายรู้สึกดีขึ้น

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ควรใช้อาการที่ดีขึ้นมาให้คุณยายได้เรียนรู้ เพื่อเป็นภูมิคุ้นกันตนเองต่อไปเกี่ยวกับความหวังที่ไม่สมเหตุสมผล

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

<u>อาการ</u>

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรคซึ่งเป็นไปตามวัยของผู้สูงอายุ เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดข้อ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดจากความเสื่อมสภาพ และมีอาการด้านจิตใจ คือ ท้อแท้ เหงา ใจสั่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย จึงอยากมีหลานไว้ช่วยดูแลยามเจ็บไข้และสืบสกุล

<u>การดูแล</u>

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสามีของผู้สูงอายุรายนี้เป็นส่วนใหญ่ นาน ๆ ลูกที่ไปอยู่ต่างหมู่บ้านจะแวะมาเยี่ยมเป็นบางครั้ง จึงได้พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล ผู้ดูแลจัดยาให้ผู้สูงอายุกินอย่างสม่ำเสมอ พูดคุยและใช้เวลาร่วมกันมากขึ้น เปิดใจคุยกันถึงปัญหาความไม่สบายใจของผู้สูงอายุ โดยยกตัวอย่างให้ดูคนที่แย่กว่า ให้เปลี่ยนมุมมองปัญหาไปในเชิงบวก ช่วยกันทำอาหารที่ผู้สูงอายุชอบรับประทานร่วมกัน พาไปวัดทำบุญและฟังธรรม อยู่เป็นเพื่อนไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและประคับประคองอาการป่วยวิตกกังวลให้ทุเลาลงได้

<u>ความคิดเห็น</u>

ธรรมชาติอันหนึ่งของผู้สูงอายุคือปัญหาการเสื่อมสภาพของร่างกาย ซึ่งเมื่ออายุมากอวัยวะต่างๆก็จะทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ เสื่อถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สุขสบาย ปฏิบัติกิจวัตรอย่างที่เคยทำไม่ได้ดังเดิม ซึ่งถ้าผู้สูงอายุเข้าใจและปรับตัวได้ก็จะดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะนำมาซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการเปลี่ยนแปลง อาการของความวิตกกังวล ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก จุกแน่นหน้าอก มึนงง ร้อนวูบวาบ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เข้านอนแล้วหลับได้ยาก ปวดหัวจากความตึงเครียด รู้สึกวิตกกังวล ไม่มีสมาธิ (บุญชัย นวมงคลวัฒนา และคณะ. 2546 : 12) ผู้ดูแลรายนี้มีความเข้าใจในอาการของโรคจึงพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาตามอาการ ดูแลให้กินยาสม่ำเสมอ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ช่วยรับฟังเรื่องต่างๆทำให้ผู้สูงอายุได้ระบายความวิตกกังวล ตั้งใจคุยกันถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ไขปัญหา ลดความเครียดด้วยการใช้หลักธรรมะในการดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมที่ชอบรู้สึกว่ามีคนรับฟัง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขขึ้น ลดความวิตกกังวลลง

เรื่องที่ 26

เรื่อง ซึมเศร้าเพราะการจากไปแบบไม่ลาของลูกชาย
ชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่า นางศีรวรรณ วงศ์มาลา
เขียนเรื่องเล่าโดย นางลิขิต ขาววงศ์

เรื่องซึมเศร้าเพราะการจากไปแบบไม่ลาของลูกชาย เป็นเรื่องของครอบครัวของชาวชนบทครอบครัวหนึ่งซึ่งอาศัยทางตอนเหนือบนสุดของประเทศที่มีอาการหนาวเย็นและพื้นที่สูงกว่าระดับน้ำทะเล มากกว่า 1000 กิโลเมตร บรรยากาศของคนในชุมชนก็จะหนาวเย็น เต็มไปด้วยธรรมชาติ ไม่ครึกครื้นซึ่งบรรยากาศหนาวเย็นก็มีส่วนทำให้ความเหงา เดียวดายมาเยือน อยู่มาวันหนึ่งแม่ได้รับแจ้งจากชาวบ้านว่าบุตรชายนอนตายที่ทำงานคือสถานีอนามัย เนื่องจากมีอาชีพเป็นยามเฝ้าสถานีอนามัยชาวบ้านไปพบพบว่าเสียชีวิตมานานหลายชั่วโมงโดยไม่ทราบสาเหตุการตาย แต่ก็นำส่งโรงพยาบาลเพื่อชันสูตร เมื่อคุณแม่ทราบข่าวการตายของพี่ชายที่เป็นเสาหลักของครอบครัว นิสัยดี ทำงานดี มีความรับผิดชอบรักแม่มาก ทำให้แม่เป็นลมหมดสติไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง หลังจากการพิธีทางศาสนางานศพพี่ชายผ่านไป ป้าซึ่งเป็นบุตรสาวจึงเป็นผู้ดูแลแม่แต่เพียงผู้เดียว พบว่ามารดามีอาการนอนหลับตลอดเวลา ทั้งกลางวัน กลางคืน มีอาการใจสั่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่รับประทานอาหาร คุณป้าจึงพามารดาไปรักษาอาการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หมอบอกกับป้าและมารดาของเธอว่าเป็นโรคซึมเศร้า ให้ยามารับประทาน และให้พบกับพยาบาลจิตเวช

เมื่อเวลาผ่านไปคุณยายก็ยังมีอาการเหมือนเดิมไม่พบปะเพื่อนบ้าน เก็บตัวในบ้าน ซึ่งช่วงเวลานั้นทั้งป้าและมารดาของเธออยู่ในช่วงที่เสียใจกับการเสียชีวิตของพี่ชายทำให้ไม่มีเวลาได้คิดถึงสิ่งใดจนป้ามีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น ซึ่งถ้าทุกคนในบ้านมีอาการเสียใจเหมือนกันหมด คงไม่มีใครสามารถดูแลใครได้ ไม่มีใครทำงานประกอบอาชีพได้ โดยเธอเริ่มดูแลมารดาโดย หลังจากกลับมาจากการไปหักข้าวโพดหรือประกอบอาชีพเกษตรกรรม ก็จะทำอาหารไปรับประทานร่วมกับมารดา อยู่เป็นเพื่อนดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุชุมชนด้วยกัน และจะนำผักที่มารดาปลูกทิ้งไว้ เช่น บวบ ฟัก มาให้มารดาประกอบอาหาร และ ลูกที่ทำงานอยู่ต่างจังหวัดมักจะส่งเงินมาให้มารดาใช้จ่ายโดยไม่ขาดมือ

เวลาผ่านไปประมาณ 2 เดือนครอบครัวพบว่ามารดาของเธอเริ่มมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น ไปเที่ยวบ้านเพื่อนบ้าน ลุกขึ้นมาทำงานบ้านเช่น เก็บขยะ ถอนหญ้า กวาดใบไม้ ไม่นอนหลับเหมือนเช่นเคย และทำอาหารซึ่งประกอบไปด้วยพืช ผักที่มารดาเธอปลูกและป้าเป็นคนนำมาให้มารดาเห็นผลผลิตที่ยายปลูกทุกครั้งมารดาเธอมักจะยิ้มแย้ม แจ่มใส ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่ได้เกิดขึ้นกับมารดาของคุณป้านั้นไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดคือต้องใช้เวลาเป็นเครื่องเยียวยาทางด้านจิตใจ และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวเช่นบุตร หรือ หลาน อาการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักของมารดาของเธอคือบุตรชายได้ลดน้อยลงไป

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

มารดามีอาการนอนหลับตลอดเวลา ทั้งกลางวัน กลางคืน มีอาการใจสั่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่รับประทานอาหาร

วิธีการดูแล

คุณป้าพามารดาไปรักษาอาการดังกล่าวที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หมอบอกกับป้าและมารดาของเธอว่ายายเป็นโรคซึมเศร้า ให้ยามารับประทาน และพบพยาบาลจิตเวช เมื่อมารดากลับมาอยู่ที่บ้าน คุณป้าเริ่มดูแลมารดาโดยหลังจากที่กลับมาจากการไปหักข้าวโพดหรือประกอบอาชีพเกษตรกรรม ก็จะทำอาหารไปรับประทานกับมารดา อยู่เป็นเพื่อน ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุชุมชนด้วยกัน จะนำผักที่มารดาปลูกทิ้งไว้มาให้มารดาประกอบอาหาร พามารดาไปหาหมอและ ลูกที่ทำงานอยู่ต่างจังหวัดมักจะส่งเงินมาให้มารดาใช้จ่ายโดยไม่ขาดมือ เมื่อเวลาผ่านไป 2 เดือน มารดามีอาการดีขึ้น ไปเที่ยวกับเพื่อนบ้าน ลุกขึ้นมาทำงานบ้าน ทำอาหาร ยิ้มแย้มแจ่มใส และนอกจากนี้คุณป้ายังให้กำลังใจ เยียวยาทางด้านจิตใจมารดาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอีกด้วย

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การที่คนใดคนหนึ่งเกิดอาการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากความสูญเสียอย่างรุนแรงซึ่งถือเป็นอุบัติเหตุด้านจิตใจ จะต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพจิตใจเพื่อให้กลับมามีสภาพปกติค่อนข้างนาน ในบางรายอาจถึงกลับมีอาการทางจิตเช่นโรคจิตหรือโรคประสาทได้ การที่คุณป้าซึ่งเป็นลูกสาวของคุณแม่ดูแลเอาใจใส่ ทั้งเรื่องการรักษา อาหารการกิน การให้กำลังใจ และการไม่คุณแม่อยู่กับอาการซึมเศร้านั้นบ่อย ๆ นาน ๆ เช่นไปอยู่เป็นเพื่อน ร่วมพูดคุย หรือทำกิจกรรมเพลิดเพลินอย่างอื่นเช่นกรณีนี้ทำให้อาการของคุณแม่ดีขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ ทำให้เห็นว่า การดูแลของคนในครอบครัวช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจของบุคคลในครอบครัวที่ประสบปัญหาอาการซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี การให้กำลังใจ การให้การรักษา และการให้ทำกิจกรรมที่ช่วยดึงจิตใจออกจากการจมจ่ออยู่กับอาการซึมเศร้าสามารถช่วยผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยจะสามารถสัมผัสได้ถึงการได้รับความสำคัญมากกว่าบุคคลทั่วไปหรือแพทย์พยาบาล

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

หากถึงช่วงเวลาที่คุณแม่มีอาการซึมเศร้าดีขึ้นแล้ว การได้รับจิตบำบัดจะช่วยให้คุณแม่มีสภาวะจิตที่มั่นคงมากขึ้นและอาการซึมเศร้าก็จะลดน้อยลงมาก

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น ไม่พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีอาการทางกาย แต่มีอาการทางจิตใจ คือ อาการซึมเศร้า เนื่องจากบุตรชายเสียชีวิต มีอาการเศร้าเสียใจ นอนหลับตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน ใจสั่น เด่นชัดมาก ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ไม่รับประทานอาหาร ไม่พูดคุยกับใคร เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน

การดูแล

ลูกสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลได้พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อรับยาต้านเศร้าและจัดยาให้กินสม่ำเสมอ หลังจากกลับจากการทำงาน จะทำอาหารมารับประทานร่วมกับมารดา อยู่ดูโทรทัศน์เป็นเพื่อน พาฟังวิทยุชุมชน นำผักที่ผู้สูงอายุปลูกไว้มาทำอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 2 เดือน ผู้สูงอายุมีการดีขึ้น

ความคิดเห็น

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยผู้สูงอายุ และมักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ทางด้านต่าง ๆ เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว ในกรณีผู้สูงอายุรายนี้ภาวะซึมเศร้าอาจจะอยู่ในช่วงของภาวะสูญเสีย (Loss) บุตรชาย และสิ่งที่ตามมาจากการสูญเสียก็คือความเศร้าโศกเสียใจ เรียกว่าภาวะเศร้าโศก (Grief) ทั้งภาวะสูญเสีย (Loss) และ ภาวะเศร้าโศก (Grief) เป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องประสบ และอาการจะหายไปได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ และมักดีขึ้นภายใน 2-4 เดือน แต่บางคนปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ตามมา ผู้สูงอายุรายนี้ไม่สามารถปรับตัวตามภาวะสูญเสียตามปกติได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยจากแพทย์เพื่อรับยารักษาอาการซึมเศร้า การดูแลให้กินยาสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการลงได้ การขาดยาจะทำให้ผู้สูงอายุอาการกำเริบและกลับมีอาการซ้ำได้อีก นอกจากนี้การดูแลในด้านจิตสังคมที่ผู้ดูแลได้จัดให้ผู้สูงอายุ เช่น การได้มีกิจกรรมเหมือนเดิมก่อนเจ็บป่วยเช่น การทำงาน การทำกับข้าว การปลูกต้นไม้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมาธิมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นการพักผ่อนหย่อนใจและลดความตึงเครียดลง การเอาใจใส่ อยู่เป็นเพื่อน ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น

เรื่องที่ 27

เรื่อง ซึ้งน้ำใจชาวบ้านเมื่อช่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่า นางพร สมใจ
เขียนเรื่องเล่าโดย นางลิขิต ขาววงศ์

ย้อนเวลาไปเมื่อ 5 ปีที่ผ่านมามีสามีภรรยาคู่หนึ่งอาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ทั้ง 2 คน แต่งงานกันมาประมาณ 20 กว่าปี แต่ไม่มีบุตรจึงอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คน รักและให้กำลังใจ ประกอบอาชีพช่วยเหลือกันมาตลอด และแล้ววันหนึ่งชะตาชีวิตก็พลิกผันเมื่อสามีของเธอซึ่งเป็นเสาหลักของครอบครัวเสียชีวิตไปโดยกะทันหันจากโรคหัวใจโดยไม่ทันล่ำลากัน ส่งผลให้เธอผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจกลายเป็นโรคซึมเศร้า เหม่อลอย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เห็นภาพหลอน เดินคนเดียว หลังการจากไปของสามี เมื่อพี่ชายของเธอทราบข่าวก็ได้นำตัวเธอไปรับการรักษาตัวโรคซึมเศร้าจนอาการดีขึ้น แต่เธอก็เก็บตัว ไม่ค่อยพูด ชอบอยู่คนเดียว พี่ชายจึงนำตัวเธอมาอยู่ด้วยในอีกหมู่บ้านใกล้ ๆ กัน

เมื่อเธอมาอาศัยกับครอบครัวใหม่ซึ่งมีผู้อาศัยอยู่ประมาณ 5 คน ซึ่งแต่ละคนในครอบครัวใหม่มีชีวิตต่างคนต่างอยู่เพราะไม่ได้อยู่ในวัยเดียวกัน เธอต้องปรับตัวเข้ากับคน และสิ่งแวดล้อมใหม่ซึ่งมันยากมากว่าคนที่ไม่ป่วยทางด้านจิตใจมากว่าหลายเท่าตัวในการปรับตัวในครั้งนี้ทำให้อาการซึมเศร้าของเธอเป็นมากขึ้น เหม่อลอย ไม่พูดกับใคร เก็บตัวจนอยู่มาวันหนึ่งทุกคนในบ้านตกใจมากกับการหายตัวไปของเธอ คนในครอบครัวทุกข์ใจมาก ในการค้นหาตัวเธอ และด้วยความผูกพัน ความรักในตัวเธอ ครอบครัวได้เกณฑ์ชาวบ้านในหมู่บ้านประมาณ 20 คน ค้นหาตัวเธอในป่าข้าวโพดที่มีหลายร้อยไร่ หมู่บ้านข้างเคียง ทุกคนช่วยกันค้นหาประมาณ 1 คืน พบเธอนอนอยู่ในดงข้าวโพดกลางป่า ท่าทางเหม่อลอย ถามคำ ตอบคำ ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม ทุกคนในครอบครัวใหม่ของเธอดีใจมากที่พบเธออีกครั้งและไม่เป็นอันตรายใด ๆ เมียของพี่ชายเธอบอกว่าหลังจากพบตัวเธอก็ทำอาหารเลี้ยงชาวบ้านที่ช่วยค้นหาจนพบ หมดเงินประมาณ 3,000 บาท แต่ก็ไม่ได้เสียดายเงินนั้นแม้แต่น้อยกับการที่ได้ตัวเธอกลับมาอย่างปลอดภัยและนำตัวเธอไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตจนอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้

คนในครอบครัวดีใจที่เธอหายเป็นปกติและกลับมาบ้าน เมียพี่ชายของเธอซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักกล่าวว่าทุกคนในครอบครัวได้พูดคุยกันว่าเธอเข้ามาอยู่ในบ้านและถือว่าเป็นน้องของพ่อ ต้องให้เกียรติ และเคารพเธอเหมือนพ่อ ทุกคนในบ้านยอมรับและปฏิบัติตามเมื่อเธอเข้ามาในบ้านอีกครั้งทุกคนในครอบครัวชวนเธอพูดคุยมากขึ้น รับประทานอาหารร่วมกัน ให้เธอเป็นคนเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เฝ้าหม้ออาหาร ดูสีหน้าเธอมีความสุขมากขึ้น และหางานอดิเรกให้เธอทำคือเหลาทางมะพร้าวเพื่อมาทำเป็นไม้กวาดพื้น เธอปฏิบัติได้ดี ดูแลการรับประทานยาทุกวัน พาไปหาหมอเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและเมื่อหมอนัดทุกครั้ง ไม่มีอาการขาดนัด

เวลาผ่านไปประมาณ 1 ปี อาการซึมเศร้าเริ่มปรากฏอาการดีขึ้น เธอไม่มีเหม่อลอย ไม่คิดเรื่องเดิม ๆ ไม่เก็บตัว ประกอบอาชีพได้ และพูดคุยกับเพื่อนบ้านมากขึ้น จนมองไม่ออกเลยว่าเธอเคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อาการหายจากโรคซึมเศร้าของเธอคงไม่หมดไปเพราะความเอาใจใส่ของคนในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง

เช่นเพื่อนบ้านที่คอยเป็นหูเป็นตาคอยสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติและแจ้งญาติให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที เหมือนการหายตัวไปของเธอในครั้งนั้น

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

เธอเจ็บป่วยทางด้านจิตใจกลายเป็นโรคซึมเศร้า เหม่อลอย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เห็นภาพหลอน เดินคนเดียว เก็บตัว ไม่ค่อยพูด มักอยู่คนเดียว เมื่อเธอได้มาอาศัยอยู่กับครอบครัวใหม่ แรก ๆ เธอต้องปรับตัวให้เข้ากับคนในครอบครัวนี้ จึงยิ่งทำให้เธอมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นและเธอก็หายตัวออกจากบ้านไป สุดท้ายก็หาเธอเจออยู่ที่ดงข้าวโพด และพาเธอไปรักษาจนอาการดีขึ้น เมื่อกลับมาบ้านทุกคนก็ปฏิบัติกับเธอเป็นอย่างดี จนทำให้เธออาการดีขึ้น

วิธีการดูแล

หลังจากที่เธอกลับมาบ้าน ทุกคนในครอบครัวดูแลเธอดีมากขึ้น ให้เกียรติและเคารพเธอ พูดคุยกับเธอมากขึ้น รับประทานอาหารร่วมกัน โดยให้เธอเป็นคนเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เฝ้าหม้ออาหาร ในที่สุดเธอมีความสุขมากขึ้น ยังมีเพื่อนบ้านที่คอยเป็นหูเป็นตาและคอยสังเกตให้อีกด้วย

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

การดูแลผู้ป่วยทางจิตจำเป็นที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักไปในทิศทางเดียวกันว่าจะต้องดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงมีความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตอีกด้วยเพื่อเป็นการระมัดระวังในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

เมื่อเธออยู่ในสภาพจิตที่ดีขึ้นแล้วควรมีการติดตามผลด้วยการทำจิตบำบัด เพื่อให้เธอหายจากโรคซึมเศร้านี้ได้มากยิ่งขึ้น

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น ไม่พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย แต่มีอาการทางจิตใจ คือ อาการซึมเศร้า เนื่องจากสามีเสียชีวิตกระทันหัน มีอาการทางจิต คือ ซึมเศร้า เหม่อลอย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เห็นภาพหลอน เดินออกไปคนเดียวและหายไปจากบ้าน

การดูแล

ผู้สูงอายุไม่มีบุตร อยู่กับสามี 2 คนเมื่อสามีเสียชีวิต จึงทำให้มีอาการป่วยทางจิต ญาติที่เป็นหลานได้นำผู้สูงอายุมาดูแล และพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อผู้สูงอายุกลับบ้านได้ ญาติดูแลยาให้กินสม่ำเสมอ มาอยู่ที่บ้าน ทุกคนในครอบครัวได้ให้การยอมรับผู้สูงอายุ อย่างไม่รังเกียจ ให้ทำงานบ้าน เช่น เตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน หางานง่าย ๆ ให้ทำ คือ ให้เหลาทางมะพร้างทำเป็นไม้กวาดพื้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

ความคิดเห็น

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยผู้สูงอายุ และมักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ทางด้านต่าง ๆ เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว ในกรณีผู้สูงอายุรายนี้ ภาวะซึมเศร้าอาจจะอยู่ในช่วงของภาวะสูญเสีย (Loss) บุตรชาย และสิ่งที่ตามมาจากการสูญเสียก็คือความเศร้าโศกเสียใจ เรียกว่าภาวะเศร้าโศก (Grief) ทั้งภาวะสูญเสีย (Loss) และ ภาวะเศร้าโศก (Grief) เป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องประสบ และอาการจะหายไปได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ และมักดีขึ้นภายใน 2-4 เดือน แต่บางคนปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ตามมา ผู้สูงอายุรายนี้ไม่สามารถปรับตัวตามภาวะสูญเสียตามปกติได้ จนมีอาการทางจิต (psychosis) จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยจากแพทย์เพื่อรับยารักษาอาการซึมเศร้า การดูแลให้กินยาสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการลงได้ การขาดยาจะทำให้ผู้สูงอายุอาการกำเริบและกลับมีอาการซ้ำได้อีก และเมื่อได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทุเลาแล้ว ผู้สูงอายุสามารถกลับไปปฏิบัติภารกิจต่างๆได้ เช่น การทำงานบ้าน ทำกับข้าว และการส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้ตนเอง ในผู้สูงอายุรายนี้คนในครอบครัวและคนในชุมชนให้การยอมรับความเจ็บป่วยทางจิตของผู้สูงอายุ โดยให้โอกาสอยู่ร่วมกันในสังคม ให้กำลังใจ ช่วยกันดูแล สร้างอาชีพ ก็จะทำให้ผู้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองและประกอบอาชีพตามความเหมาะสมและลดโอกาสการป่วยซ้ำได้

เรื่องที่ 28

เรื่อง ทำอย่างไรเมื่อแม่ร้องไห้ทุกคืน
ชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่า นางประกาย ทองสุข
เขียนเรื่องเล่าโดย นางลิขิต ขาววงศ์

ย้อนความเมื่อประมาณ 1 ปีที่ผ่านมาครอบครัวของผู้เล่าได้ให้ข้อมูลว่าในครอบครัวได้เกิดการสูญเสียอันใหญ่หลวงกับการจากไปจากโลกนี้ของบิดาที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดทุกคนในบ้านทั้งมารดาและบุตรเศร้าโศกเสียใจเป็นอย่างมากแต่ทุกคนก็ผ่านพ้นวิกฤตแห่งการสูญเสียคนเป็นที่รัก ยังคงเหลือแต่มารดาของเธอแต่เพียงผู้เดียว จากคำบอกเล่าของเธอ “มารดาเวลาตื่นตอนเช้าจะมีอาการตาบวมทุกวัน เวลาถามมักจะตอบบอกว่าคิดถึงพ่อที่ตายไป เพราะพ่อจะมาเข้าในฝันของมารดา” หลังจากนั้นมารดาก็จะมีอาการปวดเมื่อยต้นคอ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ใจสั่น ลูกสาวจึงพาไปหมอที่โรงพยาบาลหมอจัดยาคลายเครียดให้มารดามารับประทานก็รู้สึกดีขึ้นแต่ไม่มาก แม่ของเธอก็คงยังร้องไห้ตาบวมตอนเช้าทุกวัน อาการไม่ได้หายไป ยิ่งไปกว่านั้นมักจะนอนในบ้านทั้งกลางวันกลางคืน ไม่ยอมพบผู้ใดเหมือนแต่ก่อน บางครั้งไม่ค่อยพูด ถามคำตอบคำและไม่ร่วมงานสังคมในหมู่บ้านเหมือนเช่นเคย

จากการเจ็บป่วยของมารดาในครั้งนี้สร้างความลำบากใจให้กับเธอมาก ทั้งต้องเลี้ยงดูบุตร 2 คนในวัยเด็ก 4 ขวบ 2 ขวบ และต้องไปทำงานเพื่อหาเงินมาจุนเจือครอบครัว สร้างความเหนื่อยอ่อนล้าในแต่ละวัน แต่เธอก็อยากทำหน้าที่ของลูกให้ดีที่สุดเพื่อให้แม่หายจากโรคซึมเศร้า ดังนั้นเธอจึงปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง เริ่มจากเห็นความสำคัญของมารดามากขึ้น โดยเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน การตัดสินใจต่าง ๆ ก็จำนำมาปรึกษามารดาเสมอ มารดาก็จะให้ข้อเสนอแนะดีดีแก่เธอ เมื่อเธอพบมารดาร้องไห้ตอนกลางคืนเมื่อสามีเธอทำงานที่ไต้หวันเธอนอนกับลูก จึงย้ายครอบครัวมานอนกับมารดา และก่อนนอนมักจะฟังมารดาเล่าปัญหาต่าง ๆ หรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ในอดีตโดยไม่ขัดแย้ง จนเผลอนอนหลับไป พอตื่นตอนเช้าก็ทำอาหารที่ท่านชอบให้รับประทานพาไปวัดในวันพระ ส่วนตอนกลางวันเพื่อไม่ให้มารดาว่างมักจะมอบหมายให้เลี้ยงหลานเวลาเธอไปทำงานนอกบ้าน และไม่ชวนทะเลาะกับมารดา ลดความขัดแย้งในครอบครัว

เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 3 เดือนมารดาของเธอเริ่มร้องไห้คิดถึงสามีที่เสียชีวิตไปน้อยลง สนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ร่วมกิจกรรมสังคม เช่น งานวัด งานศพ ไปเกี่ยวข้าวกับเพื่อนบ้าน หักข้าวโพด ได้ ไม่เก็บตัว หรือเงียบขรึมเหมือนเช่นเคยและทุกวันพระมารดาจะทำอาหารไปทำบุญส่วนกุศลให้พ่อที่เสียชีวิตไปทุกวันพระ

ความทุกข์ใจของผู้ดูแลเริ่มผ่อนคลายบรรยากาศความสุขภายในครอบครัวกลับมาเหมือนเดิมอีกครั้ง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของเธอในครั้งนี้เรื่องการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สร้างความเศร้าโศกเสียใจให้กับทุกคนแต่ใครจะผ่านพ้นปัญหานี้ไปได้คงต้องใช้เวลาและการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวถ้าไม่เช่นนั้นโรคที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทางจิตใจเช่นโรคซึมเศร้าจะแกะกินหัวใจบุคคลนั้นไว้ส่งผลต่อการ

เจ็บป่วยทางกายได้ ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจภายในครอบครัวได้นั้นคือคำกล่าวของบุตรสาวที่ได้ดูแลมารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าในครั้งนี้

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

<u>อาการ</u>

มารดาเวลาตื่นตอนเช้ามีอาการตาบวมทุกวัน เพราะคิดถึงพ่อที่ตายไป จากนั้นมารดาก็จะมีอาการปวดเมื่อยต้นคอ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ใจสั่น ลูกสาวจึงพาไปหมอที่โรงพยาบาลหมอจัดยาคลายเครียดให้มารดามารับประทานก็รู้สึกดีขึ้นแต่ไม่มาก แม่ของเธอก็คงยังร้องไห้ตาบวมตอนเช้าทุกวันไม่ได้หายไป ยิ่งไปกว่านั้นมักจะนอนในบ้านทั้ง กลางวัน กลางคืน ไม่ยอมพบผู้ใดเหมือนแต่ก่อน บางครั้งไม่ค่อยพูด ถามคำตอบคำและไม่ร่วมงานสังคมในหมู่บ้านเหมือนเช่นเคย เมื่อลูกสาวให้ความสำคัญและดูแลมารดามากขึ้น ทำให้มารดาเริ่มร้องไห้คิดถึงสามีที่เสียชีวิตไปน้อยลง สนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ร่วมกิจกรรมสังคม เช่น งานวัด งานศพ ไปเกี่ยวข้าวกับเพื่อนบ้าน หักข้าวโพดได้ ไม่เก็บตัว หรือเงียบขรึมเหมือนเช่นเคย และทุกวันพระจะทำอาหารไปทำบุญส่วนกุศลให้พ่อที่เสียชีวิตไปทุกวันพระ

<u>วิธีการดูแล</u>

ลูกสาวดูแลมารดาเป็นอย่างดี ลูกสาวได้ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยเริ่มจากเห็นความสำคัญของมารดามากขึ้น เมื่อมีปัญหากับการทำงานจะนำมาปรึกษามารดาเสมอ และลูกสาวก็ย้ายมานอนกับมารดา ก่อนนอนมักจะฟังมารดาเล่าปัญหาต่าง ๆ เรื่องราวต่าง ๆ ในอดีตโดยไม่ขัดแย้ง พอตื่นเช้าก็ทำอาหารที่มารดาชอบให้รับประทาน พาไปวัดในวันพระ ส่วนกลางวันเพื่อไม่ให้มารดาว่างจะก็มอบหมายให้เลี้ยงหลาน เวลาลูกสาวออกไปทำงานนอกบ้าน จะไม่ทะเลาะกับมารดา ลดความขัดแย้งในครอบครัวลง เมื่อ 3 เดือนผ่านไป มารดาร้องไห้น้อยลง สนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ร่วมกิจกรรมสังคม

<u>หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล</u>

การให้ความสำคัญกับบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะลูก ๆ ที่ดูแลพ่อแม่ที่มีอาการซึมเศร้าถือว่าเป็นบุคคลแรก ๆ ที่จะเข้ามาช่วยในการรักษาอาการซึมเศร้าให้หายได้ จากกรณีนี้ลูกสาวหันกลับมาให้ความสำคัญกับมารดาโดยลืมความขัดแย้งไว้เพื่อดูแลมารดาให้ได้อย่างเต็มที่ ทั้งการให้ความอบอุ่นใจ การดูแลเรื่องอาหารการกิน การชวนให้มารดาทำกิจกรรมอื่นที่จะไม่ต้องจมจ่ออยู่กับความรู้สึกสูญเสียสามีที่จากไปอยู่ตลอดเวลา ทำให้ลดอาการซึมเศร้าลงได้อย่างเป็นอย่างดี

<u>ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี</u>

หากมารดามีกำลังใจที่ดีขึ้นในระดับหนึ่งแล้วควรทำจิตบำบัดเพิ่มเติมเพื่อให้มารดาตัดความเศร้าโศกภายในใจอันเนื่องมาจากการสูญเสียบุคคลที่รักไป

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น ไม่พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีอาการทางกาย แต่มีอาการทางจิตใจ คือ อาการซึมเศร้า เนื่องจากสามีเสียชีวิต มีอาการเศร้าเสียใจ ร้องไห้ฝันถึงสามีที่เสียชีวิต ปวดเมื่อยต้นคอ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ใจสั่น ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ไม่พูดคุยกับใคร เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน

การดูแล

ลูกสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลได้พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อรับยาคลายเครียดและจัดยาให้กินสม่ำเสมอ หลังจากกลับจากการทำงานที่เหนื่อยล้า แต่ก็พยายามทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น นำเรื่องที่เป้นปัญหาของตัวเองมาขอคำแนะนำจากผู้สูงอายุ ย้ายมานอนด้วย ทำอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ พาไปวัด ให้ช่วยเลี้ยงหลานและไม่พยายามขัดแย้งกับผู้สูงอายุ เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 3 เดือน ผู้สูงอายุมีการดีขึ้น

ความคิดเห็น

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยผู้สูงอายุ และมักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ทางด้านต่างๆ เป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัว ในกรณีผู้สูงอายุรายนี้ ภาวะซึมเศร้าอาจจะอยู่ในช่วงของภาวะสูญเสีย (Loss) บุตรชาย และสิ่งที่ตามมาจากการสูญเสียก็คือความเศร้าโศกเสียใจ เรียกว่าภาวะเศร้าโศก (Grief) ทั้งภาวะสูญเสีย (Loss) และ ภาวะเศร้าโศก (Grief) เป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องประสบ และอาการจะหายไปได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ และมักดีขึ้นภายใน 2-4 เดือน แต่บางคนปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ตามมา ผู้สูงอายุรายนี้ไม่สามารถปรับตัวตามภาวะสูญเสียตามปกติได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยจากแพทย์เพื่อรับยารักษาอาการซึมเศร้า การดูแลให้กินยาสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการลงได้ การขาดยาจะทำให้ผู้สูงอายุอาการกำเริบและกลับมีอาการซ้ำได้อีก การให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุจากคนในครอบครัว เช่น ให้เป็นที่ปรึกษา ให้ช่วยเหลืองานต่างๆ แบ่งความรับผิดชอบให้ผู้สูงอายุบ้าง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนอกจากนี้ควรส่งเสริมสุขภาพทางจิตด้วยการให้ผู้สูงอายุได้มีการผ่อนคลายความเครียด และได้ทำในสิ่งที่มีความสุข เช่น การพาไปวัด การทำอาหารที่ชอบ และอยู่เป็นเพื่อน ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น

เรื่องที่ 29

เรื่อง “ช่วงชีวิตที่ดีที่สุด”
เจ้าของเรื่องเล่า นางนันทนา ตองกิ่งแดง บุตรสาวผู้ดูแล
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว ทิวาพร นวมมณี

ตาวานกับยายทุมมี อยู่กันสองคน ประมาณ ๒ ปี ยายทุมมีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหนังแข็ง โรครูมาตอยด์ ซึ่งมีอาการปวดตามข้อต่าง ๆ มาก ทำให้ตาวานเครียดและกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของยายทุมมีมากเพราะไม่รู้จะพาไปหาหมออย่างไร ไม่มีใครดูแลยายทุมมี เพราะทั้งตาวานและลูกต้องออกไปทำไร่ทำนาและที่สำคัญอยู่กันคนละบ้าน บ่อยครั้งที่ตาวานรีบถีบจักรยายจากที่ทำนามาดูยาย มาแบบน้ำตาอาบแก้ม ลูกๆก็เลยบอกว่าถ้างั้นพายายทุมมีไปหาหมอ ข้าวยังไม่ต้องเกี่ยว ลูก ๆ จึงตัดสินใจพายายทุมมีไปหาหมอ เพราะสังเกตเห็นตาวานดูเหนื่อย ๆ มาก และช่วงนั้นหนูก็ต้องเลี้ยงลูกคนหนึ่งอยู่ด้วย พอไปถึงโรงพยาบาล ยายก็ได้นอนโรงพยาบาล หลังจากนั้นยายทุมมีก็ได้รักษาตัวตามแผนการรักษาของแพทย์จนอาการต่างๆเริ่มดีขึ้นจึงได้กลับมาอยู่บ้านกับลูกสาวชื่อนัน ซึ่งตาวานก็ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของยายทุมมี อยู่ดีและอีกอย่างตาวานก็สุขภาพไม่ค่อยดีมีความดันต่ำและหายใจเหนื่อย ๆ เวลาลูกทำงานก็อยากทำด้วย เพราะตาวานเป็นคนขยัน คุณตามักบอกประจำว่าเหนื่อย หากลูกถามว่าจะไปหาหมอไหม ตาวานจะบอกว่าเดี๋ยวดูอาการก่อนสักพัก จะดูอาการก่อนอยู่เรื่อย หากเป็นหนักขึ้นตาวานก็มักจะบอกว่าไม่ต้องห่วงมาก ให้ไปดูแลยายทุมมีกับหลาน ๆ ดีกว่า แต่ตาวานก็ยอมที่จะไม่ทำงานหนัก ลูกก็ขอร้องว่าไม่ให้มาทำงานหนักด้วย ให้ดูแลหลานแทน หากเป็นอะไรขึ้นมา ลูก ๆ ก็จะต้องดูแลทั้งตาและยาย

ตาบอกว่าไม่มีใครช่วย ไม่มีใครดูแล แต่ก่อนตาเป็นทำอาหารให้ยายกิน พอลูก ๆ มาทำก็ไม่รู้ว่ายายชอบทานแบบไหน ก็เลยทำไม่ถูก เกรงว่าจะผิดกับโรคของยายด้วย ก็เลยขอร้องยายให้ทานจืด ๆ พอยายทานอย่างนั้นทำให้ความดันไม่ขึ้น ปกติ แต่ที่ความดันต่ำเพราะต้องนั่งรถมอเตอร์ไซค์ไป ทำให้เหนื่อย ขณะที่ยายไปตาก็กังวลอยู่บ้างเป็นห่วงยายเพราะแต่ก่อนเคยเป็นคนขับให้ยาย พอไปถึงโรงพยาบาลก็เลยขอคุณหมอนั่งพักก่อนโดยให้เหตุผลว่านั่งรถมอเตอร์ไซค์มา แต่ทุกวันนี้ถ้าตาต้องไปโรงพยาบาล ฉันต้องไปด้วย หากยายไปหาหมอฉันก็ต้องไปด้วย ขับมอเตอร์ไซค์ไปให้ตายายนั่งซ้อนท้าย ที่ฉันไปด้วยเพราะจะได้รู้ว่าตายายเป็นอย่างไรบ้าง เพราะตาไม่ค่อยได้ยินที่หมอพูดหมอถาม ฉันจึงต้องไปด้วย และเอาข้อมูลมาแนะนำตาว่าเป็นความดันต่ำไม่ต้องทำงานมาก ดูแลตนเอง พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่กินเผ็ดกินเค็ม เดี๋ยวโรคไตจะตามมา

เวลาที่ตาไปหาหมอฉันจะถามว่าจะไปคนเดียวเหรอ ไม่ให้ไปด้วยเหรอ ตาก็บอกว่าไป ๆ เดี๋ยวตาจะขับให้ฉันนั่งซ้อนท้าย ก็เคยอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก็คิดไปว่าหากพ่อแม่นั่งอยู่คนเดียว ไม่ได้อธิบาย ไม่ได้พูดให้คนนั้นคนนี้ฟัง หากเป็นมากขึ้นจะทำให้พูดอยู่คนเดียว พึมพำคนเดียว จากจุดนี้มันทำให้ฉันคิดว่าจะทำอย่างไรไม่ให้ตากับยายเป็นซึมเศร้า เพราะถ้าหากตาและยายเป็นอะไร ฉันจะเป็นคนแรกที่จะลำบากไปกับตายายด้วย ฉันจะหมั่นถามว่าวันนี้ทำอะไรบ้าง กินอะไร ยาหมดหรือยัง และก็ชวนพูคุยเรื่องอื่นๆ แต่ตาจะคุยแต่เรื่องการทำนาอย่างเดียว พอคุยเรื่องทำนาตาและยายรู้สึกสดชื่นขึ้นมาได้บ้าง แล้วตาก็จะแนะนำให้ลูก ๆ

ทำอย่างโน้นทำอย่างนี้ที่เกี่ยวกับการทำนา แล้วฉันก็ตอบรับก็ยิ่งทำให้ตากับยายกระปรี้กระเปร่ามากขึ้น ถ้าเป็นลูก ๆ คนอื่นก็ไม่เท่านี้ จะไม่พูดไม่วานเลย ทั้งอาการสดชื่นหรือหดหู่ ตาจะแสดงออกมาทางสีหน้าเลย ก็ได้บอกตาอยู่ประจำว่าไม่ต้องห่วงอะไรมากจะดูแลคุณยายให้ในช่วงที่ตาไม่อยู่

ฉันก็เหนื่อยนะที่ต้องดูแลทั้งตาและยายแต่เมื่อนึกถึงว่ามีพระที่บ้านอยู่ 2 องค์ เป็นพระที่เราต้องดูแลก่อนพระที่อยู่ที่วัด ฉันก็คิดอย่างนี้ มันดีแล้วที่ได้ดูแลเขา ถึงแม้ว่ามันจะยากลำบาก ก็ช่างหัวมัน ตนเองจะได้กินน้อย แต่ก็ขอให้เขาทั้ง 2 ได้กินมาก ๆ มันก็ดีที่สุดแล้ว

พอฉันได้ดูแลทั้งตาและยาย อย่างเต็มที่ ฉันรู้สึกว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นสุด ๆ กว่าแต่ก่อนมาก ได้พูดคุยกันมากขึ้นทั้งลูกๆ หลานๆ ตายายก็พูดคุยกันมากขึ้น แต่ยายก็มีไม่ชอบที่หลานคนโต (ลูกคนแรกของฉันชื่อโอ๊ต) ที่ชอบส่งเสียงเอะอะโวยวาย ซึ่งจะทำให้ยายหงุดหงิด ก็เลยได้ปลอบยายไปว่ามีเด็กให้หงุดหงิดดีกว่าไม่มีนะ ซึ่งรวมถึงได้ดูแลกันด้วย ได้ทานข้าวพร้อม ๆ กันด้วย พอได้ทานข้าวพร้อมกันก็ได้มีเรื่องมาคุยกันมากขึ้น ความรู้สึกเราก็เลยดีที่ได้ดูแลเขาด้วย ฉันเพิ่งรู้ว่าการได้คุยกัน การได้นั่งปรึกษากันหลาย ๆ เรื่อง มันทำให้ฉันรู้จักตายายในมุมที่เป็นห่วงคนนั้นคนนี้ ก็ได้บอกให้อยู่กันตนเอง ไม่ต้องไปคิดเรื่องคนโน้นคนนี้ให้มาก ตั้งใจดูแลสุขภาพตนเองจะดีกว่า อายุยืดได้เพิ่มขึ้นมาวันหนึ่งก็เอา ก็จะมีโอกาสได้ทำบุญทำทานลูกหลานไปโรงเรียนก็ได้เห็น เวลาไปหาหมอ ถึงจะมีตังค์ไม่มีตังค์ ฉันก็จะต้องซื้อนมกับผลไม้ให้ทั้งตายายทานเสมอ เวลาถามว่าเมื่อไหร่จะต้องไปหาหมอ ตาและยายก็จะจำและบอกได้เลย เหมือนมีความสุขที่ได้ไปหาหมอมากขึ้น มีความหวังในชีวิตมากขึ้น ทำความสะอาดร่างกายตนเอง ไม่ลืมกินยา กินข้าวตามเวลา เท่านี้ฉันก็ดีใจแล้วที่ได้ดูแลผู้มีพระคุณ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ
รู้สึกเหนื่อยที่ต้องดูแลทั้งตาและยาย แต่มีความรู้สึกว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นกว่าเมื่อก่อน

วิธีการดูแล
พาคุณตากับคุณยายไปโรงพยาบาล นำข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันมาแนะนำคุณตาว่าต้องทำอย่างไรบ้าง จะหมั่นถามคุณตาและคุณยายว่าวันนี้ทำอะไรบ้าง กินอะไร ยาหมดหรือยัง และก็ชวนพูดคุยเรื่องอื่น ๆ เมื่อคุยเรื่องทำนาตาและยายรู้สึกสดชื่นขึ้นมา ดูแลคุณตาคุณยาย ทานข้าวพร้อมกัน ซื้อนมกับผลไม้ให้ทั้งตายายทานเสมอ

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี
ให้กำลังใจกันและกันเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจของคุณตาและคุณยาย

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

จากเรื่องเล่า ที่กล่าวถึงตาวานที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความเครียดและกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของยายทุมมีที่เป็นภรรยา เนื่องจากยายทุมเจ็บป่วยเรื้อรัง การพาไปพบแพทย์เป็นความยากลำบาก และไม่มีใครดูแลยายทุมมีอีกด้วย เพราะทั้งตาวานและลูกต้องออกไปทำไร่ทำนา นอกจากนี้ ตัวของตาวานเองก็มีปัญหาสุขภาพความดันต่ำและหายใจเหนื่อย ๆ ความเครียดดังกล่าว ไม่ใช่อาการของโรคซึมเศร้า หรือ โรควิตกกังวล แต่ทั้งยายวานและตาทุม มีปัญหาสุขภาพทางกาย ทำให้ส่งผลต่อสุขภาพจิต ดังนั้นผู้ดูแล จึงควร ให้ความดูแล คอยห่วงใย เอาใส่ใจ มีความเมตตากรุณา และจะต้องพยายามทำความเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุว่าต้องการอะไร

ส่วนเจ้าของเรื่องเล่า บุตรสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลน่ามีความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตจากการที่ต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงสองคน ที่อาจมีสาเหตุมากจากความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ หรือปัญหาขาดความเป็นอิสระเพราะการดำเนินชีวิตประจำวันก็ต้องเปลี่ยนแปลงไปเพื่อปรับตนเองให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่ผู้ดูแลไปอ่านหนังสือมาว่าโรคซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมนั่งอยู่คนเดียว ไม่อธิบาย ไม่พูด หากเป็นมากขึ้น จะทำให้พูดอยู่คนเดียว พึมพำคนเดียว แต่ในความเป็นจริงแล้วการประเมินว่ากลุ่มวัยสูงอายุหรือกลุ่มวัยอื่นๆ มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือไม่นั้นจะต้องมีลักษณะตามเกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive episode ของ DSM-IV เช่น มีอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำลดลงอย่างมาก น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับหรือหลับมากเหนื่อยอ่อนเพลียหรือไม่มีแรง มีความรู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมาก สมาธิหรือความคิดอ่านลดลง เป็นต้น

เรื่องที่ 30

เรื่อง “ประสบการณ์ทำให้เข้าใจ”
เจ้าของเรื่องเล่า นางเดือนเพ็ญ สอนสูญ บุตรสาวผู้ดูแล
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว ทิวาพร นวมมณี

นางเดือนเพ็ญ สอนสูญ เล่าให้ฟังว่า เมื่อ วันที่ 5 ตุลาคม 2557 ที่ผ่านมายายสรรเสริญเข้านอนพักรักษาตัวที่ รพศ.สกลนคร ด้วยอาการเหนื่อย อ่อนเพลียมาก คลื่นใส้ อาเจียน น้ำหนักลด / นอนที่ตึก อญ. มาเรื่อย ๆ จนวันที่ 22 ต.ค. 57 หลังจากทำอัลตร้าซาวด์ ส่องกล้อง พบก็นเนื้อ ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลเป็นมะเร็งลำไส้แจ้งญาติแต่ปิดคนไข้ ตอนที่คุยกันคุณยายไม่ได้ใช้เครื่องช่วยฟัง (ไม่ได้ใช้มาตั้งหลายวัน) อายุรแพทย์คิดว่ายายไม่ได้ยินจึงบอกลูกสาวว่ายายมีเนื้องอกที่ลำไส้ จะปรึกษาศัลยแพทย์ ปรากฏว่ายายอ่านริมฝีปากได้ความว่าเป็นเนื้องอก หลังจากคุณหมอไปแล้ว คุณยายคาดคั้น (สีหน้าวิตกกังวล) ถามลูกสาวว่า แม่เป็นมะเร็งใช่ไหม อาการมันเหมือนในหนังสือที่แม่เคยอ่าน แม่น้ำหนักลด เดือนเพ็ญจึงบอกว่า ไม่ใช่ เป็นแค่เนื้องอกไม่ใช่มะเร็ง ที่แม่น้ำหนักลดเพราะเนื้องอกมันทำให้แม่กินข้าวไม่ได้ แม่คลื่นไส้ พอแม่อาเจียนหนัก ๆ น้ำหนักมันก็ต้องลดเป็นธรรมดา การผ่าตัดช่วยให้แม่ยายหายได้ (สีหน้าคุณยายสดชื่น) **<u>คุณยายบอกว่าสู้</u>**

วันที่ไปเยี่ยมคุณยาย (เสาร์ที่ 1 ต.ค. 57) เป็นวันหลังผ่าตัดวันที่ 4 คุณยายสามารถจิบน้ำได้แล้ว และลูกเดินช้า ๆ ออกไปนอกตึก ศญ.ได้ สีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษา ด้วยดีทุกอย่าง แต่ก็ยังถามเรื่องไม่ใช่มะเร็งใช่ไหม หน่อนว่า ถ้ากลับเข้าไปหลังจากที่แยกมาให้สัมภาษณ์ แม่ต้องสงสัยแน่ ว่าแอบมาคุยอะไรกัน ดังนั้น ตอนที่กลับเข้าไปลายายกลับ จึงสัพยอกคุณยายว่า หมอกะโขง (กวน ๆ) เนาะ วันหยุดยังตามมาใช้งานหน่อนเพราะสงสัยในขั้นตอนและอยากให้หน่อนช่วยประสานเรื่องการลงทะเบียน ทำบัตรผู้พิการ ให้นายเจริญ กรจักร ผู้ป่วยสมองเสื่อม (ซึ่งคุณยายรู้จักเป็นอย่างดี หน่อนเป็น อสม.และเป็น สอบต. : สมาชิกสภาตำบล) คุณยายพยักหน้ารับรู้ (ไม่มีสีหน้ากังวล หรือ สงสัย) และให้ศีลให้พร (ตอนกลับเข้าไปสวมเครื่องช่วยฟัง) ความรู้สึกของหน่อน รับรู้ได้ว่าแม่มีความวิตกกังวล เพราะแม่เป็นคนที่ตรงไปตรงมา ไม่เก็บอาการ ถ้าแม่หงุดหงิดหรืองอน หรือกังวลเรื่องพี่ชายที่แม่ห่วงอยู่ห่างๆ หน่อนจะคอยให้กำลังใจ ถ้าแม่ประท้วง เช่น ถามว่าจะกินข้าวหรือยังแม่จะบอกปัดว่าไม่กิน หน่อนก็จัดหาให้ตามปกติ ซึ่งแม่ก็กิน แม้จะเคยท้อบ้าง เพราะคิดว่าดูแลแล้ว ทำไมต้องมารองรับอารมณ์ ก็ทำใจได้ เพราะนี่ คือ แม่ “พระของลูก” และเคยดูแลสามีที่พิการมาก่อน ปัจจุบันสามีเสียชีวิตแล้ว จึงทำให้เข้าแม่มากขึ้น และอีกอย่างแม่ก็อายุมากแล้ว อะไรๆ ก็ไม่ปกติ แต่กลัวอย่างเดียวก็แม่ไม่ยอมพูดเท่านั้นและ แม่พูดมาก งอนมาก ประท้วงมากไม่เป็นไร ทนได้

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

มีการพูดคุยและตอบคำถามที่ทำให้แม่สบายใจ สังเกตความรู้สึกของแม่ได้ดี โดยรู้สึกได้ว่าแม่เกิดความวิตกกังวล และผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะดูแลแม่

วิธีการดูแล

ดูแลด้วยความเต็มใจและความเข้าใจ พร้อมที่จะรับได้ทุกสถานการณ์ คอยให้กำลังใจ นอกจากนี้ สามารถที่จะสื่อสารให้แม่มีความสบายใจขึ้นได้

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

วิเคราะห์ตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากคุณเดือนเพ็ญมีความวิตกกังวลเมื่อรู้สึกว่าแม่ของเธอเกิดความวิตกกังวล เราจะช่วยเขาโดยการให้เขาได้ระบายความรู้สึกของเขาออกมา โดยที่เราจะฟังอย่างตั้งใจและคอยให้กำลังใจเขาเพื่อที่เขาจะได้ลดความกังวลลงได้ และเชื่อว่าตัวเขามีความสามารถที่จะดูแลแม่เขาได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

หมั่นพูดคุยกับคุณแม่อยู่บ่อย ๆ เพื่อให้ท่านได้ลดความผ่อนคลายลง หรือการหากิจกรรมต่าง ๆ ให้ทำ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

ยายสรรเสริญป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ซึ่งคุณยายก็ไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นมะเร็งหรือไม่ เพราะลูกปกปิดไม่ให้รู้ความจริง ซึ่งผู้ดูแลก็รับรู้ได้ว่าแม่มีความวิตกกังวล มารดาพยายามคาดคั้น ถามลูกสาวว่า “แม่เป็นมะเร็งใช่ไหม อาการมันเหมือนในหนังสือที่แม่เคยอ่าน แม่น้ำหนักลด” แต่ลูกก็ปฏิเสธ และบอกว่า “การผ่าตัดช่วยให้แม่หายได้” แม้ว่าการผ่าตัดผ่านไปด้วยดีทุกอย่าง แต่คุณยายก็ยังถามว่า คุณยายเป็นมะเร็งใช่หรือ ไม่ แสดงให้เห็นว่า ความกังวลดังกล่าวยังคงอยู่ในความคิดของคุณยาย ซึ่งคุณยายก็ต้องพยายามค้นหาความจริงในสิ่งที่ต้องการรู้

สิ่งที่น่าสนใจคือ การที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคร้าย เช่นมะเร็ง เป็นการดูแลที่ต้องใช้พลังใจจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเล่านี้ ผู้ดูแลต้องรับรู้ว่าแม่ตนเองป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเองเกิดทุกข์ทรมานจากข่าวร้ายที่รับรู้ ในขณะเดียวกันมารดาก็มีความสงสัยในอาการป่วยของตนว่าตนเองจะต้องเป็นมะเร็งแน่นอน สถานการณ์ดังกล่าว ก็เหมือนกับคนที่กำลังทุกข์ทรมานสองคนอยู่ในห้องสี่เหลี่ยมมืด ๆ ต่างนั่งอยู่ในคนละมุมห้อง ต่างคนต่างคิด จมอยู่ในความคิดความทุกข์ทรมานเพียงลำพัง แทนที่ทั้งสองจะมาร่วมแบ่งปัน ปลอบประโลมความรู้สึกของกันและกัน สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลต่อการดูแลรักษา เพราะสิ่งสำคัญของการดูแลรักษา คือผู้ดูแลและผู้ป่วยร่วมรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย วางแผนขั้นตอนการรักษาร่วมกับแพทย์เพื่อการรักษาสมบูรณ์มากขึ้น นอกจากนี้การดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้การดูแลด้านร่างกาย หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียดและเป็นทุกข์จากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ผู้ดูแล จะต้องให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าเขาไม่ได้เผชิญกับโรคมะเร็ง หรืออาการเจ็บป่วยตามลำพัง ซึ่งหากยังต้องปกปิดความเป็นจริงต่อไป ก็อาจส่งผลในแง่ของความร่วมมือในการรักษา และการดูแลคุณยายสรรเสริญก็อาจจะทำได้เพียงแค่ปลอบใจเท่านั้น ไม่สามารถเข้าถึงจิตใจที่กำลังทุกข์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

เรื่องที่ 31

เรื่อง “ทำไมถึงคิดไม่ได้”
เจ้าของเรื่องเล่า นางไว เขียวชอุ่ม บุตรสาวที่ดูแล
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว ทิวาพร นวมมณี

เรื่องเล่าของ นาง ไว เขียวชอุ่ม บุตรสาวของนาย กองศรี หล้าชาญ มีอยู่ว่านายกองศรีเริ่มมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรงเมื่อปี 2555 ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้มากนักในช่วงแรกๆ ต้องอาศัยภรรยาและลูกสาวชื่อนางไวเป็นผู้ดูแลหลัก หลังจากนายกองศรีเริ่มมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง นายกองศรีก็เริ่มมีอาการหงุดหงิด ด่าว่า ภรรยาและลูกสาวเวลาทำอะไรให้ไม่ถูกใจมาตลอด แต่ช่วง 1 ปีที่ผ่านมานายกองศรี ดูซึมๆลง ไม่ค่อยพูด ไม่ยอมออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูตนเองจนนางไวรับรู้ได้ว่านายกองศรีท้อแท้ ตอนกลางคืนก็นอนหลับ ๆ ตื่น เวลามีทีมหมอไปเยี่ยมนายกองศรีจะมีสีหน้าที่สดชื่น พูดคุยมากขึ้น เป็นอย่างเกือบทุกครั้ง นาง ไวเล่าว่า บางวันที่พ่อต้องอยู่บ้านคนเดียว ก็จะนั่งเม่อลอย แววตาดูเศร้า นางไวจึงบอกให้ลูกสาว 2 คน ของตนเองเข้าไปพูดคุยกับตาบ้าง ผลกลับเป็นว่าตากองศรีไม่ค่อยพูดคุยด้วยแถมยังตวาดใส่หลาน ๆ อีก ทำให้หลานสาว 2 คนไม่อยากเข้าไปยุ่งกับตาอีก ส่วนภรรยาของนายกองศรีก็ไม่ค่อยได้ช่วยดูแลอะไรเพราะตนเองก็สุขภาพไม่ดี ทำให้ ทั้งพ่อและแม่ของ นางไว ดูไม่มีความสุขเอาเสียเลย และก็ส่งผลให้ นางไว พลอย เครียดไปด้วย แต่ก็ยังดีที่ มีสามีที่เข้าใจ ค่อยให้กำลังใจและรับฟังความทุกข์ใจของ นางไว มาตลอด ตั้งแต่ พ่อป่วยและมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง สามีนางไว บอกกับนางไว ว่า “ดูแลพ่อแม่ไปเถอะไม่ต้องห่วงฉันหรอ เป็นลูกต้องดูแลพ่อแม่”

เมื่อ อสม. บ้านแมด มาเยี่ยม นายกองศรี และก็ได้มาพูดคุยและให้กำลังใจ นางไว ด้วย พอดีทางหมู่บ้านจะมีงานทำบุญ อสม เลยชวนให้นางไวพา พ่อและแม่ ไปทำบุญ ด้วยกัน แรก ๆ นายกองศรีปฏิเสธไม่อยากไปเพราะไม่มีรถ และที่สำคัญก่เดินไม่ค่อยถนัด แต่ อสม บอกว่า จะประสานงาน กับ อบต เพื่อจัดหารถมารับผู้สูงอายุในชุมชนไปทำบุญให้ นายกองศรีถึงได้ยอมไป หลังจาก ไปทำบุญกลับมา นางไว เริ่มคิดได้ว่า นายกองศรีน่าจะดีขึ้นเพราะจากคำบอกเล่าของผู้เฒ่าผู้แก่ ในวันทำบุญบอกเป็นเสียงเดียวกันว่า นายกองศรีป่วยใจ เพราะร่างกายยังพอไหว จึงทำให้ นางไว พอมีความหวังที่จะช่วยให้นายกองศรีกลับมาพูดคุยเหมือนเดิม ดังนั้น นางไว จึงไปซื้อ วิทยุเล็ก ๆ ราคา 99 บาท มานำมาตั้งไว้ใกล้ที่นอนของนายกองศรี เปิดเพลงบ้าง เปิดข่าว บ้าง ช่วงแรกๆ นายกองศรีบ่นว่ารำคาญ ให้ปิด แต่ นางไว ก็ใช้วิธีเปิด ๆ ปิด นายกองศรีก็ไม่ได้บ่นอะไรอีก มีคนแนะนำให้เปิดช่องที่มีพระเทศน์ ให้นายกองศรีฟัง บ่อย ๆ นางไว ถึงกับ ตบหัวตัวเอง ว่า ทำไมถึงคิดไม่ได้ เพราะตั้งแต่โตขึ้นมาก็เห็นพ่อชอบไปทำบุญ คุยกับพระเป็นประจำ หลังจากนั้น นางไว ก็เปิดช่องวิทยุที่มีพระเทศน์ทุกวัน ผลพบว่า ทั้งพ่อและแม่ก็นั่งฟัง แต่ที่สังเกตเห็นได้ชัดคือสีหน้าดูสดชื่นขึ้น บ้างที่ทั้งพ่อและแม่ก็หันมาคุยกันบ้าง ซึ่งเมื่อก่อนไม่ค่อยคุยกันซักเท่าไหร่นางไวเล่าให้ฟังต่อไปว่า ก็ไม่รู้ว่าอีกนานหรือไม่ที่พ่อจะกลับมามีกำลังใจฟื้นฟูตนเองให้แข็งแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหมอก็บอกว่า ต้องควบคุมอาหาร ออกกำลัง และนอนพักผ่อนไม่ให้เครียด ซึ่งที่หมอบอกไม่ให้เครียดเนี่ยมันเป็นเรื่องยากมาก เพราะพ่อรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของลูกสาวกับลูกเขย เพราะรายได้ส่วนใหญ่มาจากลูกเขย ซึ่งเมื่อก่อนนายกองศรี ยังพอหาเงินด้วยตนเองได้บ้างด้วยวิธีการรับจ้าง แต่ตอนนี้ทำอะไรไม่ค่อยถนัด เรื่องนี้แหละที่ทำให้พ่อเครียดไม่หาย แต่ ณ วันนี้ พ่อก็ดูมีอารมณ์ดีขึ้นกว่าเมื่อก่อนนะ และ สรุปสุดท้าย นางไว กล่าว ว่า “พ่อแม่ยิ้มได้เราก็มีความสุข”

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

นางไวไม่มีความสุข และเครียดกับการดูแลพ่อที่มีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง และมีอารมณ์รุนแรง ดุด่าคนในครอบครัว แต่นางไวก็รู้สึกดีที่มีสามีคอยให้กำลังใจและรับฟังความทุกข์ของเธอ

วิธีการดูแล

นางไวดูแลพ่อที่ป่วยโดยการให้ฟังพระเทศน์ทางวิทยุ นางไวใช้วิธีเปิดปิดวิทยุโดยที่ช่วงแรก ๆ นายกองศรีรู้สึกรำคาญจนนายกองศรีเลิกบ่น

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

นางไวเหนื่อยใจกับการดูแลพ่อ ทำให้เขาเครียดและไม่มีความสุข แต่นางไวลืมนึกไปว่า นายกองศรีต้องการอะไร จากกรณีศึกษานางไวใช้พระเทศน์ทางวิทยุ เพื่อให้พ่อมีความสุข ซึ่งได้ผล เพราะนางไวนึกได้ว่าพ่อชอบทำบุญ ถ้าสามารถทำให้นางไวทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ที่พ่อเขาชอบหรือต้องการ นางไวน่าจะมีวิธีการดูแลพ่อที่ดีขึ้น จึงสอดคล้องกับทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้นางไวได้ทบทวนเรื่องราวของตนเองกับพ่อให้มากขึ้น ได้สำรวจในสิ่งที่พ่อของตนเองต้องการ

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

พยายามชวนคุย ทำกิจกรรมร่วมกันโดยเน้นการสนทนาระหว่างกัน เพื่อที่จะทำให้นางไวรู้จักตัวตนของพ่อมากยิ่งขึ้น รวมถึงได้สำรวจในสิ่งที่พ่อต้องการ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

หลังจากนายกองศรี เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายคือมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง นายกองศรี ก็เริ่มมีอาการหงุดหงิด ด่าว่า ภรรยาและลูกสาวเวลาทำอะไรให้ไม่ถูกใจ มาตลอด และในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา นายกองศรี ดูซึม ๆ ลง ไม่ค่อยพูด ไม่ยอมออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูตนเอง จน นางไว รับรู้ได้ว่า นายกองศรี ท้อแท้ ตอนกลางคืนก็นอนหลับ ๆ ตื่น เวลามีทีมหมอไปเยี่ยม นายกองศรี จะมีสีหน้าที่สดชื่น พูดคุย มากขึ้น เป็นอย่างเกือบทุกครั้ง นาง ไว เล่าว่าบ้างวันที่ พ่อต้องอยู่บ้านคนเดียว ก็จะนั่งเหม่อลอย แววตาดูเศร้า

พฤติกรรมนายกองศรี อาจมีภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องติดตามอาการด้านอื่นได้แก่อาการทางความคิดและอาการทางความรู้สึก และควรปรึกษาแพทย์

การดูแล

นายกองศรีควรหลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียว ควรหากิจกรรมให้ทำเพื่อไม่ให้ว่าง และเพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การที่ชุมชนมี อสม.ที่ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือพาผู้สูงอายุไปทำบุญ เช่นเดียวกับ นายกองศรีที่เดินไม่สะดวก อสม. จึงประสานงานอำนวยความสะดวก ประสานงาน กับ อบต เพื่อจัดหารถมารับผู้สูงอายุในชุมชนไปทำบุญให้ นายกองศรี ก็ได้ไปทำบุญ นอกจากนี้ การที่นางไวไปซื้อวิทยุมาตั้งไว้ใกล้ที่นอนของนายกองศรี เปิดเพลงบ้าง เปิดข่าว บ้าง เปิดช่องที่มีพระเทศน์ บ้างทำให้นายกองศรีอารมณ์ดีขึ้นจากการที่นายกองศรีออกจากเรื่องเครียด และหมกมุ่นกับสิ่งที่ทำให้เครียด อาจจะได้มุมมอง หรือปรับเปลี่ยนวิธีการคิดเกี่ยวกับปัญหาใหม่

เรื่องที่ 32

เรื่อง “หมดกรรมเมื่อไหร่ก็สบาย”
เจ้าของเรื่องเล่า นางนอม ชัยหน้า ผู้ดูแล นายชาดี ชัยหน้า
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวทิวาพร นวมมณี

คุณตาชาดี ประวัติเป็นโรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และหูตึง มีนางนอม ชัยหน้า ภรรยา เป็นผู้ดูแล นางนอมเล่าว่าที่คุณตาชาดีต้องฟอกไตเป็นเพราะเป็นโรคเบาหวานกับความดันสูงแล้วไม่ค่อยไปหาหมอไม่ค่อยดูแลตนเองจนเป็นมากขึ้นไตเลยเสีย ที่ไม่ค่อยไปหาหมอเป็นเพราะว่าคุณตาชาดีเป็นห่วงวัวที่ไม่มีใครเลี้ยง และไม่ได้จ้างให้ใครมาเลี้ยงแทนด้วยเวลาไม่สบายมาก ๆ ก็จะไปรับยาอย่างเดียวไม่ยอมนอนโรงพยาบาล ส่วนคุณยายเป็นเบาหวานอย่างเดียว ไม่ได้รักษาที่ไหนกินยาโรงพยาบาลอย่างเดียวเหมือนกันแต่ไม่เคยขาดยา ไปหาหมอเป็นประจำเวลาไปหาหมอ สองตายายต้องนั่งรถโดยสารประจำทางไปด้วยกัน อยู่กันแค่สองคนก็มีเรื่อง ผิดใจกันบ้างส่วนมากเรื่องเงินเรื่องทองในครอบครัวที่มันขาดไม่พอใช้ แต่ดีหน่อยมีลูกสาวที่มีแฟนเป็นฝรั่งอยู่ต่างประเทศส่งเงินมาให้เดือนละ 4,000-5,000 บาท ทุกเดือน โดยให้คนข้างบ้านไปกดเอทีเอ็มให้

แต่ตอนนี้คุณตาชาดีสุขภาพไม่ดีต้องฟอกไตไม่ค่อยมีเรี่ยวแรงเหมือนเมื่อก่อนที่แข็งแรงทำงานได้มากกว่านี้มีรายได้พอเลี้ยงลูกเลี้ยงเมียได้ มาช่วงหลัง ๆ ที่คุณตาชาดีสุขภาพทรุดลงมักจะมีอารมณ์หงุดหงิดและขี้งอน เวลาผิดใจกันส่วนมากคุณตาจะนอนไม่ค่อยหลับ และชอบอยู่คนเดียว เราก็เป็นห่วงพอถามว่าหายไปไหน ทำอะไร ก็ไม่ตอบ ดูไม่ออกเหมือนอยากจะให้ต่างคนต่างอยู่ จะมาบอกอีกทีก็คือมีอาการไม่สบายเยอะมากแล้วถึงจะมาบอกว่าให้ช่วยพาไปหาหมอหน่อย ยายก็ไม่ได้ว่าอะไรเพราะสงสาร อยู่กันสองคนลูกก็ไม่มีอยู่ที่บ้านอยู่ที่ต่างประเทศ ถึงแม้คุณตาชาดีเคยมีลูกมีเมียมาก่อนหลายคนแต่เมื่อถึงยามแก่ชราลูกเมียที่มีก็ไม่มีใครมาดูแลมรดกที่มีก็ขายกินหมดแล้ว ส่วนลูกที่มีกับฉัน 2 คน คนหนึ่งอยู่ต่างประเทศกับสามีฝรั่งอีกคนหนึ่งอยู่ที่บ้านแต่ต้องไปทำงานในตัวเมืองตั้งแต่เช้าตรู่ทุกวัน ฉันอยากขายวัวเหมือนกันเวลาคุณตาชาดีไม่สบายต้องไปนอนโรงพยาบาลจะได้ไม่ต้องเป็นห่วง และก็อยากได้เงินมาจุนเจือผู้ดูแลคุณตาชาดีด้วย ตาชาดีก็เครียด ๆ เรื่องเงินทองที่รักษาตัวเอง เวลาพอมีแรงหน่อยก็จะออกไปทำงาน ทำได้ไม่เท่าไหร่ ก็ไม่สบายขึ้นมาอีก บอกเท่าไหร่ก็ไม่ฟัง พอพูดมาก ๆ ก็ผิดใจกัน พอผิดใจกันก็จะไม่พูดคุยกัน เราไม่เป็นไรหรอกไม่พูดกันก็นอนหลับ แต่เค้าแหละที่นอนไม่หลับ พอนอนไม่หลับก็ยิ่งสุขภาพแย่ลงไปอีก ก็ไม่รู้จะทำยังไง มันคงเป็นเวรเป็นกรรมของตาชาดีและก็ของฉันด้วยที่ต้องมาดูแลทั้ง ๆ ที่ตาชาดีก็เคยมีฐานะ มีเมียมีลูกมาก่อน แต่ตอนแกไม่มีใครดูแลเงินก็ไม่มี แต่ฉันก็ห่วงเค้านะ เวลาเห็นเงียบ ๆ ไป ก็จะชวนคุยสักพักบอกให้ไปวัดไปคุยกับคนอื่นบ้างก็ไม่ยอมไป บอกอยู่อย่างเดียวว่า “เบื่อ” นางนอมถอนหายใจแล้วพูดว่า “ก็อยู่ ๆ กันไปแบบนี้แหละหมดกรรมเมื่อไหร่ก็สบายกันทุกคน”

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

ผู้ดูแลมีความรู้สึกท้อแท้กับชีวิตที่ต้องเผชิญในการดูแลคุณตาซึ่งเป็นสามีของตน และยังต้องเผชิญกับโรคที่มารุมเร้ามากมาย อีกทั้งผู้ดูแลยังมีความลำบากในการที่จะต้องทำความเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกของสามีที่มีอารมณ์แปรปรวน

วิธีการดูแล

ดูแลและพยายามทำความเข้าใจในเรื่องของพฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึกของสามี โดยพยายามชวนคุย พยายามช่วยเหลือดูแลคุณตาเมื่อเวลาที่คุณตาป่วยหรือไม่สบายหนัก เช่น พาไปโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษา

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

นางนอมต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตที่รุมเร้าของสามีไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ครอบครัว เศรษฐกิจ จึงส่งผลให้นางนอมมีความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังที่เผชิญกับชีวิตแบบไร้จุดหมายในชีวิต และยังมีความลำบากที่จะต้องพยายามเข้าใจในพฤติกรรมและในการรับรู้เรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกของสามี ท้ายที่สุดจึงพยายามดูแล แต่ก็มีบางครั้งที่รู้สึกท้อแท้และตัดพ้อออกมาว่า “หมดกรรมเมื่อไหร่ก็สบายกันทุกคน” โดยใช้ทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม เพราะเนื่องจากผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังกับชีวิต เพื่อให้ผู้ดูแลได้ยอมรับถึงความรับผิดชอบที่ตนได้เลือกไว้แล้วและได้ใช้ชีวิตแบบมีจุดหมายของตนเองโดยไม่ผ่านเลยไปแบบไร้ทิศทางหรือผ่านไปวัน ๆ

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นและสร้างกำลังใจให้แก่กัน

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

คุณตาชาดี ประวัติเป็นโรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และหูตึง เป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้ค่าใช้จ่ายสูง คุณตาชาดี มีนางนอมภรรยาเป็นผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลตนเองของคุณตาชาดี คือ ไม่ค่อยไปหาหมอ ไม่ค่อยดูแลตนเอง ที่ไม่ค่อยไปหาหมอเป็นเพราะว่าคุณตาชาดีเป็นห่วงวัวที่ไม่มีใครเลี้ยง ซึ่งตอนนี้คุณตาชาดีก็เครียดๆ เรื่องเงินทองที่รักษาตัวเอง เมื่อคุณตาชาดีสุขภาพทรุดลงมักจะมีอารมณ์หงุดหงิด และขี้งอน ชอบอยู่คนเดียว เวลาผิดใจกันส่วนมากคุณตาจะนอนไม่ค่อยหลับ เมื่อนอนไม่หลับก็ยิ่งสุขภาพแย่ลงไปอีก

พฤติกรรมดังกล่าว ไม่ตรงกับคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล แต่เป็นอารมณ์ของคนที่มีความเจ็บป่วยทางกาย เมื่อร่างกายไม่สุขสบายก็ส่งผลต่อจิตใจ ดังนั้นคุณตาชาดี ควรได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีศักยภาพในการดูแลตนให้เหมาะสมเอง

เรื่องที่ 33

เรื่อง “สุขที่ได้ดูแล”
เจ้าของเรื่องเล่า คุณบุญฟื้น วงศ์ถามาตย์ ผู้ดูแล ยายถนอม วงศ์ถามาตย์
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวทิวาพร นวมมณี

ที่บ้านคุณยายถนอมพักอยู่ด้วยกันจริงๆ มีอยู่ 4 คน คือลูกสาว ลูกเขย และหลานอายุประมาณ 3 ขวบ ส่วน คุณตาเสียชีวิตตั้งแต่ 3-4 ปีแล้ว คุณยายมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร คุณยายขาดยาเป็นบางครั้งเพราะความหลงลืมเนื่องจาก 6 เดือน ถึงไปโรงพยาบาลสักครั้ง จำวันผิด พอเปิดวันนัดหมอดูถึงได้รู้ว่าเลยมาแล้ว ทางโรงพยาบาลก็ไม่ส่งยาออกมาทางคลีนิคหรืออนามัยตำบล พอไปตรวจในแต่ละเดือน พอไม่ส่งยาออกมาก็เลยขาดยา พอขาดยาก็ทำให้ยายถนอมวิตกกังวล มีอาการไม่สดชื่น ไม่อยากทานข้าว คุณบุญฟื้นเล่าว่าปกติคุณยายถนอมก็เป็นคนไม่ค่อยแสดงอาการอะไรออกมา แต่หากวิตกกังวลก็จะมีอาการอีกอย่างหนึ่ง หากเป็นคนอยู่ด้วยประจำจะสังเกตไม่ออก เพราะเป็นความเคยชิน แต่หากคนที่แวะเวียนไปมาหรือมาเยี่ยมจะสังเกตได้ว่าคุณยายมีอาการวิตกกังวลหรือมีปัญหาเรื่องอะไร ปกติคุณยายจะไปโน่นมานี่ แต่ถ้าวันใดคุณยายไม่อยากไปไหนแสดงว่าคุณยายมีปัญหาแล้วบ้านคุณบุญฟื้นกับบ้านคุณยายถนอมอยู่ใกล้กัน แต่พอมาแยกออกเป็น ๒ หมู่บ้านแล้ว คุณบุญฟื้นไปเยี่ยมคุณยายถนอมเป็นประจำบางครั้งก็ไปทานข้าวเย็นด้วย ได้ของกินของฝากอะไรก็ไปเยี่ยมไปหาคุณยายถนอมอยู่ตลอดเวลา ถามข่าวถามคราวอยู่ตลอดแม้บางครั้งไปไม่เห็น หรือช่วงมีกิจกรรมก็จะไปรับคุณยายถนอมพาไปร่วมกิจกรรมด้วย อย่างไปวัดก็จะบอกว่าเดี๋ยวมารับนะ บางทีคุณยายถนอมก็จะบอกว่าไม่อยากไปเพราะไม่ค่อยมีแรง แต่ถามคนดูแลจึงรู้ว่าคุณยายถนอมไม่ได้นอนเพราะเตรียมตัวตั้งแต่หัวค่ำแล้วแต่คุณยายถนอมจะไม่พูดตรงกับที่ใจคิด ก็รู้กันว่าถ้าคุณยายอยากไปยายจะไม่พูดว่าไม่อยากไปหรอก แต่หากจะไปก็จะมีการเตรียมตัวจนกระทั่งนอนไม่ค่อยหลับ หากยายบอกว่าไม่ค่อยมีแรง หมายถึงอยากไป ยายจะเป็นคนพูดแบบแบ่งรับแบ่งสู้ ถ้ามีเพื่อนชวน ถ้าอยากไปก็จะไป เหตุการณ์ล่าสุดครั้งสุดท้ายที่คุณยายไม่ได้ยา คุณยายจะมีความรู้สึกกระวนกระวาย จะบ่นว่า จะทำยังไงน๊อ อยู่ตลอด แล้วก็จะบอกน้องสาว (ของคุณบุญฟื้น) รวมถึงพี่สาว (พี่สาวคุณบุญฟื้น) ที่อยู่ใกล้ ๆ กัน หลังจากที่น้องสาวหรือพี่สาวรู้ว่าคุณยายผิดนัดไม่ได้ยา ๒ คน นี้จะชวนคุณยายไปรับยาด้วยกัน พอมีคนมาสนใจคุณยายมีอาการกระวนกระวายน้อยลงพอได้ยาตามปกติ พอไปหาหมอกลับมา หมอก็จะนัดคุณยายทุก ๆ ๒ เดือน รวมถึงได้ยามาใหม่ คุณยายก็โอเค คุยเล่นสนุกเหมือนเดิมและไม่ค่อยจู้จี้หรือกระวนกระวาย

คุณบุญฟื้นรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลคุณยายจนหายจากความวิตกกังวลเพราะอยู่กับคุณยายมานานรู้นิสัยของคุณยายดีว่าเป็นอย่างไรบ้าง หากคุณยายวิตกกังวล คุณยายจะนอนไม่หลับเป็นลำดับแรก จะตามมาด้วยอาการวิงเวียนศรีษะ ถ้าคลายความกังวล ก็กินได้นอนหลับปกติ ไปคุยกับเพื่อนไม่อยู่ติดบ้านเลย ชอบไปเที่ยวเล่นรอบหมู่บ้าน (หมายถึงไปบ้านโน้นบ้านนี้) ไปทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ เช่น เอาข้าวไปกินกับเพื่อน ๆ ช่วงกลางวันส่วนเรื่องที่คุณยายมีความวิตกกังวลอยู่ตลอดที่ไม่เคยหาย คือ กังวลเรื่องลูกเมื่อลูกไม่โทรมาก็จะบ่นถามหาตลอดลักษณะก็เป็นเหมือนคิดถึงลูกคนที่ไม่โทรหาคนนั้น (คนที่อยู่ต่างประเทศคนหนึ่ง และคนที่อยู่ในกรุงเทพ ฯ อีกคนหนึ่ง) แต่เขาก็เที่ยวมาบ้าง หาก ๒ คนนี้ไม่โทรมา ก็จะถามน้องสาว (ของคุณบุญฟื้น) เพราะส่วนใหญ่จะโทรมาหาน้องสาวไม่โทรมาหาแม่ ถ้าได้รับข่าวคราวก็จะคลายความกังวล แล้วก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

ส่วนเรื่องกิจวัตรประจำวันของคุณยายจะช่วยเหลือตัวเองได้ คุณยายจะนอนตั้งแต่หัวค่ำพอเลยเวลานอนแล้วจะนอนไม่หลับ แต่เวลาที่ผมไปหาก็มีบางครั้งที่ลุกขึ้นมาใหม่ แล้วก็กลับเข้าไปนอนใหม่อีกรอบ คุณบุญฟื้น กล่าวทิ้งทายด้วยสีหน้ามีความสุขว่า “การดูแลคุณยายไม่ใช่ภาระของผม เพราะผมทำแล้วมีความสุข”

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

มีความสุขที่ได้ดูแลคุณยาย และไม่ได้คิดว่าเป็นภาระแต่อย่างใด

วิธีการดูแล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมของคุณยายในแต่ละครั้ง มีการเยี่ยมเยียน ใส่ใจ ห่วงหา ตลอดเวลา และพาทำกิจกรรมต่างๆ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

คุณบุญฟื้นมีความสุขที่ได้ดูแลคุณยายถนอม ถึงแม้จะไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันกับคุณยาย แต่เพราะความใส่ใจทำให้คุณบุญฟื้นรู้จักและเข้าใจในสาเหตุและพฤติกรรมของคุณยายเป็นอย่างดี การที่คุณบุญฟื้นได้อยู่ดูแลคุณยายเพราะความวิตกกังวล ทำให้คุณบุญฟื้นรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมาย จึงสอดคล้องกับทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งคุณบุญฟื้นรับรู้ได้ว่าตนเองมีความสามารถและมีคุณค่า จึงทำให้คุณบุญฟื้นอิ่มเอมใจ

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

เสริมสร้างกำลังใจให้คุณยายเพื่อให้มีแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

คุณยายมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิต คุณยายขาดยาเป็นบางครั้งเพราะความหลงลืมวันนัด อาการที่ในเรื่องเล่าที่ พบคือ หากคุณยายวิตกกังวล คุณยายจะนอนไม่หลับเป็นลำดับแรก จะตามมาด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ อาการนี้เป็นอาการทางกายที่พบเมื่อมีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเมื่อคุณยายมีเรื่องที่ทำให้วิตกกังวลก็จะแสดงออกทางกาย แต่สามารถคุณยายคลายความกังวล ก็กินได้นอนหลับปกติ หากคุณยายเกิดความวิตกกังวล เมื่อมีคนใส่ใจ อาการก็จะดีขึ้น

การพิจารณาว่าคุณยายโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) หรือเพียงความวิตกกังวลของผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งในเรื่องเล่านี้ลักษณะดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ควรสังเกตอาการเพิ่มเติมได้แก่ ความคิดในเรื่องที่วิตกกังวล เกินความเหตุ เกิดหลายๆเรื่องพร้อมกัน ระยะเวลาอย่างน้อยหกเดือน และมีอาการเหล่านี้ร่วมด้วย ได้แก่ กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย สมาธิลดลง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การนอนแปรปรวน หงุดหงิดง่าย หากพบว่ามีอาการดังกล่าวควรพาคุณยายไปพบแพทย์เฉพาะทางจิตเวชเพื่อการรักษาอย่างเหมาะสม

การดูแล

การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ หากผู้ดูแล ดูแลด้วยความสุข ไม่คิดว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ ก็จะทำให้ผู้ดูแลไม่เครียด ส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ดูแลที่จะส่งต่อไปยังผู้สูงอายุ นอกจากนี้การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จะทำให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

เรื่องที่ 34

เรื่อง “เหนื่อยแต่ภูมิใจ”
เจ้าของเรื่องเล่า นายสรพงศ์ ผู้ดูแลคุณยายปาน เถาว์ประสาท
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวทิวาพร นวมมณี

บ้านหลังนี้อยู่ด้วยกัน 4 คนคือ น้องชาย น้องสะใภ้ น้องสรพงศ์ (เก้า) และคุณยายปาน (แม่ของเก้า) คุณยายป่วยมานาน 4 ปี แล้ว ฟอกไตทางหน้าท้องได้ 2 ปีกว่าแล้ว เก้าเป็นคนดูแลเป็นส่วนใหญ่ เพราะน้องชายกับน้องสะใภ้เพิ่งมาอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างเก้ากับคุณยาย หรือกับคนอื่น ๆ ในบ้านก็ราบรื่นดี อยู่ดูแลกันมา 4 ปี เก้าสังเกตเห็นว่า เวลาคุณยายไม่สบายใจหรือเครียด มักจะพูดกับเก้า ด้วยดูน้ำเสียงแข็ง ๆ จะก็รู้เลยว่าไม่พอใจ ยกตัวอย่าง เช่น เวลาหยอกเล่นแต่คุณยายไม่เล่นด้วยแสดงว่าแกมีอะไรคิดอยู่หรือเครียดอยู่ เก้าก็จะเฉย ๆ สักพักเพราะถ้าหากพูดต่อไปมันจะทำให้ทะเลาะกันอยู่ใครอยู่มันไปสักพักหลังจากเหตุการณ์มันคลี่คลายแล้ว ค่อยคุยกันหยอกล้อกันตามเดิม เช่น ถ้าคุณยายอารมณ์ดี แกจะมานั่งตดข้าง ๆ แกล้งลูกเลย ปกติคุณยายจะอยู่ไม่ติดบ้านจะไปบ้านโน้นบ้านนี้ จะเข้าวัดบ้าง แต่ไม่ค่อยบ่อย ส่วนใหญ่จะเป็นงานสำคัญหรือช่วงเทศกาล

การที่เก้าได้อยู่ดูแลแม่ไม่ได้ออกไปไหนไม่ได้ออกไปทำงาน เก้ารู้สึกอย่างไร กล่าวตอบว่า บางครั้งก็เฉย ๆ บางครั้งก็มีคิดบ้างทำไมต้องเป็นเก้า แม่มีลูกหลายคนทำไมต้องมาเป็นหน้าที่ของเก้าคนเดียว ก็มีคิดอย่างนี้บ้างบางครั้งแต่ไม่ใช่ตลอด ส่วนใหญ่ความคิดแบบนี้จะมาในช่วงที่เก้าไปปรึกษาขอความช่วยเหลือพี่น้องแล้วไม่ช่วยเหลือ ก็ทำให้คิดว่า อะไรก็เก้า อะไรก็เก้า ทีเก้ามีปัญหาทำไมไม่มีใครช่วย ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องเงินทองเพราะเก้าไม่ได้ทำงาน เพราะเก้าต้องดูแลใส่น้ำยาล้างหน้าท้องคุณยายวันละ 4 รอบ หลังช่วงเวลานั้นก็ไปไร่ ไปนา เลี้ยงเป็ดเลี้ยงไก่

เก้าเล่าว่า ลำพังดูแลคุณยายก็พอเข้าใจได้ เพราะเป็นแม่ของเรา แต่นี้ต้องดูแลน้องสะใภ้อีกคนที่มีอาการตกเลือด ไม่ช่วยดูแลก็ไม่ได้ เพราะคุณยายมีความวิตกกังวลเป็นห่วงน้องสะใภ้ตลอด เก้าก็ต้องทำดูแลทุกอย่างตั้งแต่พาไปหาหมอ ทำบัตรต่างด้าว ทั้งๆ ที่ไม่ใช่สามี แต่ก็ต้องทำเพื่อให้ยายสบายใจ แต่สิ่งที่ทำก็เห็นผลที่ดีนะเท่าที่เก้าสังเกต ตั้งแต่ เก้าดูแลยายใกล้ชิดมา 4 ปี คุณยายอารมณ์ดีขึ้น และเรื่องอื่น ๆ ก็ดีขึ้นเวลาไปหาหมอยังได้รับคำชมเลยว่าดูแลยายดีมาก ซึ่งเก้าก็รู้สึกดีใจและภูมิใจที่ได้ดูแลคนในครอบครัว สุดท้าย เก้าพูดแบบยิ้ม ๆ ว่า “ถ้ามีเงินช่วยสำหรับคนดูแลบ้างก็คงดี”

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

เก้ารู้สึกดีใจและภูมิใจที่ได้ดูแลแม่ ดูแลครอบครัว แต่ที่ทำไปนั้นเพราะอยากให้คุณยายสบายใจ แต่เมื่อหยอกล้อกับแม่หรือไปขอเงินกับญาติพี่น้อง ทำให้เก้าไม่ได้รับความร่วมมือ เก้าจึงเสียใจทั้ง ๆ ที่เป็นผู้ดูแลแม่อยู่เพียงคนเดียว

วิธีการดูแล

พาคุณยายไปหาหมอ ล้างแผลให้คุณยายทุกวัน วันละ 4 ครั้ง หยอกล้อกับคุณยายและดูแลน้องสะใภ้

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

เก้าเป็นคนที่มีจิตใจดี มีความรับผิดชอบ ดูแลครอบครัวได้ดีโดยไม่ปล่อยปละละเลย และไม่ดูดายเหมือนพี่น้องคนอื่น ๆ แต่ปัญหาของเก้าก็คือไม่มีเงินที่จะดูแลยายและน้องสะใภ้ อีกปัญหาหนึ่งคือ เวลาเก้าหยอกล้อกับคุณยาย คุณยายจะไม่เล่นด้วย ดังนั้น เก้าจึงเป็นเสมือน “แพะรับบาป” จึงคิดว่าจากเหตุนี้เก้าน่าจะมีปัญหา “ในการสื่อสาร” ฉะนั้นจึงเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบประสบการณ์นิยม ต้องช่วยให้เก้าสื่อสารกับคุณยายให้เป็นและสื่อสารกับพี่น้องให้เป็นด้วย เพื่อให้เก้าได้สบายใจและนำไปสู่การแก้ปัญหาเรื่องเงินได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

พยายามเข้าไปพูดคุยด้วยกับคุณยายอยู่บ่อย ๆ หากิจกรรมทำร่วมกันกับคุณยายเพื่อนสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุในเรื่องเล่านี้ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ผู้ดูแลเล่าว่าเวลาที่คุณยายไม่สบายใจหรือเครียด มักจะพูดกับเก้า ด้วยดูน้ำเสียงแข็ง ๆ จะก็รู้เลยว่าไม่พอใจ เป็นอารมณ์ ของคนที่มีเรื่องหงุดหงิดโดยทั่วไป การที่ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้สูงอายุเพื่อเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน จะทำให้เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี

เรื่องที่ 35

เรื่อง “ไม่ทิ้งตาไปไหน”
เจ้าของเรื่องเล่า คุณป้าวิไล ผู้ดูแล คุณตาชาดี โพธิ์ขนาก
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวทิวาพร นวมมณี

ครอบครัวคุณตาชาดี โพธิ์ขนาก อยู่กัน ๒ คน คือ คุณตากับลูกชาย แต่ลูกชายไปทำงานนาน ๆ ครั้ง ถึงกลับมา มีป้าวิไลซึ่งเป็นน้องสะใภ้เป็นคนดูแลส่งข้าวส่งน้ำทุกเช้าเย็น ช่วงทำนาจะมี “จ๊อด” ลูกชายของป้าวิไลที่พิการไปอยู่ด้วย ป้าวิไลดูแลคุณตามานาน รู้นิสัยคุณตาว่าเวลามีเรื่องไม่สบายใจจะแสดงออกด้วยพูดดุด่าพูดกระทบกระทั่ง แต่คุณป้าวิไลก็ไม่ถือสาจะไม่เถียงไม่ตอบ เฉย ๆ ไปเลย หรือหนีไปเลย เพราะถ้าตอบกลับก็กลัวคุณตาจะเครียดมากกว่าเดิมกลัวคุณตาน้อยใจ เพราะป้าวิไลมองว่าคุณตาแก่แล้ว ดุด่าก็ไม่เป็นไร คนแก่ก็คงอยากดุด่าระบายบ้างตามประสา และยิ่งมาเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบทำให้เลือดเลี้ยงสมองไม่เพียงพอต้องไปหาหมอ รักษาประจำที่ รพ.สกล ฯ หมอนัด 3 เดือนครั้ง ทำให้คุณตาชาดี กลายเป็นคนที่อารมณ์ไม่ค่อยดีไปเลย และเมื่อเดือนที่แล้วคุณป้าวิไลก็เป็นคนพาคุณตาไปหาหมอ ส่วนตัวคุณป้าวิไลก็เป็นโรคเบาหวานรักษาตัวที่ รพ.สกล ฯ เหมือนกันรวมถึงโรคไทรอยด์ชนิดไม่เป็นพิษ

ส่วนใหญ่คุณตาชาดีจะเครียดเรื่องที่ตนเองเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ และมีความวิตกกังวลว่าจะไม่มีใครดูแล เลยอยากให้หลานมานอนด้วยแต่หลานอยากกลับบ้านตนเองซึ่งทำให้คุณตาไม่พอใจและน้อยใจอยู่เสมอ คุณตาอยากให้ป้าวิไลทำงานเสร็จแล้วรีบกลับบ้านไปแต่ให้ทิ้งหลานไว้นอนกับคุณตาที่บ้านแทน แต่หลานอยากกลับไปนอนที่บ้านตนเองซึ่งคุณป้าวิไลก็พยายามอธิบายให้ลูกเข้าใจว่า คุณตาชาดี เหงา อยากให้มีคนอยู่เป็นเพื่อน ลูกของป้าวิไลก็ยอมนอนบ้างไม่นอนบ้าง แต่ถ้าสามีของป้าวิไลซึ่งเป็นน้องชายของคุณตาชาดีกลับมาอยู่บ้านก็จะไปนอนเป็นเพื่อนคุณตาชาดีเสมอเพราะเป็นห่วง แต่ก็ไม่ค่อยได้คุยกันเพราะคุณตาชาดีนอนข้างใน ส่วนน้องชายนอนข้างนอก ป้าวิไลสังเกตเห็นว่า ถ้าหลานไปนอนด้วยคุณตาชาดีจะดูมีความสุขมากกว่าน้องชาย

ลูกของป้าวิไลเคยเล่าให้ป้าวิไลฟังว่า คุณตาชาดี บ่นคิดถึงลูกชายที่ทำงานเป็นคนขับรถส่งของเวลาไปทำงานก็จะไปหลายวันหรือเป็นเดือน และก็บ่นเรื่องลูกชายคนนี้ว่าหนักใจกับลูกชายคนนี้ที่ชอบกินเหล้าเมายาเงินก็หมดไปกับเหล้ายา ทำให้ป้าวิไล เข้าใจว่าคุณตาชาดี คงเป็นห่วงลูกชายและคงเหงาคิดถึงลูก แต่พอเจอหลานคุณตาก็จะดูสดชื่นขึ้น เพราะเวลาอยู่กับหลานคุณตาชาดีชอบคุยว่าตนเองสานกระติ๊บข้าวเก่ง และก็จะบอกวิธีการสานลายต่าง ๆ ให้หลานฟัง แบบบอกแล้วก็บอกอีก จนหลานบอกว่าจะท่องได้อยู่แล้ว พอหลานพูดแบบนี้คุณตาชาดีก็จะหัวเราะชอบใจ พอหลานจะกลับไปนอนกับป้าวิไลคุณตาก็จะไม่พอใจคิดกังวลแต่เรื่องหลาน จนหลานขอร้องไม่ให้คิดมาก และบอกว่า “จะไม่ทิ้งตาไปไหนนะ” จะอยู่ใกล้ ๆ ตาแบบนี้แหละนะอย่าน้อยใจเลย แต่คุณตาชาดีก็ยังคงรู้สึกเหงาเมื่ออยู่คนเดียวแต่ก็ยังอยู่ได้แต่ถ้ามีหลานอยู่ด้วยคุณตาชาดีก็จะอารมณ์ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

ป้าวิไลดูแลคุณตาชาดีอย่างเข้าอกเข้าใจถึงอาการเจ็บป่วยและความวิตกกังวลต่าง ๆ ที่คุณตาชาดีมี

วิธีการดูแล

คอยดูแลเอาใจใส่ ยอมรับอาการเจ็บป่วยของคุณตา พาคุณตาไปหาหมอ คอยดูแลส่งข้าวส่งน้ำให้คุณตาทุกเช้าเย็น ให้หลานมาอยู่เป็นเพื่อนคุณตาเพื่อไม่ให้คุณตาเหงา

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

ป้าวิไลดูเป็นห่วงคุณตาชาดีในอาการเจ็บป่วยไม่สบายกายและความวิตกกังวล ความเครียดที่คุณตามี ป้าวิไลได้หาวิธีให้หลานมาอยู่เป็นเพื่อนกับคุณลุง ป้ายอมรับดูแลคุณตาอย่างไม่มีเงื่อนไขถึงแม้จะโดนคุณตาด่าว่าบ้าง แต่ป้าวิไลก็ไม่ถือสาไม่โต้ตอบ เมื่อหลาน ๆ มานอนเป็นเพื่อน คุณตาก็ดูอารมณ์ดีขึ้น รู้สึกอบอุ่น ความวิตกกังวลของคุณตาก็เริ่มคลี่คลายลง เห็นหลานมาอยู่ด้วยก็รู้สึกว่าทุกคนไม่ทิ้งตาไปไหน ดังนั้นจึงสอดคล้องกับทฤษฎีการให้คำปรึกษายึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ที่ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ยอมรับในอาการเจ็บป่วยของคุณตา คอยดูแลอย่างเต็มที่ มีหลานมาอยู่ด้วยจึงทำให้คุณตารู้สึกว่าตนไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

หากิจกรรมให้ท่านทำอยู่บ่อย ๆ พาไปเดินเล่นบ้างเป็นบางที หรือพาไปกินข้าวกับครอบครัวนอกบ้าน เพื่อให้คุณตารู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียว

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

จากเรื่องเล่าคุณตาชาดีไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล มีเพียงความวิตกกังวลทั่วๆไปพบได้ในคนปกติที่ไมเจ็บป่วย ซึ่งคุณตาชาดีมีความวิตกกังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเนื่องจากตนเองเป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ พฤติกรรมที่แสดงออกคือต้องการให้คนอยู่เป็นเพื่อน ต้องการให้หลานมาอยู่ใกล้ ๆ การดูแลที่เหมาะสมสำหรับคุณตาชาดีคือ แสดงความจริงใจให้การดูแลและแวะเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้คุณตาชาดีมั่นใจว่าตนเองจะไม่ถูกทอดทิ้ง ควรให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างแรงจูงใจให้กับหลานเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลคุณตานอกจากจะแบ่งเบาผู้ดูแลแล้ว ก็ยังจะทำให้คุณตาชาดีมีความสุขอีกด้วย

เรื่องที่ 36

เรื่อง “ต้องรู้จักยอม”
เจ้าของเรื่องเล่า นางสาววาสนา หล่าชาญ ผู้ดูแลคุณยายบูรณ์ หล่าชาญ
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวทิวาพร นวมมณี

น้องวาสนาผู้ดูแลคุณยายบูรณ์ เล่าให้ฟังว่า ตั้งดูแลคุณยายมาคุณยายไม่ค่อยซึมเศร้านะมีอาการหงุดหงิด อารมณ์เสีย จะออกนอกบ้านไปหาเพื่อน ไปวัด ไปร้องเพลงสรภัญญะ เป็นกิจวัตรประจำวันของยายเลย แล้วอาการหงุดหงิดก็เป็นไม่ค่อยบ่อย นาน ๆ จะมีสักครั้ง ประมาณเดือนละครั้งแต่ละครั้งก็ไม่ค่อยนาน อาการจะแสดงด้วยการไม่คุยด้วย ส่วนใหญ่เวลาเครียดจะไม่อยู่บ้าน จะออกไปหาเพื่อน ไปวัด หากยายเครียดวาสนาก็จะอยู่กันคนละที่เลยแต่ก็มีบางครั้งที่ลูกหลานโกรธตอบไปบ้างแต่ยายก็จะไม่ยอม ลูกหลานก็จะเงียบไปเอง ส่วนใหญ่ถ้าโกรธกันก็คือเรื่องการดูแลอย่างการเตรียมกับข้าว ถ้ายายอยากทานยายก็จะทาน ไม่ต้องไปรบเร้า เดี๋ยวมีอามรมณ์โมโห บางที่หาอาหารเอาไว้ให้ก็ไม่ถูกใจสักอย่าง ดังนั้นลูกหลานจึงใช้วิธีหาสิ่งของที่จะทำกับข้าวมาไว้ให้ยาย ให้ยายทำกินเองเพื่อให้ตรงกับใจที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าเป็นปลา ยายก็จะปิ้งส่วนไข่ ยายจะต้มกิน แต่ดูแล้วยายก็ยังเป็นคนทานอะไรยาก

ยายชอบบ่นเรื่องหลานคนโตที่ค่อนข้างดื้อ ยายก็ไม่ตามใจไม่ปล่อยไป และยายชอบเลี้ยงหลานคนเล็กมากกว่า และก็ชอบบ่นถึงหลานคนที่อยู่ไกลว่าเมื่อไหร่จะมาเยี่ยมแล้วก็จะสีหน้าวิตกกังวล ทั้ง ๆ ที่หลานที่อยู่ใกล้ก็เยอะยายกลับไม่สนใจ จนบ้างคนดูแลก็รู้สึกน้อยใจ ส่วนเรื่องไปหาหมอส่วนใหญ่ยายไปเองไม่ได้พาไป เพราะต้องเลี้ยงลูกน้อย ส่วนใหญ่วาสนากับแฟนจะผลัดกันไปส่งที่ถนนใหญ่แล้วไปรับช่วงขากลับโดยจะกะเวลากลับไว้โดยให้ยายลงที่เหล่าปอแดงซึ่งจะสะดวกกว่า ส่วนเรื่องการกินยายายจะหยิบกินเองแต่ก็มีบ้างที่ลูกหลานจัดแจงไว้ให้ แต่เนื่องจากยายอ่านหนังสือได้ก็เลยทำให้ทานยาเองได้ ส่วนเรื่องล้างไตผ่านหน้าท้องวาสนาเป็นคนดูแลและก็ต้อง ทำงานด้วยการเย็บผ้าโหลหารายได้ไปด้วย รายได้ก็ไม่เพียงพอ แต่ก็ได้เงินจากน้องสาวและแฟนคอยจุนเจือ ทำให้พออยู่ได้ ส่วนเรื่องผิดใจกันเรื่องเงินทองก็มีบ้างเวลาที่ลูก ๆ คนอื่นส่งเงินมาให้ยายใช้ แล้วบอกยายให้ประหยัดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้เงิน แต่ยายก็เอาทำบุญในวัด วาสนาก็เห็นว่าความสุขของยายคือการทำบุญก็เลยไม่ได้ห้ามอะไรแต่อยากให้น้อยลงบ้าง เวลาบอกกับยาย ๆ ก็จะโกรธและด่าว่าอย่ามายุ่งเงินของกูลูกกูให้ใช้ ฟังแล้วก็รู้สึกน้อยใจเพราะเตือนด้วยความเป็นห่วง ให้พี่สาวช่วยเตือน ยายก็เตือนไม่ฟัง ยายก็ยังเอาความคิดเห็นของตนเองเป็นใหญ่ ช่วงมีเงินการด่าการว่ากันก็ไม่ค่อยมี ความเครียดก็น้อย แต่ถ้าไม่ค่อยมีเงินความเครียดจะตามมา วาสนากล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อการดูแลยายว่า ตนเองเหมือนเป็นผู้รับผิดชอบคนเดียวก็ธรรมดา แต่บางครั้งก็รู้สึกว่าเป็นเราอีกแล้ว เป็นเราอีกแล้ว บ้างครั้งอยากไปหาหมอ แล้วให้น้องมาช่วยดูแลยายแทน ก็ไม่ได้ดั่งใจเหมือนที่ตนดูแลเอง เวลายายบ่นยายว่า ก็มาลงที่วาสนาแต่ก็ได้แต่รู้สึกเสียใจและบอกตนเองว่า โดนอีกแล้ว โดนอีกแล้ว แต่ก็ไม่เท่าไหร่ คุณยายล้างไตทางหน้าท้องมาแล้วประมาณ 2 ปี ก็จะมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุให้ต้องไปนอนโรงพยาบาลบ่อย แต่หลัง ๆ ไม่ค่อยมี เพราะวาสนาคอยกำกับดูแลเรื่องความสะอาด อาหารการกิน แรก ๆ บอกไม่ค่อยจะฟัง บอกว่าไม่ต้องทำโน่นทำนี่ แต่ยายก็ยังจะทำ แต่ช่วงนี้ล้างท้อง ยายจะทำเอง แต่ทำแผลจะทำให้ พฤติกรรมของยาย

เปลี่ยนไปจากแต่ก่อนที่ห้ามอะไรจะทำหมด แต่เดี๋ยวนี้ก็เบา ๆ ลงระมัดระวังตนเองมากขึ้นไม่ให้มีอาการแทรกซ้อนตามมา เพราะบอกไว้ว่าถ้าทำเหมือนเดิมอาการแทรกซ้อนจะตามมาแถมบอกยายว่าถ้าเป็นอะไรขึ้นมาช่วงนี้ถ้าต้องเข้าโรงพยาบาลจะให้ไปนอนคนเดียว ก็เลยทำให้ยายดูแลตัวเองดีขึ้น และก็แกล้งทำเป็นไม่สนใจแต่จะคอยดูอยู่ห่างๆ เพราะบอกก็ไม่ได้ เป็นเทคนิคอย่างหนึ่ง ไม่รู้ว่ายายเป็นคนยังไง อย่างเวลากิน ถ้าอะไรที่ยายอยากกิน ก็ปล่อยให้กินไปก่อน ยายจะรู้ตัวเองหากกินไปแล้วทำให้ไม่สบาย แล้วยายก็จะผ่อนหรือหยุดกินสิ่งนั้นไปเอง ต้องให้ลอง ถ้าไม่ให้ลอง ยายก็จะดื้อลองอยู่ดี ถ้ามีการปะทะคารมกันวาสนาจะ เถียงสักนิดหนึ่งแต่ถ้ายายไม่ยอม ก็จะเลือกเงียบแทน

ส่วนใหญ่ยายก็จะสนใจเรื่องร่างกายของตนเอง แต่ก็เป็นเรื่องดีที่คุณยายไปวัด ไปร้องสรภัญญะ ไปทำบุญ ถ้าไปกับเพื่อนฝูงก็สังเกตเห็นว่ายายก็สนุกสนานเฮฮา ไม่เห็นยายเก็บไปเครียดหรือซึมเศร้าเรื่องอะไรแต่ก็มีหลงลืมบ้าง ซึ่งจะต้องสังเกตดูเป็นระยะ ๆ อยู่ห่างๆ ไม่ไปจ้ำจี้จ้ำไชมากนัก แต่ด้วยความที่ยายไม่ชอบนอนโรงพยาบาลทำให้ยายดูแลตัวเองดีอยู่ตลอด ซึ่งก็นานแล้วนะที่ไม่ได้ไปนอนโรงพยาบาล แต่ช่วงนี้ความดันจะต่ำ แต่ก็ได้ยินคุณหมอที่โรงพยาบาลบอกว่าหากเป็นโรคนี้แล้วความดันจะต่ำเป็นปกติอยู่แล้ว โชคดีที่ยายเป็นคนออกกำลังกาย แต่ก็ยังทานเท่าเดิม ทานไม่มาก ก็เคยมีที่ทานมากแล้วทำให้ท้องบวมขึ้น ทุกวันนี้ยายทานรสชาติปกติ จืด ๆ แต่ไม่จืดสนิท ยายเป็นคนทานจืดสนิทไม่เป็น ก็ปล่อยๆ ยายทานตามที่ตนเองชอบ แต่ก่อนยายเป็นคนที่ขี้โมโห ต้องอยู่คนเดียว แต่ระยะหลังมีคนมาอยู่ด้วย ก็ลดลง วาสนาสรุปว่าจะดูแลยายได้ดี “ต้องรู้จักยอม”

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ
มีความรู้สึกน้อยใจคุณยายเพราะทุกอย่างที่ตักเตือนมาจากความเป็นห่วง และรู้สึกเสียใจที่เวลามีอะไรคุณยายจะมาลงที่คุณวาสนา จะโดนว่าอยู่คนเดียว คุณวาสนารู้สึกเป็นห่วงสุขภาพของคุณยาย

วิธีการดูแล
คุณวาสนาจะดูแลคุณยายโดยให้คุณยายปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อให้คุณยายได้คิดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร เมื่อเกิดขึ้นแล้วคุณยายจะได้รับผลกระทบอย่างไรบ้าง โดยมีคุณวาสนาจะคอยดูอยู่ห่าง ๆ หากมีการปะทะคารมกัน คุณวาสนาอาจจะมีการเถียงไปก่อนแต่ถ้าคุณยายไม่ยอมก็จะเป็นฝ่ายที่เงียบแทน นอกจากนี้คุณวาสนาจะดูแลคุณยายด้วยการรู้จักยอม

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล
คุณวาสนาและคุณยายต่างรู้สึกเป็นห่วงและรักซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยมีการสื่อสารและยอมรับการสภาพที่เกิดขึ้นเพื่อลดความวิตกกังวลกับตนเองเพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่สอดคล้องกันในการดูแลซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับและชื่นชมในสิ่งที่เขาเป็นอยู่

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี
ให้กำลังใจกัน เสริมสร้างกำลังใจให้แก่กัน

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

ในเรื่องเล่า ไม่ได้แสดงว่าคุณยายมีอาการของโรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวล แต่คุณยายมีความเครียด ซึ่งอาจเกิดจากอาการป่วย เศรษฐกิจ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดในชีวิตประจำวัน การเผชิญความเครียดของคุณยายคือการไปวัดเพื่อปฏิบัติศาสนกิจ ซึ่งคุณยายไปวัดเป็นกิจกรรมที่คุณยายทำแล้วมีความสุข การเข้าสู่ศาสนาเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมมิติทางจิตวิญญาณ มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิญญาณกับสุขภาพ เช่น การนั่งสมาธิกับความดัน โลหิต การสวดมนต์กับการนอนหลับ ดังนั้นคุณยายไปวัด เพื่อปฏิบัติศาสนกิจ คุณยายจะเจอเพื่อน เจอผู้คนมากมาย ทำให้คุณยายไม่เหงา ทั้งยังเป็นการคงไว้ซึ่งทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุ เป็นกันป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น

เรื่องที่ 37

เรื่อง “ความสำเร็จของลูกหลาน”
เจ้าของเรื่องเล่า นางสาว สุภาวดี ไชยนุกูล
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว สุภาวดี ไชยนุกูล

เรื่องเล่าของ นาง สุภาวดี ไชยนุกูล หรือ พี่ต่าย ลูกสาวที่แสนดี เรื่องมีอยู่ว่า พี่ต่ายต้องกลับมาทำหน้าที่ดูแล แม่ ที่มีอายุ 66 ปี และน้องชายชื่อ ไก่ ที่มีอายุ 39 ปี ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 เนื่องจากพ่อเสียชีวิต แต่พี่ต่ายก็ไม่ได้คับข้องใจอะไรกับภาระหน้าที่ลูกและพี่ เต็มใจกลับมาดูแลที่โคราช เพราะสามีและลูกสาว 2 คนเข้าใจดี พี่ต่ายเริ่มทำหน้าที่ลูกทุกอย่างทั้งงานบ้าน การดูแลแม่ชราแต่ยังแข็งแรงอยู่พอช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนน้องชายที่มีอาการทางจิตก็มีอาการขึ้นๆ ลงๆ ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชเป็ระยะ ๆ และที่สำคัญคือ น้องชาย ชอบเดินออกไปนอกบ้าน ทำให้ทั้งพี่ต่ายและแม่เป็นห่วง ดีอยู่ว่าพี่ต่ายเป็นคนที่รู้จักคนเยอะ คนในชุมชนก็จะช่วยกันดูแลและส่งข่าวถ้าเห็นน้องชายของพี่ต่ายออกมาเดินนอกบ้าน วิ่งด้วยเหตุนี้เองที่ทำให้แม่ของพี่ต่าย มีความวิกตกกังวล อยู่ตลอดเวลาเพราะเป็นห่วงลูกชายคนเล็กที่ป่วยเป็นโรคทางจิต มาช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมา พี่ต่ายสังเกตเห็นแม่ดูเงียบๆ ไป พูดน้อยลง ไม่ค่อยอยากเดินออกไปคุยกับเพื่อนบ้านเหมือนเมื่อก่อน พี่ต่ายก็ลองถามแม่ว่า แม่เป็นอะไร แม่คิดอะไรอยู่ แม่ตอบพี่ต่ายว่า แม่ไม่รู้เป็นอะไร รู้สึกเศร้าเอง ไม่ได้คิดอะไรนะมันเป็นเอง ต่ายอย่าว่าแม่ นะ พี่ต่ายตอบแม่ว่า ต่ายไม่ว่าแม่หรอ แต่มีอะไรแม่ต้องบอก ต่ายจะได้ดูแลแม่ได้ง้ย หลังจากที่พี่ต่ายพูดจบ แม่น้ำตาซึม ออกมา พี่ต่ายตกใจมากแล้วเข้าไปกอดแม่แล้วถามแม่ๆๆๆ แม่เป็นอะไร ยายตอบว่า “แม่ไม่รู้ว่าเป็นอะไรมันอยากจะร้องไห้” พี่ต่ายเล่าให้ฟังว่า วันนั้นเป็นวันที่เค้าเจ็บปวดมากที่สุดวันหนึ่งที่เห็นแม่ร้องไห้ เพราะตั้งแต่เกิดมาไม่เคยเห็นแม่ร้องไห้เลยนั้นๆ พี่ต่ายจึงนอนเป็นเพื่อนแม่ เพราะก่อนหน้านั้น แม่จะนอนอีกห้องหนึ่ง พี่ต่ายนอนอีกห้องหนึ่ง ซึ่งเป็นทีมาให้พี่ต่ายรู้ว่า แม่เริ่มมีอาการซึมเศร้าตามวัย จากการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งพี่ต่ายก็ได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากแพทย์และพยาบาลมามากมาย ซึ่งพี่ต่ายก็พยายามทำ เช่น พาไปเที่ยว ตามสถานที่ต่าง ไปวัดทำบุญ ไปนั่งสมาธิ ไปเข้าชมรมผู้สูงอายุ แต่ผลที่เกิดขึ้นก็คือ ตอนแม่ไปทำกิจกรรมต่างๆ แม่ก็ดูมีความสุขดี พูดคุยกับคนวัยเดียวกัน ให้คำแนะนำการทำสวนกับคนอื่นๆ ได้ แต่พอเวลากลับมาบ้าน ช่วงหัวค่ำแม่เริ่ม นั่งนิ่งๆ เงียบอีกแหละ เวลานอนตอนกลางคืนก็ชอบนอนมองเพดาน พี่ต่ายชวนคุยก็ไม่ค่อยคุย แต่ยังคงกิจกรรมสวดมนต์ก่อนนอนทุกวันอยู่

จนมาวันหนึ่งซึ่งเป็นวันแห่งความสุขทั้งแม่และของพี่ต่ายคือ ลูกสาวคนโตของพี่ได้ที่เรียนอยู่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับคัดเลือกเป็นพิธีกรรายการโทรทัศน์ และหลานสาวคนเล็กสอบติดคณะแพทย์ศาสตร์ สามีพี่ต่ายรับอาชีพทหารพาหลานสาวทั้งสองมาหายายกับพี่ต่ายที่บ้านโคราช เพื่อมาเลี้ยงฉลองความสำเร็จของหลานสาวทั้งสอง พี่ต่ายเองก็ดีใจสุดๆๆ ส่วนยายเองก็ดีใจจนน้ำตาไหล กอดหลานสาวสองคนไว้แน่น วันนั้นเป็นเหมือนวันใหม่ของยายเลยก็ว่าได้ ยายดูมีความสุข กินข้าวได้มากขึ้น ยิ้มแยมแจ่มใส่ เริ่มเดินออกไปคุยกับเพื่อนบ้านเหมือนเมื่อก่อน ปลูกต้มไม้และดอกไม้ที่หลานสาวชอบ ยายได้บอกกับพี่ต่ายว่า “แม่ไม่ร้องไห้แล้วนะแม่จะยิ้มๆๆๆๆ เพราะ อ๋อม บอกไว้ให้คุณยายยิ้มเยอะจะได้พาไปออกรายการผู้สูงอายุยิ้มได้”

ตั้งแต่ช่วงเวลานั้นผ่านมาแม่ก็กลับมาสดชื่นเหมือนเดิม ทุกวันเวลา 18.00 น แม่จะเปิดทีวี เพื่อดูหลานสาวเป็นพิธีกร และตอนนอนแม่ก็ไม่นอนมองเพดานแหละแต่นอนมองรูปหลานสาวสองคนแทน ดูแม่มีความสุขขึ้นเยอะ

ความเห็นของนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

มีความรู้สึกห่วงและวิตกกังวลกับโรคซึมเศร้าของคุณแม่

วิธีการดูแล

คุณต่ายพยายามทำตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เช่น พาไปเที่ยว พาไปวัดทำบุญ ไปเข้าชมรมผู้สูงอายุ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

คุณต่ายและครอบครัวของคุณต่ายเองมีส่วนช่วยคุณแม่ของคุณต่ายให้หายจากอาการของโรคซึมเศร้าได้ ตามหลักการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบประสบการณ์นิยม ที่เน้นการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพภายในครอบครัว เช่น การกอดกันระหว่างยายกับหลาน การพูดให้กำลังใจคุณยาย และการพูดคุยกันระหว่างคุณต่ายกับคุณแม่

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ให้กำลังใจคุณยาย หมั่นชวนพูดคุยกับคุณยายอยู่บ่อยๆ เพื่อให้คุณยายรู้สึกไม่ว้าเหว่ เดียวดาย

ความเห็นของนักวิชาการคนที่ 2

การดูแลที่ได้รับ

การดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลให้ความเอาใจใส่ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังแสดงความห่วงใยและให้ความรักด้วยการสัมผัส และการใช้คำพูดที่ไม่รุนแรง แสดงออกอย่างเข้าใจ แต่สิ่งที่ควรประเมินเพิ่มเติมคืออาการด้านความคิด ทั้งความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง และความคิดทำร้ายตนเอง รวมไปถึงอาการด้านอารมณ์ว่ามีความรู้สึกยาวนานอย่างไร ทั้งนี้เพื่อประเมินระดับของอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะได้รับการปรับเปลี่ยนการรักษา อย่างเหมาะสม

การที่ผู้ป่วยได้รับความสุขจากความสำเร็จของลูกหลานเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้าลดลง แต่ อาจจะเป็นแค่ช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น สิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไข คือควรมีการบำบัดด้านความคิดร่วมกับการรับประทานยาต้านอารมณ์เศร้าอย่างต่อเนื่อง

จากเรื่องเล่า แสดงให้เห็นชัดเจนว่าผู้ดูแลควรได้รับการดูแลสุขภาพจิตเช่นกัน เห็นได้จากเรื่องเล่าที่ถ่ายทอดจากผู้ดูแล แสดงให้เห็นถึงอารมณ์เศร้าของผู้ดูแล ที่อาจเกิดจากความเครียด เนื่องจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช ถึง 2 คน อาจทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพจิตเช่นเดียวกัน

จากเรื่องราวพบว่า ชุมชนของผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง มีแนวโน้มที่จะสามารถนำชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ก็จะเป็นการแบ่งเบาภาระและความเครียดในการดูแลทั้งผู้ป่วยซึมเศร้า หรือผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

จากเรื่องเล่าแม่ของคุณต่ายมีอาการด้านอารมณ์ที่ชัดเจน คือมีอารมณ์เศร้า โดยอารมณ์เศร้าของแม่คุณต่าย ไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร คุณต่ายสังเกตอาการของคุณแม่จากการที่คุณแม่ร้องไห้ง่าย เงียบ และพูดน้อยลง พฤติกรรมดังกล่าว อาจเกิดจากความคิดในด้านลบ เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง ซึ่งความคิดดังกล่าวเป็นความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ผู้ดูแล หรือแพทย์ผู้รักษาควรประเมินความคิดดังกล่าวร่วมด้วยเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

เรื่องที่ 38

เรื่อง “บุญกรรมร่วมกัน”
เจ้าของเรื่องเล่า นางวาด จิตคำทวน ผู้ดูแล ยายทวน
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว สุภาวดี ไชยนุกูล

นางวาดเป็นหลานห่างๆ ของยายทวน ตอนเด็กๆ เคยอยู่บ้านเดียวกัน แต่พอนางวาดโตขึ้นได้แต่งงานและแยกครอบครัวมาอยู่ที่โคราช หลังจากนั้นนานๆ ถึงจะได้กลับไปเยี่ยมบ้าน จนเมื่อประมาณ 12 ปีที่แล้วกลับไปเยี่ยมบ้าน พบว่า ยายทวน ป่วยแขนขาข้างขวาอ่อนแรง แต่ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้ และสภาพภายในบ้านก็มีแต่ขยะเต็มไปหมด นางทวน เล่าให้ฟังว่า ตัวเองไม่สบาย คนข้างๆ บ้านพาไปโรงพยาบาล แล้วก็เอาเงินที่มีอยู่ไปหมด ซึ่งสภาพของนางทวนตอนนั้น ป้าวาดบอกว่าน่าสงสารมาก เนื้อตัวสกปรก หน้าตาเศร้าหม่องจนครอบครัวป้าวาดคือสามีและลูกบอกว่าให้เอายายทวนไปอยู่ด้วยกันที่บ้านโคราช จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ ป้าวาดต้องเป็นผู้ดูแลยายทวนจนถึงทุกวันนี้

ช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ยายทวน เริ่มมีอาการซึมๆ นั่งเฉยๆ ไม่ค่อยช่วยเหลือตนเอง ทำให้ป้าวาดต้องทำงานดูแลยายทวนหนักขึ้น เช่น ป้อนข้าว อาบน้ำ เช็ดปัสสาวะ อุจจาระ และต้องนอนเฝ้าตลอดเวลา ป้าวาดบอกว่า เหนื่อยมากๆ แต่ลูกๆ ของป้าวาดก็ให้กำลังใจ บอกว่า ถ้าเราไม่ดูแลยายทวน แล้วใครจะดู เพราะไม่มีพี่น้องคนไหนเหลือพี่น้องอยู่ไม่กี่คน ป้าวาดก็เข้าใจแต่มันเหนื่อยจริงๆ กับการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองแบบยายทวน บ่อยครั้งที่ป้าวาดบ่นและใช้คำพูดแรงๆ กับยายทวน เช่น “มันเป็นกรรมอะไรของฉันที่จะต้องมาดูแล” จนยายทวนนั่งร้องไห้แต่ไม่โต้ตอบอะไร ตอนกลางคืนก็จะนอนไม่ค่อยกลับ นอนดูเพดานทั้งคืน ป้าวาดที่นอนอยู่ด้วยกันสังเกตเห็นและรู้สึกผิดที่ไปดุด่ายายทวน รู้สึกเสียใจ พอเช้าขึ้นมาป้าวาดก็จะเข้าไปพูดคุยกับยายทวน ซื้อขนมที่ชอบมาให้กิน สักพักยายทวนก็ยิ้มให้ ป้าวาดบอกว่า ทุกครั้งที่ป้าเหวี่ยงอารมณ์ใส่ยายทวน ยายทวนจะมีสีหน้าสลดลงน้ำตาซึมอย่างเห็นได้ชัดเจน แต่ไม่ตอบโต้อะไร พอป้าวาดเข้าไปทำดีด้วยยายทวนก็จะยิ้มเหมือนไม่ถือโทษโกรธอะไร แต่เหตุการณ์แบบนี้มักจะเกิดขึ้นบ่อยๆ มาก จนสามีของป้าวาดไปปรึกษาเพื่อนที่เป็นพยาบาลได้คำแนะนำมาว่า ควรพาป้าวาด และยายทวน ไปตรวจว่ามีปัญหาทางอารมณ์หรือไม่ หลังจากนั้นสามีของป้าวาดก็พาทั้งสองคนไปตรวจที่โรงพยาบาลมหาราช แพทย์วินิจฉัยว่า ยายทวนไม่ได้มีปัญหาทางสมองแต่น่าจะมาจากอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่า และให้ยาต้านอารมณ์เศร้ากลับมากิน ส่วนป้าวาดแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นความดันโลหิตสูง ให้ยากลับมากินและแนะนำให้ผักผ่อนมากๆ

ป้าวาด บอกว่าช่วงนี้ยายทวนอารมณ์ดีขึ้น กลับมาดูแลตัวเองได้มากขึ้น แต่จะมีอาการนั่งนิ่งๆ แล้วน้ำตาซึมออกมาบ้าง หลานๆ เลยไปซื้อลูกหมามา 1 ตัว เพื่อให้ยายทวนเป็นคนเลี้ยงในช่วงตอนกลางวันที่ทุกคนไปทำงานกันหมด ช่วงแรกๆ ยายทวนยังไม่ค่อยคุ้นกับลูกหมาตัวเล็กๆ ยายทวนดูจะรำคาญด้วยซ้ำ แต่พอเวลาผ่านไปประมาณ 2 เดือน ยายทวนดูมีความสุขเวลานั่งเล่นกับลูกหมา หยิบขนมให้กินตลอดเวลา จับลูกหมาอาบน้ำ ตอนนี้ทุกๆ วัน ยายทวนจะนั่งรอหลานๆ กลับมาจากทำงาน เพื่อที่จะเล่าเรื่องลูกหมาให้หลานฟังสองสามประโยคแล้วก็เข้าห้องนอน ป้าวาดบอกว่าได้แค่นี้ก็ดีแล้วอย่างน้อยกลับมาดูแลตัวเองได้บ้างป้าวาดก็

เบาไปเยอะ ป้าวาดพูดแล้วยิ้มๆ “คงทำบุญทำกรรมมาร่วมกัน ก็ชดใช้กันไปให้หมดในชาตินี้จะไม่มีเวรกรรมต่อกัน”

ความคิดเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

มีความรู้สึกเหนื่อย ใช้คำพูดรุนแรงกับยายทวนจึงรู้สึกผิดและเสียใจที่ทำไป ขี้สงสาร ท้อแท้ และตัดพ้อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมที่ต้องชดใช้ ยึดหลักพุทธศาสนาช่วยในการปลอบใจ

วิธีการดูแล

ทำงานดูแลคุณยายทุกอย่าง นอนเฝ้าตลอดเวลา รู้สึกเหนื่อยมาก ตัดพ้อว่าเป็นเรื่องของ “กรรมที่เคยทำร่วมกัน” คล้ายมองว่าเป็นภาระที่จำเป็นต้องรับผิดชอบ ตัดสินคุณยายว่าไม่ยอมช่วยเหลือตนเองเลย อารมณ์เสียก็เหวี่ยงใส่คุณยาย แต่พอคิดได้ก็รู้สึกผิดและทำดีกับคุณยาย ภายหลังเริ่มจะเข้าใจมากขึ้น จึงพยายามหาวิธีแก้โรคซึมเศร้า โดยเอาลูกสุนัขมาให้เลี้ยง 1 ตัว

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

ผู้ดูแลได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจและร่างกาย คือ แบกรับภาระทุกอย่างต้องรับผิดชอบดูแลอีกชีวิตหนึ่งคือคุณยาย นอกเหนือจากครอบครัวของตนเองที่ต้องรับผิดชอบ จึงรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อสิ่งที่ทำอยู่มาก จนเกิดการสะสมเป็นความเครียด จนต้องระบายออกมาเป็นความรุนแรงต่อคุณยาย ผู้ดูแลใช้คำพูดที่รุนแรง บ่นและว่าคุณยาย จึงสอดคล้องกับทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม คือช่วยให้ป้าวาดตระหนักรู้ เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของตนเอง รวมไปถึงอารมณ์ของตนเองที่แปรปรวน และรู้ถึงเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบทางจิตใจ ยอมรับผลของการตัดสินใจเลือกของครอบครัวที่รับคุณยายมาเลี้ยงดู ทำความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้ตั้งเป้าหมายในแง่บวกและในการดำรงชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ให้เกิดการยอมรับกับสิ่งที่ตนประสบพบเจออยู่ในขณะนี้ เปลี่ยนทัศนคติโดยการมองโลกในทางบวกมากขึ้น พยายามหากิจกรรมทำร่วมกับคุณยายบ่อยๆ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

ยายทวนมีความพิการทางร่างกายคือ ป่วยแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ประกอบกับเป็นผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและยังเผชิญกับภาวะวิกฤติอื่นๆ คือถูกเพื่อนบ้านขโมยเงินไปจนหมด อาการของโรคซึมเศร้าที่ปรากฏในเรื่องเล่า น่าจะเกิดขึ้นก่อนที่นางวาดจะรับยายทวนมาดูแลที่โคราช คือ อาการด้านพฤติกรรม โดยยายทวนไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ปล่อยให้บ้านก็มีแต่ขยะเต็มไปหมด ไม่สนใจตนเองปล่อยให้ตนเองสกปรกไม่ทำความสะอาดร่างกาย เมื่อรับมาดูแล ยายทวนก็มีพฤติกรรมถดถอย คือไม่ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทั้งๆที่ร่างกายพิการเพียงแขน ขา อ่อนแรง แต่ยังขยับและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ผู้ดูแลต้องป้อนข้าว อาบน้ำ เช็ดปัสสาวะ อุจจาระ และต้องนอนเฝ้าตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเฉยเมย ไม่ตอบโต้ต่อการกระทำของบุคคลรอบข้าง แม้จะถูกกระทำรุนแรงด้วยคำพูดจากผู้ดูแล นอกจากนี้ ยายทวนยังมีอาการด้านอารมณ์ คือมีอารมณ์เศร้า

เรื่องที่ 39

เรื่อง “อยู่ที่ใจ”
เจ้าของเรื่องเล่า ป้าสาย ผู้ดูแล ลุงวิโรจน์
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว สุภาวดี ไชยนุกูล

เมื่อ 3 ปี ก่อน ลุงวิโรจน์ตื่นเช้าจะไปทำงานตามปกติ พอเดินไปถึงประตูรั้วบ้านลุงวิโรจน์ ก็หน้ามืดหมดสติล้ม แต่หัวไม่ฟาดพื้น ลูกๆ พาส่ง โรงพยาบาลมหาราช ทำ คอมพิวเตอร์สมอง พอว่า มีเลือดออกในสมอง 2 จุด แต่ไม่ต้องผ่าตัดรอให้ก้อนเลือดสลายไปเอง การเจ็บป่วยครั้งนั้นทำให้ลุงวิโรจน์มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ทำงานขับรถไม่ได้จึงต้องลาออกมาอยู่บ้าน โดยมีป้าสาย ภรรยา เป็นผู้ดูแลหลัก ป้าสายเล่าว่าช่วงแรกๆ ต้องดูแลกันทุกอย่าง ตั้งแต่ ป้อนข้าว อาบน้ำ ช่วยทำกายภาพบำบัด เหนื่อยมากจริงๆ เพราะลูกๆ ก็ไปทำงานกันหมด จะมาช่วยได้บ้างก็ช่วงตอนเย็น แต่ลุงวิโรจน์ก็ยังทำใจไม่ได้กับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ป้าสายสังเกตว่าเวลาลุงวิโรจน์ นอนหรือนั่งอยู่คนเดียว จะชอบร้องไห้ ไม่ยอมกินยาตามที่หมอสั่ง บ่นอยากตาย ไม่อยากเป็นภาระของเมียกับลูก ทั้งๆ ที่ป้าสายและลูกๆ ไม่เคยบ่นว่าลุงวิโรจน์เป็นภาระเลย ในทางกลับกันลูกๆ หันกลับมาสนใจดูแลพ่อมากขึ้น มีแต่ป้าสายนี้แหละที่จะมีบ่นบ้างตอนที่ลุงวิโรจน์ดื้อ ไม่ยอมกินยา ไม่ยอมทำกายภาพบำบัด แต่ป้าก็บ่นด้วยความหวังดี อยากให้หาย เพราะหมอที่รักษาบอกว่า ถ้าควบคุมความดันโลหิตได้ดีๆ และก็ขยันทำกายภาพบ่อยๆ แขนขาก็จะมีแรงเพิ่มมากขึ้นได้ ถึงจะไม่หายกลับไปแข็งแรงเหมือนเดิม แต่ก็จะดีขึ้น

ป้าสาย พยายาม พาลุงวิโรจน์ ออกไปหัดเดินนอกบ้านทุกเย็น เพราะได้เจอเพื่อนบ้านได้พูดคุยลุงจะได้มีกำลังใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น ช่วงแรกๆ ลุงวิโรจน์เดินได้ไม่กี่ก้าวก็จะกลับบ้านบอกไม่อยากเจอใครอายเค้าที่ต้องให้เมียมาคอยพยุงเดิน ป้าสายก็บอกว่าไม่เป็นไร ก็ช่วยๆ กัน ถ้าลุงหายเดินได้คล่องขึ้น ป้าสายจะได้หายเหนื่อย ลุงวิโรจน์ก็มีอารมณ์หงุดหงิดใส่ป้าสาย จนป้าสายเริ่มจะหมดความอดทน แต่ดีว่าลูกๆ ค่อยให้กำลังใจทั้งป้าสายและลุงวิโรจน์ ลูกชายคนเล็กเห็นว่าป้าสายก็เหนื่อยลุงวิโรจน์ก็ดูเงียบๆ ไม่ค่อยพูดคุยกับใครเลยพาพ่อกับแม่ไปเยี่ยมพี่ชายที่อยู่จังหวัดภูเก็ต เพราะพี่สะใภ้คลอดลูก ตอนอยู่ที่ภูเก็ตป้าสายเห็นลุงวิโรจน์ยิ้มตลอดตอนเห็นหลาน และก็จับหลานมาให้ลุงวิโรจน์อุ้มแต่ไม่ค่อยถนัดเท่าไหร่ ป้าสายเลยบอกว่าต่อไปนี้ต้องขยันกายภาพบำบัดแล้วนะจะได้มีแรงมาอุ้มหลาน หลังจากกลับจากภูเก็ตลุงวิโรจน์อารมณ์ดี พูดคุยกับป้าแบบไม่หงุดหงิด ขยันทำกายภาพบำบัดมากขึ้น แล้วบอกกับป้าว่าไม่ต้องเป็นห่วงนะ จะไปไหนก็ไป ลุงอยู่บ้านได้ แต่ป้าสายก็ไม่ไว้ใจเพราะลุงเคยบ่นว่าอยากตาย พอดีมีทีมจิตอาสาของศูนย์การแพทย์วัดป่าสาละวัน มาเยี่ยมลุงที่บ้าน แล้วก็ชวนลุงไปเข้ากลุ่มฟื้นฟูร่างกายที่ศูนย์การแพทย์ พอลุงได้ไปเข้ากลุ่มลุงวิโรจน์ ก็ดูสดใส สีหน้าสดชื่น แล้วบอกกับป้าสายว่า “พอฉันไปเข้ากลุ่มฉันเหมือนไม่เป็นอะไรเลยเพราะคนอื่นเป็นมากกว่าฉันเยอะเลย มันอยู่ที่ใจ” แล้วก็หัวเราะ ตอนป้าเล่าเรื่องให้ฟัง ป้าแอบบอกว่ารู้อย่างนี้ส่งไปนานแหละ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

ดูแลลุงวิโรจน์ด้วยความเต็มใจ ถึงแม้บางเวลาที่รู้สึกท้อแท้ เริ่มหมดความอดทน แต่เพราะความรักและสายสัมพันธ์ในครอบครัวทำให้มีพลัง

วิธีการดูแล

เห็นใจพร้อมจะช่วยเหลือตลอดเวลา พาทำกายภาพบำบัด ทานยาตามที่แพทย์สั่ง ทำกิจกรรม เช่น เดินเล่น พาไปเยี่ยมหลาน

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

เนื่องจากป้าสายเชื่ออยู่เสมอว่าลุงวิโรจน์เข้มแข็งพอที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวดและจะหายได้ ป้าสายจึงไม่ล้มเลิกหรือปล่อยทิ้งให้ลุงวิโรจน์อยู่เพียงลำพัง ป้าสายหาหนทางมากมายเพื่อให้ลุงวิโรจน์เห็นคุณค่าของตนเองและกลับมาสู้อีกครั้ง เมื่อวิเคราะห์ตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ป้าสายเชื่อว่าลุงวิโรจน์มีความสามารถและมีคุณค่า จนกระทั่งลุงวิโรจน์ได้เจอกับหลาน ลุงวิโรจน์มีความสุขและเห็นคุณค่าของตนเอง และมีความต้องการที่จะดูแลรักษาตนเองให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

เสริมสร้างกำลังใจให้ลุงวิโรจน์ เป็นกำลังใจให้แก่กันและกัน หากิจกรรมให้ทำ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

ข้อเสนอแนะ

ในเรื่องเล่า ลุงวิโรจน์ไม่ได้ไปพบแพทย์จิตเวช เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า แต่จากอาการที่เล่าในเรื่องเล่านั้น ได้แก่ มักนอนหรือนั่งอยู่คนเดียวเงียบๆ ไม่ค่อยพูดคุยกับใคร จะชอบร้องไห้ ไม่ยอมกินยาตามที่หมอสั่ง บ่นอยากตาย ไม่อยากเป็นภาระของเมียกับลูก เคยบ่นว่าอยากตาย อาการเหล่านี้ครอบคลุมทั้งอาการทางอารมณ์ อาการทางความคิด และอาการทางพฤติกรรม แต่การที่จะประเมินลุงวิโรจน์ว่าเป็นโรคซึมเศร้านั้นจะต้องสังเกตลักษณะดังนี้ ช่วงเวลาของอารมณ์เศร้ามีทั้งวัน หรือเกือบจะส่วนมากของวัน มีการแยกตัว ทำให้สูญเสียหน้าที่ เช่นไม่ดูแลตัวเอง ไม่ทำงานบ้าน หรือความคิดต่อตนเองเป็นอย่างไร เหล่านี้จะเป็นการช่วยประเมินโรค และให้ลุงวิโรจน์ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางแพทย์อย่างทันท่วงที

การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ

ลุงวิโรจน์มี ป้าสาย ซึ่งเป็นภรรยา เป็นผู้ดูแลหลัก ป้าสายจะพาลุงวิโรจน์ ออกไปหัดเดินนอกบ้านทุกเย็นการได้เจอเพื่อนบ้านได้พูดคุยลุงจะได้มีกำลังใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น ลุงวิโรจน์ก็มีอารมณ์หงุดหงิดใส่ป้าสายซึ่งบางครั้งป้าสายก็หงุดหงิดใส่ลุง ครอบครัวพาลุงไปที่ภูเก็ต ป้าสายเห็นลุงวิโรจน์ยิ้มตลอดตอนเห็นหลาน และก็จับหลานมาให้ลุงวิโรจน์อุ้มแต่ไม่ค่อยถนัดเท่าไหร่ ป้าสายเลยบอกว่าต่อไปนี้ต้องขยันกายภาพบำบัดแล้วนะจะได้มีแรงมาอุ้มหลาน หลังจากกลับจากภูเก็ตลุงวิโรจน์อารมณ์ดีขึ้นให้ บอกกับป้าว่าไม่ต้องเป็นห่วงนะ จะไปไหนก็ไป แต่ป้าสายก็ไม่ไว้ใจเพราะลุงเคยบ่นว่าอยากตาย ต่อมามีคนชวนลุงไปเข้ากลุ่มฟื้นฟูร่างกายที่ศูนย์การแพทย์ทำให้ลุงดูสดใส สีหน้าสดชื่น และพูดว่า “พอฉันไปเข้ากลุ่มฉันเหมือนไม่เป็นอะไรเลยเพราะคนอื่นเป็นมากกว่าฉันเยอะเลย มันอยู่ที่ใจ”

จากการดูแลดังกล่าวเป็นการดูแลที่เหมาะสม เมื่อลุงวิโรจน์ป่วย ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างปกติ ผู้ดูแลพยายามนำผู้ป่วยออกจากบ้าน ไม่ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่จำเจ ออกมาพบปะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกอายที่ต้องออกมานอกบ้านด้วยสภาพร่างกายที่ไม่เต็มร้อย แต่ผู้ดูแลก็พยายามไม่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว แต่ให้ผู้ป่วยออกบ้าน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม

การเพิ่มแรงจูงใจและกำลังใจ โดยการให้ไปดูแลหลาน อุ้มหลาน ทำให้ผู้ป่วยมีแรงใจในการดูแลตนเอง ไม่หมกมุ่นอยู่กับความพิการของร่างกาย ทั้งการที่ไปพบกับเพื่อนที่มีอาการป่วยคล้ายๆ กันที่กลุ่มฟื้นฟูร่างกายที่ศูนย์การแพทย์ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแบ่งปันความรู้สึกจากเพื่อนสู่เพื่อน ทำให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลไม่ไว้ใจให้ลุงอยู่บ้านคนเดียว เพราะลุงเคยบ่นว่าอยากตาย เป็นการเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal idea) แต่การที่กังวลจนเกิดความเครียดจะทำให้ผู้ดูแลแสดงออกซึ่งความไม่วางใจผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเครียดเช่นกัน การเฝ้าระวังที่ถูกต้องผู้ดูแล จะต้องประเมินความคิดของผู้ป่วยเป็นระยะ และติดตามดูพฤติกรรม เช่นการที่ผู้ป่วยเคยมีอารมณ์เศร้าไม่มีความสุข แต่กลับมีอารมณ์สดชื่นและมีความสุขอย่างรวดเร็วจนผิดสังเกต อาจเป็นสัญญาณที่บอกว่าผู้ป่วยอาจพยายามฆ่าตัวตายได้

เรื่องที่ 40

เรื่อง “คู่ชีวิต”
เจ้าของเรื่องเล่า ป้าเล็ก ผู้ดูแล ลุงบุญมา
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว สุภาวดี ไชยนุกูล

ป้าเล็กภรรยาลุงบุญมา เล่าว่าประวัติชีวิตความเป็นมาของครอบครัว ให้ฟังว่า อดีต ลุงบุญมา เป็นคนสนิท ขับรถให้กับนายทหารชั้นผู้ใหญ่คนหนึ่ง จนได้มาแต่งงานกับกับป้าเล็ก มีลูกด้วยกัน 4 คน คนที่ 1-3 เป็นผู้ชาย คนที่ 4 เป็นผู้หญิง เช่าบ้านอยู่ที่โคราชมาเกือบ 40 ปี กว่า ชีวิตมีทั้งสุขและทุกข์ แต่ดูเหมือนทุกข์จะมากกว่า ป้าเล็กบอกว่าป้าจะสุขได้อย่างไร เพราะลูกชายตายปีละหนึ่งคนจนหมาสามคน ป้ายังจำความรู้สึกตอนนั้นได้ว่าความเจ็บปวดจากการสูบเสียลูกสามคนเป็นอย่างไร ขณะที่ป้าเล็กนั่งเล่า ลุงบุญมา ก็พูดเสริมว่าตอนนั้นป้านิ่งไปเลย ไม่พูดไม่คุย ไม่กิน ไม่นอน ไม่ทำอะไรเลย จนลุงบุญมาต้องลาออกจากงานที่กรุงเทพมาอยู่เป็นเพื่อนป้า ลุงดูแลป้าทุกอย่างทำงานบ้านแทนป้าเลี้ยงลูกสาวคนเล็ก หลายปีมากที่ป้ามีอาการโศกเศร้าไม่หาย แต่ลุงไม่โกรธนะ เพราะลุงก็เสียใจแต่ก็ต้องยอมรับเพราะลูกก็ตายไปแล้วทำอย่างไรลูกก็ไม่ฟื้นกลับคืนมา ตอนนั้นสิ่งที่ลุงทำได้คือ อยู่เป็นเพื่อนป้า ค่อยดูแลทุกอย่าง สุดท้ายป้าก็ต้องเข้าโรงพยาบาลไปนอนให้น้ำเกลือแล้วหมอก็ให้วิตามินมากินบำรุงร่างกาย หลังจากกลับจากโรงพยาบาล ลุงก็ชวนป้าสวดมนต์ทุกวัน พาไปทำบุญที่วัด ทุกครั้งที่ลุงทำบุญลุงจะขอให้พระช่วยให้ป้าหลุดพ้นจากความโศกเศร้า จนกระทั้งป้าเริ่มมีอารมณ์ที่ดีขึ้น เริ่มทำงานแม่บ้านได้เหมือนเดิม ลุงจึงออกไปทำงานหาเงินได้เพิ่มขึ้น ช่วงนั้นชีวิตมันตกมาก ลุงก็รู้สึกว่าทำไมต้องเป็นฉันด้วยนะ แต่ก็ต้องเข้มแข็ง เพราะต้องดูแลป้ากับลูกสาวอีกหนึ่งคนที่เหลืออยู่

ป้าเล็กบอกว่า ป้าข้ามผ่านความทุกข์มาได้ป้าเลยเข้าใจแล้วว่า ชีวิตไม่มีอะไรแน่นอน และสิ่งที่ทำให้ป้ารู้สึกมีความสุขที่สุดคือการสวดมนต์และก็แผ่เมตตา ป้าก็รู้สึกสดชื่นขึ้นนะ ลุงทำงานหนักเพราะตอนที่ป้าไม่สบายลุงไม่ได้ทำงาน เลยไปหยิบยืมเงินคนอื่นมามากพอสมควร พอป้ามีอาการดีขึ้น ลุงจึงต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินไปใช้หนี้ แต่วันนี้ไม่มีหนี้แล้วนะใช้หมดแล้ว พอใช้หนี้หมด เมื่อประมาณ 6 ปีที่แล้ว ลุงก็ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และก็มีเส้นเลือดในสมองแตกแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงเดินไม่ได้ วันที่ลุงเป็นลมล้ม ป้าจำได้ว่าป้าทำอะไรไม่ถูกเลยพอดีเพื่อนบ้านมาช่วยพาไปโรงพยาบาล ทุกวันที่ป้าไปเฝ้าลุงป้านั่งร้องไห้ทุกวัน แต่ป้าบอกกับตัวเองว่าต้องเข้มแข็งเพราะตอนนี้ลุงไม่มีใคร ตอนป้าป่วยลุงยังดูแลป้าเป็นอย่างดี จนลุงได้กลับบ้านตอนนั้นใครมาแนะนำอะไรป้ากับลุงก็ทำหมด หวังให้ลุงหาย จนอาการอ่อนแรงดีขึ้นเรื่อยๆ ลุงลุกขึ้นนั่งได้ กินข้าวได้เอง เดินด้วยไม้เท้าได้ จนเมื่อ ประมาณต้นปีที่ผ่านมาลุงมีเส้นเลือดในสมองตีบเพิ่มขึ้นทำให้แขนขาอ่อนแรงลงไปอีก กลืนลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย อาการเจ็บป่วยรอบสองนี้แหละที่ทำให้ลุงบุญมาท้อใจมากๆ ลุงนอนซึมอยู่กับเตียง ไม่พูด ไม่ขยับ อะไรทั้งสิ้น นอนน้ำตาไหลเป็นทางตลอด บอกป้าอยู่ทุกวันว่าอยากตาย เพราะไม่อยากให้ป้าลำบาก ที่จะต้องมาดูแลลุง ลุงบอกป้าอย่างนี้ทุกวัน ป้าก็ได้แต่บอกลุงว่าเราเป็นผัวเมียกันร่วมสุขร่วมทุกข์กันมา ยามเจ็บป่วยก็ต้องดูแลกัน

กิจวัตรประจำวันของป้าเล็ก คือ ตื่นนอนตี 4 ล้างหน้าแล้วนั่งสวดมนต์ทำวัตรเช้าเสร็จแล้ว หุงข้าว ปลุกลุงเช็ดตัว ออกไปซื้อกับข้าว แล้วกลับมาป้อนข้าวลุง สายๆ นั่งสวดมนต์ให้ลุงฟัง ตอนบ่ายช่วยลุงทำกายภาพบำบัดตามที่หมอแนะนำ ตอนเย็นเช็ดตัวให้ลุง ป้อนข้าว ป้อนยา สวดมนต์ก่อนนอน แล้วก็ล้มตัวลงนอนข้างๆ เตียงของลุง ตอนกลางคืน ป้าเล็กจะตื่นขึ้นมาดูลุงว่าหลับหรือไม่ บางคืนที่ลุงนอนร้องไห้ป้าเล็กจะจับมือลุงแล้วนั่งสวดมนต์ให้ลุงฟังจนหลับ ป้าเล็กทำแบบทุกวันมาเป็นเวลา 6 เดือนกว่าแล้วลุงก็เริ่มจะยอมรับ

กับความเจ็บป่วยได้บ้าง สุดท้ายป้าบอกว่า “เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ แต่ตอนนี้ป้าต้องเข้มแข็งเพื่อช่วยให้ลุงข้ามความท้อแท้ไป”

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

คุณป้ามีอาการโศกเศร้าจากการสูญเสียคนรักก็คือลูก หลังจากที่ป้าได้อยู่ดูแลลุง ทำให้ป้ามีความสุขมากขึ้นจากการเข้าใจตนเอง การสวดมนต์ แผ่เมตตา คุณป้ายังมีความวิตกกังวลและความเครียดอยู่บ้าง

วิธีการดูแล

ใช้การสังเกตพฤติกรรมและคอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ความทุ่มเท ความเสียสละในการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกัน

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

จากกรณีคุณป้าปรับความคิดตนเอง มีการเอาใจเขามาใส่ใจเราโดยการเข้าอกเข้าใจกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Empathy) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยป้าและลุงเข้าไปอยู่ในโลกของการร่วมทุกข์ร่วมสุขกันโดยไม่นำเอามุมมองและความเหนื่อยล้าของตนเข้าไป จนทำให้คุณป้ารับรู้ว่า “เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ” ยังเกิดการมองเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้ ทำให้คุณป้ายอมรับและปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

พยายามทำกิจกรรมร่วมกันอยู่บ่อยๆ เพื่อให้ตนเองลดความโศกเศร้าลง และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

การดูแลที่ได้รับ

การดูแลที่ได้รับคือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การให้กำลังใจด้วยการพูดจาที่อ่อนโยน และการทำจิตใจให้สงบด้วยการสวดมนต์เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม แต่เพื่อเป็นการประเมินโรคซึมเศร้า จึงควรลุงบุญมาไปพบแพทย์ หากอารมณ์เศร้าของลุงบุญมาไม่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ลุงบุญมา นอนซึมอยู่กับเตียง ไม่พูด ไม่ขยับ นอนน้ำตาไหลเป็นทางตลอด บอกป้าอยู่ทุกวันว่า อยากตาย เพราะไม่อยากให้ป้าลำบาก ที่จะต้องมาดูแลลุง ลุงบอกป้าอย่างนี้ทุกวัน อาการของลุงบุญมา อาจจะมีสาเหตุมาจากจิตใจที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เลวร้าย PTSD ที่ต้องสูญเสียลูกชายทีตายปีละหนึ่งคนจนหมดสามคน ประกอบกับชีวิตที่มีความยากลำบาก และเจอกับมรสุมหลายครั้ง และลุงยังต้องมีความพิการทางร่างกายจากเส้นเลือดในสมองตีบเพิ่มขึ้นทำให้แขนขาอ่อนแรงลงไปอีก กลืนลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ทำให้ลุงมีอารมณ์เศร้า ซึ่งในเรื่องเล่าไม่ได้ระบุว่าลุงบุญมาเป็นโรคซึมเศร้าหรือเพียงอารมณ์เศร้า

เรื่องที่ 41

เรื่อง “อย่าขัดใจ”
เจ้าของเรื่องเล่า พี่อิ๊ด ผู้ดูแลคุณยายส้มเกลี้ยง
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว สุภาวดี ไชยนุกูล

พี่อิ๊ดเป็นลูกคนที่สองของคุณยายส้มเกลี้ยง อายุ 91 ปี พี่อิ๊ดเล่าว่า การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องง่ายและก็ไม่ใช่เรื่องยาก อยู่ที่ใจเราว่าอยากดูแลหรือมัย หลังจากนั้นพี่อิ๊ดก็เริ่มเล่าว่า เมื่อก่อนพี่อิ๊ดทำงานอยู่ กศน. ไม่ได้มีหน้าที่ดูแลคุณยายโดนตรง เพราะยายอยู่กับน้องคนเล็กซึ่งเป็นผู้ชาย พอดีน้องชายแต่งงาน แล้วก็ดูเหมือนลูกสะใภ้จะไม่ค่อยชอบคุณยาย เพราะทะเลาะกันบ่อยจนน้องชาย ต้องตัดปัญหาบอกว่าให้พี่ช่วยรับแม่ไปอยู่ด้วย ซึ่งบ้านก็อยู่ใกล้ๆ กันนั้นแหละ ตอนนั้นยายก็ไม่ยอม จะอยู่กับลูกชายคนเล็ก พอดียายเกิดอุบัติเหตุหกล้ม สะโพกข้างขวาหักต้องเข้าโรงพยาบาลผ่าตัดนอนอยู่โรงพยาบาลหลายเดือน หลังจากออกจากโรงพยาบาลพี่อิ๊ดก็เลยแม่ไปพักที่บ้าน เพราะว่ามีลูกเป็นพยาบาล จะได้ช่วยดูแลยายได้ แต่สุดท้ายก็ไม่ได้เป็นอย่างที่พี่อิ๊ดคิด เพราะยายอาละวาดจะกลับไปอยู่กับลูกชายคนเล็กให้ได้ ต้องพูดคุยกันอยู่นาน จนกว่ายายจะยอม

หลังจากที่ยายยอมอยู่บ้านพี่อิ๊ด ยายเริ่มไม่พูด เงียบ ไม่โวยวายเหมือนก่อนๆ ช่วงแรกๆ ก็กินข้าวได้ตามปกติ แต่ต่อมายายเริ่มเบื่ออาหารกินได้น้อยลง จนต้องพากลับไปนอนรักษาตัวต่อในโรงพยาบาล ตอนนั้นแพทย์บอกว่าเป็นโรคคนแก่ พอมีอาการเจ็บป่วยก็จะซึมๆ ลง แต่ตรวจแล้วโดยทั่วไปไม่มีปัญหา ยายเลยได้กลับบ้าน ตอนนั้นพี่อิ๊ดเลยตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อไปดูแลยายให้เต็มที่ ยายก็ยอมกลับไปอยู่บ้านพี่อิ๊ดแต่โดยดี ไม่อาละวาดเหมือนครั้งแรก พี่อิ๊ดก็ดูแลเอาใจใส่ยายดีมาก ดูแลให้ตื่นออกกำลังกายเป็นเวลา อาบน้ำ กินข้าว กินยา เป็นเวลาตลอด ถึงเวลานอนยายต้องนอน จนยายบ่นว่า “กูเป็นแม่นะไม่ใช่ลูกบังคับอยู่ได้” พอพี่อิ๊ดได้ยินเท่านั้นแหละพี่อิ๊ดก็ตอบกลับยายทันทีด้วยน้ำเสียงที่ดังพอสมควร ว่า “ดูแลดีอย่างนี้ยังจะมาว่าอีก” ยายเงียบทันทีแล้วหันหน้าหนีพร้อมกับร้องไห้ พี่อิ๊ดเห็นยายร้องไห้พี่อิ๊ดก็รู้สึกผิดขึ้นมาทันทีแล้วจะทำอย่างไรละทีนี้ต่างคนเลยต่างเงียบไป หลังจากนั้นยายหน้าตาเศร้าๆ เงียบไม่พูดอะไรเลยกับทุกคน จนหลานสาวที่เป็นพยาบาลไปปรึกษาจิตแพทย์และให้ยาปรับสภาพอารมณ์มาให้ยายกิน แต่ยายไม่ยอมกินบอกกับหลานสาวว่าไม่ได้เป็นอะไร ยายซึมๆ อยู่อย่างนี้ หลายเดือน ซึ่งพี่อิ๊ดก็ไม่สบายใจมาก คิดว่าที่ยายเป็นอย่างนี้เพราะโกรธแน่ๆ เลยกล่าวคำขอโทษยายที่พูดไม่ดีกับยายไป ยายบอกว่าไม่เป็นไร จริงๆ หายโกรธแล้ว แต่ไม่รู้เป็นอะไรอยากร้องไห้ ไม่อยากพูด ไม่อยากคุย ไม่อยากยิ้ม อยากอยู่เฉยๆ หลังจากนั้นพี่อิ๊ดจึงเข้าใจอารมณ์ของยายและพยายามจะไม่ขัดใจ เพราะถ้ายายเกิดช่วงอารมณ์เศร้าขึ้นมา กว่าอารมณ์จะดีขึ้นใช้เวลานานมาก หลังจากนั้นพี่อิ๊ดจึงนิมนต์พระมารับสังฆทานที่บ้าน แล้วพยายามทำในสิ่งที่ยายชอบ เช่น เปิดเพลงหมอลำ ให้ยายฟัง ชวนลูกหลานมานั่งคุยเป็นเพื่อนยายตอนหัวค่ำ ยายส้มเกลี้ยงก็อารมณ์ดีขึ้นหน้ามีความสุข ลูกหลานทุกคนเรียนรู้ที่จะไม่ขัดใจยายส้มเกลี้ยงเพราะไม่อยากให้ยายมีอารมณ์น้อยใจ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

พี่อิ๊ดรู้สึกไม่สบายใจกับอาการของคุณยาย เกิดอาการน้อยใจ

วิธีการดูแล

พี่อิ๊ดเข้าไปขอโทษคุณยายที่ทำให้คุณยายน้อยใจ พี่อิ๊ดพยายามเข้าใจอารมณ์ของคุณยายและจะไม่ขัดใจคุณยาย และทุกคนในบ้านพี่อิ๊ดเรียนรู้ที่จะไม่ขัดใจคุณยาย

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

คุณอิ๊ดและครอบครัวคุณอิ๊ดพยายามเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ของคุณยาย พร้อมทั้งเรียนรู้ที่จะไม่ขัดใจคุณยาย ซึ่งตรงกับทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง คือคุณยายต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง และทุกคนในครอบครัวก็พยายามร่วมมือกันในการทำให้คุณยายสบายใจ จนคุณยายอารมณ์ดีขึ้นและสบายใจขึ้นตามหลักของการเข้าอกเข้าใจกัน

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

เสริมสร้างกำลังใจให้กับคุณยาย หากิจกรรมต่างๆ ให้คุณยายทำ รวมถึงร่วมกันทำกิจกรรมร่วมกับคุณยายเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

การดูแลที่ได้รับ

การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ บางครั้งเป็นการใช้อารมณ์รุนแรง ซึ่งผู้ดูแลจะรู้สึกผิดเมื่อพูดกับคุณยายด้วยอารมณ์รุนแรง ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นในคุณยาย มีความเครียด และมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

การที่ผู้ดูแลนิมนต์พระมารับสังฆทานที่บ้าน แล้วพยายามทำในสิ่งที่ยายชอบ เช่น เปิดเพลงหมอลำ ให้ยายฟัง ชวนลูกหลานมานั่งคุยเป็นเพื่อนยายตอนหัวค่ำ เหล่านี้ทำให้ยายส้มเกลี้ยงมีความสุข อารมณ์ดีขึ้น แต่การที่ลูกหลานเรียนรู้ที่จะไม่ขัดใจยายส้มเกลี้ยงเพราะไม่อยากให้ยายมีอารมณ์น้อยใจ อาจเป็นการแก้ไขที่ไม่ถูกต้อง เสียทีเดียว ควรใช้การสื่อสารที่แสดงถึงเหตุผล เข้าใจในความรู้สึกของคุณยาย และแสดงให้เห็นถึงการใส่ใจในความต้องการของคุณยาย โดยที่ไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิดรำคาญใจ เพราะเป็นไปไม่ได้ที่จะให้ทุกอย่างที่คุณยายต้องการได้ทุกครั้งโดยไม่ขัดใจ

ข้อเสนอแนะ

เมื่อมีเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้คุณยายส้มเกลี้ยงมีอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ไปในทางถดถอย เช่นไม่พูด เงียบ ไม่โวยวาย เบื่ออาหารกินได้น้อยลง โดยสาเหตุที่มีอารมณ์เศร้าตัวของยายก็ไม่ทราบสาเหตุ “แต่ไม่รู้เป็นอะไร อยากร้องไห้ ไม่อยากพูด ไม่อยากคุย ไม่อยากยิ้ม อยากอยู่เฉยๆ” ผู้ดูแลสังเกตว่าหากยายส้มเกลี้ยงอยู่ในช่วงอารมณ์เศร้าขึ้นมา กว่าอารมณ์จะดีขึ้นใช้เวลานานมาก ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า คุณยายเคยไปพบแพทย์ ได้ยาปรับอารมณ์ ซึ่งไม่ได้ระบุว่า เป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่

เรื่องที่42

เรื่อง “เพื่อนช่วยได้”
เจ้าของเรื่องเล่า ป้ากุหลาบ ผู้ดูแลคุณยายไสว
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว สุภาวดี ไชยนุกูล

ป้ากุหลาบ เป็นเพื่อนบ้านของ คุณยายไสว บ้านอยู่ติดกัน เห็นกันมาตั้งแต่ยังเด็ก ป้ากุหลาบไม่ได้แต่งงาน ส่วนยายไสวแต่งงานมีลูก 1 คน ตอนนี้อยู่ทีอเมริกา ส่วนสามีเสียชีวิตไปหลายปีแล้ว ป้ากุหลาบเล่าให้ฟังว่าจริงๆ เป็นญาติห่างๆ กับคุณยายไสว เมื่อก่อนตอนเด็กๆ ก็เล่นด้วยกันเหมือนเป็นเพื่อนสนิทกันเลย แต่พอคุณยายไสวแต่งงานไป ก็ห่างๆ กันไป จนคุณยายไสวกลับมาอยู่บ้านที่โคราชอีกครั้งจึงได้มาดูแลกัน ช่วงที่สามีคุณยาไสวเจ็บหนักก็ไปช่วยดูแล จนเสียชีวิตไป ส่วนลูกชายของคุณยายไสวเรียนเก่งมากได้ทุนไปเรียนต่อที่อเมริกา แล้วก็อยู่ทำงานที่อเมริกาเลย ส่งแต่เงินมาให้ทุกเดือน แล้วนานๆ ถึงจะกลับมาเยี่ยมคุณยายไสวสักที แต่ดีที่คุณยายไสว แก่เป็นคนชอบสังคม ชอบมีเพื่อนเยอะ เลยไม่เหงา เพราะมีกิจกรรมทำตลอด แต่ช่วงสองปีที่ผ่านมา ไม่รู้คุณยายไสวเป็นอะไร ไม่ค่อยออกไปทำกิจกรรมเหมือนเมื่อก่อน เวลาช่วยก็บอกว่า อากาศร้อนไม่อยากออกไปไหน และก็ดูรูปร่างผอมลงไปเยอะ ไม่สดใสเหมือนก่อน ก็รู้สึกเป็นห่วงแก่นะ ค่อยไปถามอยู่เรื่อยๆ ว่าเป็นอะไรหรือเปล่า ยายไสวก็บอกว่าไม่ได้เป็นอะไร แต่ก็มีบ่นๆ ว่าคิดถึงลูก อยากให้ลูกกลับมาอยู่เมืองไทย ตอนนี้รู้สึกว่าอยู่คนเดียวก็เหงา

ป้ากุหลาบเล่าต่อไปว่า ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรดีให้คุณยายไสวกลับมาสดชื่นเหมือนเดิม ได้แต่พยายามเข้าไปหาเป็นเพื่อนคุยบ่อยๆ จนเมื่อเดือนที่แล้ว คุณยายไสวเป็นลมหน้ามืดแต่ไม่ล้ม ใบหน้ากระแทกข้างฝามีแผลถลอกเล็กน้อย แก่โทรศัพท์มาหาให้ไปรับพาไปหาหมอ ป้ากุหลาบก็รีบไปรับด้วยความเป็นห่วง ยายไสวสารภาพว่าที่เป็นลมหน้ามืดเพราะนอนไม่ค่อยหลับมาเป็นเดือนแล้ว แพทย์เลยให้ยานอนหลับมากินก่อนนอน และแนะนำให้หากิจกรรมที่ชอบทำเหมือนเมื่อก่อนจะได้ไม่คิดมาก และเมื่อสมาชิกชมรมรู้ข่าวว่าคุณยายไสวล้ม ก็เลยพากันมาเยี่ยมที่บ้าน และให้กำลังใจคุณยายไสว แล้วยังบอกอีกว่า ถ้าคุณยายไสวไม่ออกไปชมรมสมาชิกชมรมจะมาหาที่บ้านแทน คุณยายไสวหัวเราะอย่างมีความสุข หลังจากนั้นไม่กี่วันชมรมก็จัดทัศนศึกษาโครงการของในหลวง ทั้งป้ากุหลาบและคุณยายไสวก็ไปด้วยถ่ายรูปกันมาเยอะ เพื่อนในชมรมนัดกันมาดูรูปที่บ้านคุณยายไสว ดูรูปกันอย่างมีความสุข ป้ากุหลาบ บอกว่า “ถ้าเราเหงาเพื่อนช่วยได้”

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

เอาใจใส่ เป็นคนรักเพื่อน ชอบดูแลช่วยเหลือผู้อื่น เป็นคนช่างสังเกต สนใจในรายละเอียด

วิธีการดูแล

คอยดูแล ช่วยเหลือตลอด รู้ความเป็นไปของคุณยายไสว คอยเป็นห่วงคุณยายไสวตลอดเวลา คอยถามไถ่สารทุกข์สุขดิบเรื่อยๆ พยายามหาวิธีให้คุณยายไสวกลับมาสดชื่นเหมือนเดิม หากิจกรรมทำร่วมกัน ทุกสิ่งทุกอย่างที่คุณป้ากุหลาบทำเกิดจากความสุขที่ได้ดูแลและได้ทำให้คุณยายไสวจริงๆ

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

สมาชิกชมรมและคุณป้ากุหลาบได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพจิตใจของคุณยายไสว โดยการไปเยี่ยมเยียน พูดคุย ชวนไปทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จึงควรนำทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมเข้ามาปรับใช้กับคุณยาย ให้คุณยายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า แม้ว่าจะไม่มีครอบครัวอยู่ด้วยก็ตาม คุณยายยังคงมีความสำคัญกับบุคคลรอบข้างที่ทั้งรักและห่วงใยคุณยาย โดยเฉพาะคุณป้ากุหลาบที่ทั้งเป็นห่วงเป็นใยคุณยายมาโดยตลอด

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

ให้กำลังใจคุณยายไสว เพื่อให้คุณยายไสวมีความเข้มแข้งทางด้านจิตใจ พร้อมที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

การดูแลที่ได้รับ

ป้ากุหลาบซึ่งเป็นเพื่อนบ้าน แม้จะไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก แต่ก็พยายามเข้าไปหา เป็นเพื่อนคุยบ่อยๆ ซึ่งการที่มีเพื่อนบ้านที่เป็นห่วงเป็นใย ถือว่าเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง ไม่ต่างคนต่างอยู่ ทำให้มีคนสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย

การใช้ยานอนหลับเป็นการดูแลที่เหมาะสม นอกจาการรับประทานยานอนหลับ ยังควรพยายามพาคุณยายไสวไปทำกิจกรรมที่เคยทำโดยจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุช่วยดูแลซึ่งกันและกันเป็นการลดความเหงาของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

คุณยายไสวเคยเป็นคนชอบสังคม มีกิจกรรมทำตลอด แต่ในช่วงสองปีที่ผ่านมา คุณยายไสวมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง คือ ไม่ค่อยออกไปทำกิจกรรมเหมือนเมื่อก่อน เวลาช่วยก็บอกว่า อากาศร้อนไม่อยากออกไปไหน และก็ดูรูปร่างผอมลงไปเยอะ ไม่สดใสเหมือนก่อนนอนไม่ค่อยหลับมาเป็นเดือน แสดงให้เห็นว่าคุณยายไสวมีลักษณะของโรซึมเศร้าคือ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ ความสนใจเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยทำหมดลง ซึ่งลักษณะดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามระบบ DSM IV แต่ยังไม่ครบตามเกณฑ์พิจารณา จึงควรติดตามอาการต่อไป นอกจากนี้ ยายไสวบ่นๆ ว่าคิดถึงลูก อยากให้ลูกกลับมาอยู่เมืองไทย ตอนนี้รู้สึกว่าอยู่คนเดียวก็เหงา ความรู้สึกเหงาเป็นอารมณ์หนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

เรื่องที่ 43

เรื่อง “อยู่ใกล้เหมือนไกล”
เจ้าของเรื่องเล่า คุณลุงป่อง ผู้ดูแลป้าแดง
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาว สุภาวดี ไชยนุกูล

ป้าแดงกับลุงป่องเป็นสามีภรรยากัน แต่ไม่มีลูก หลังเกษียณอายุราชการ ก็อยู่บ้านกันสองคน ปกติจะกินข้าวพร้อมกัน 3 มื้อ พอกินเสร็จก็จะแยกย้ายกันไปทำกิจวัตรประจำวันของตัวเอง อยู่บ้านเดียวกันแต่ไม่ค่อยพูดคุยกัน ลุงป่องชอบปลูกต้นไม้มากวันๆ อยู่กับต้นไม้ ลุงป่องบอกว่าอยู่กับต้นไม้แล้วสดชื่นดี ส่วนป้าแดงไม่ได้ทำอะไร วันๆ ก็นั่งๆ นอนๆ ดูทีวี ไม่ออกไปไหน อยู่ติดบ้านตลอดทั้งๆ ที่มีเพื่อนครูด้วยกันเยอะ แต่ก็ไม่ไปไหนเหมือนคนอื่น ช่วงหลังๆ มานี้ลุงป่องสังเกตเห็นว่าป้าแดงดูเปลี่ยนไป กินข้าวเสร็จก็เข้าห้องของตัวเอง ถึงเวลาก็ออกมากินข้าว งานบ้านไม่ขยันทำเหมือนแต่ก่อน ไม่จู้จี้กับลุงป่อง เหมือนเช่นเคย เวลาลุงป่องเข้าไปคุยด้วยก็ชักสีหน้าแปลความหมายได้ว่ารำคาญ ลุงป่องเล่าให้ฟังว่าตนเองรับรู้ได้ว่าป้าแดงต้องมีอะไรที่ผิดปกติแน่ๆ จนเมื่อลุงป่องไปพบหมอตามนัดก็เลยเล่าสภาพบรรยากาศภายในบ้านร่วมทั้งพฤติกรรมของป้าแดงที่เปลี่ยนไปให้หมอฟังด้วย แล้วถามหมอถึงวิธีการที่จะทำให้ป้าแดงดูสดชื่นขึ้นมาเหมือนเมื่อก่อน หมอแนะนำให้พาไปเที่ยว หากิจกรรมให้ทำ ที่สำคัญคุยกันเยอะๆ ลุงป่องเลยกลับมาลองชวนป้าแดงไปเที่ยวบ้านญาติที่เชียงใหม่ แต่ป้าแดงก็ปฏิเสธทำให้ลุงป่องเกิดอารมณ์โมโหใส่ป้าแดง จนป้าแดงร้องไห้ ลุงป่องเห็นว่าเหตุการณ์ไม่น่าจะดีขึ้นมาได้ เลยเงียบไป แต่ก็ครุ่นคิดอยู่ตลอดเวลาว่าจะทำยังอย่างไรดีที่จะช่วยป้าแดงได้

ลุงป่องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะชวนป้าแดงมาปลูกต้นไม้ โดยขั้นแรกพยายามชวนป้าแดงไปเลือกซื้อต้นไม้มาปลูกในสวนที่บ้าน บ่อยครั้งเข้าป้าแดงก็เริ่มที่จะหยิบต้นไม้ต้นนั้นต้นนี้เอามาปลูกที่บ้าน ลุงป่องลงทุนให้คนมาจัดสวนและบริเวณนั่งเล่นในสวนข้างบ้าน และช่วยป้าแดงมานั่งดื่มกาแฟ กินขนมกันทุกวัน วันไหนป้าแดงไม่อยากมานั่งลุงป่องก็จะหลอกให้ป้าแดงออกมาดูต้นไม้ที่ป้าเลือกเอาปลูกไว้ ป้าแดงก็พูดคุยมากขึ้นเริ่มคุยถึงเรื่องในอดีตที่เป็นครูสอนหนังสือแล้วสอนให้นักเรียนปลูกพืชผักสวนครัวแต่นักเรียนไม่ขยันรดน้ำต้นไม้ก็ตายหมด ลุงป่องก็เล่าเรื่องในอดีตเกี่ยวกับที่ทำงานของตนบ้าง ลุงป่องบอกว่า เราคุยกันมากขึ้นป้าแดงก็ดูไม่ซึมเหมือนเมื่อหลายเดือนก่อน และป้าแดงก็เริ่มบ่นๆ ลุงป่องเหมือนเดิมแหละ คราวนี้ลุงป่องบอกว่าอยากให้ป้าแดงบ่นมากๆ เพราะแก่จะได้ไม่เฉาแล้วลุงป่องก็หัวเราะอย่างมีความสุข

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

ลุงป่องเป็นคนพูดและแสดงออกในสิ่งที่ตนรู้สึกไม่ค่อยเก่ง ถึงแม้บางครั้งในใจรู้สึกเป็นห่วงภรรยาแต่ก็ไม่รู้ว่าควรทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงได้พยายามหาหนทางเพื่อแก้ปัญหาในบ้าน

วิธีการดูแล

เริ่มแรกได้ลองหลายวิธี เช่น เข้าไปถาม ชวนไปบ้านญาติ แต่ไม่สำเร็จ ต่อมาจึงชวนทำกิจกรรมที่ป้าแดงชอบและพูดคุยในเรื่องของป้าแดง

หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล

ปัญหาที่เกิดขึ้นของครอบครัวนี้คือ ปัญหาการสื่อสาร ด้วยความคุ้นเคยกับการอยู่ด้วยกันทุกวัน ทำให้ขาดความใส่ใจกันในเรื่องเล็กน้อย ต่างคนต่างใช้ชีวิตของตนเอง พูดคุยกันน้อยลง ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์ตามทฤษฎีประสบการณ์นิยม ควรช่วยให้ลุงป่องพัฒนาตนเองให้มีเหตุผลเหนืออารมณ์ และฝึกการสื่อสารที่ชัดเจน กล้าพูดความรู้สึกของตนเองอย่างตรงไปตรงมา

ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี

พยายามพูดคุยกันอยู่บ่อยๆ สม่ำเสมอ กล้าบอกในสิ่งที่ตนรู้สึกออกไปให้คนอื่นได้รับรู้และเข้าใจ

ความเห็นนักวิชาการคนที่ 2

การดูแลที่ได้รับ

เมื่อพฤติกรรมของป้าแดงเปลี่ยนแปลง ลุงป่องซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด พยายามหาทางช่วยเหลือ ไปพบหมอที่ตนเองรักษาตามนัด ก็เลยเล่าพฤติกรรมของป้าแดงที่เปลี่ยนไปให้หมอฟังด้วย หมอแนะนำให้พาไปเที่ยว หากิจกรรมให้ทำ ที่สำคัญให้คุยกันเยอะๆ ลุงป่องจึงใช้การปลูกต้นไม้เป็นกิจกรรมที่จะช่วยให้ป้าแดงดีขึ้น ลุงป่องต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะชวนป้าแดงมาปลูกต้นไม้ ทำให้คุยกันมากป้าแดงก็พูดคุยมากขึ้น เริ่มคุยถึงเรื่องในอดีตที่เป็นครูสอนหนังสือแล้วสอนให้นักเรียนปลูกพืชผักสวนครัวแต่นักเรียนไม่ขยันรดน้ำต้นไม้ก็ตายหมด ลุงป่องก็เล่าเรื่องในอดีตเกี่ยวกับที่ทำงานของตนบ้าง ลุงป่องสังเกตว่าป้าแดงก็ดูไม่ซึมเหมือนเมื่อหลายเดือนก่อน และป้าแดงก็เริ่มบ่นๆ ลุงป่องเหมือนเดิมแหละ

การดูแลป้าแดงของลุงป่อง สอดคล้องกับแนวคิดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ริเริ่มให้ผู้ป่วยทำสวนผัก และเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสลงมาเรียนรู้ และทำกิจกรรมในแปลงผัก เพื่อช่วยฟื้นฟูศักยภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการสร้างปฏิสัมพันธ์กับคน ให้มีทักษะทางสังคมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

หลังจากป้าแดงเกษียน ป้าแดงก็ไม่ได้ทำอะไร วันๆ ก็นั่งๆ นอนๆ ดูทีวี ไม่ออกไปไหน อยู่ติดบ้านตลอดทั้งๆ ที่มีเพื่อนครูด้วยกันเยอะ แต่ก็ไม่ไปไหนเหมือนคนอื่น ป้าแดงมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป กินข้าวเสร็จก็เข้าห้องของตัวเอง ถึงเวลาก็ออกมากินข้าว งานบ้านไม่ขยันทำเหมือนแต่ก่อน ไม่จู้จี้กับลุงป่อง เหมือนเช่นเคย เวลาลุงป่องเข้าไปคุยด้วยก็ชักสีหน้าแปลความหมายได้ว่ารำคาญ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ไม่เข้าเกณฑ์ของโรคซึมเศร้า หรือ โรควิตกกังวล แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองของป้าแดงไม่เหมาะสม ป้าแดงควรมีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ เนื่องจากการเกษียณทำให้ป้าแดงเปลี่ยนบทบาทอาจทำให้คุณค่าในตนเองลดลง

เรื่องที่ 44

เรื่อง ชีวิตที่สงบเย็นของคุณยาย
เจ้าของเรื่องเล่า โดย คุณมาลี ลูกสาวของคุณยาย
เขียนเล่าเรื่อง โดย อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส

เรื่องเล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของการพึ่งตนเองการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและการมีชีวิตอยู่บนวิถีของธรรมะต่อความสุขสงบ ในชีวิตของผู้สูงอายุ 2 คน คือ คุณยาย (อายุ 97 ปี) และผู้เล่าเรื่อง คือ คุณมาลี (อายุ 67 ปี) ผู้เป็นลูกสาว

คุณมาลีเล่าว่าปัจจุบันเธอมีภารกิจหลักคือการดูแลคุณแม่ อายุ 97 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดิมที่มีครอบครัวของน้องสาวอยู่ที่บ้านด้วย เดิมคุณยายมีลูกสาว 4 คน (รวมคุณมาลีด้วย) ต่อมาลูกสาว 2 คน มีครอบครัวย้ายไปอยู่กรุงเทพฯ คุณมาลีมีครอบครัวแต่แยกไปอยู่กับสามี มีน้องสาวเพียง คนเดียวที่มีครอบครัวแล้วยังอยู่ที่บ้าน โดยน้องสาวมีลูกชาย 2 คน สามีของคุณยายอดีตเคยเป็นผู้ใหญ่บ้านหมู่ 3 (คุณพ่อคุณมาลี) ได้ตายไปตั้งแต่อายุ 86 ปี

ทุกวันก่อน 8 โมงเช้าเล็กน้อย คุณมาลีจะขี่จักรยานถึงบ้านแม่ซึ่งอยู่ห่างกันไม่มากนักแล้วก็จัดอาหารเช้าที่น้องสาวได้เตรียมไว้ให้ก่อนจะออกไปทำงาน (เป็นครูสอนหนังสือ ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในราชบุรี) ให้คุณยายรับประทาน และล้างจานชามเสร็จแล้ว ประมาณ 9 โมงเช้า จึงกลับบ้านไปทำงานบ้านของตนจนถึง 10.30 น. จึงค่อยกลับมาหาแม่อีกรอบเพื่อเตรียมอาหารกลางวันให้คุณแม่ ซึ่งบางครั้งจะซื้อเข้ามา แล้วรับประทานอาหารกลางวันพร้อมกัน และอยู่ดูแลเป็นเพื่อนคุณแม่ไปจนถึงเวลาประมาณ 17.00 น. ที่น้องสาวกลับจากทำงานก็จะมารับช่วงดูแลคุณยายต่อ

คุณมาลีเล่าว่าแม้คุณยายจะอายุถึง 97 ปี แล้ว แต่คุณยายจะมีความจำดีไม่หลงลืม บุคลิกเป็นคนไม่ช่างพูดตั้งแต่สาวไม่ชอบให้ใครพูดดุ ชอบให้เอาใจ เป็นคนรักความสะอาด สวยงาม คุณมาลีจะตัดเล็บ สระผมให้แม่ทุกสัปดาห์ แม่จะชอบทาแป้ง ชอบส่องกระจกดูความเรียบร้อยของใบหน้า ใส่เสื้อผ้า 2 ชั้น มีเสื้อคอกระเช้าและใส่เสื้อตัวนอกด้วย แม้ว่าจะอยู่บ้านตลอดก็ตาม ในช่วงกลางวันคุณยายจะไม่นอนนานจะเดี๋ยวลุกเดี๋ยวนั่ง ซึ่งคุณมาลีเรียกว่าเหมือน “ตุ๊กตาล้มลุก” บางครั้งพอนึกได้ก็จะบริหารร่างกายโดยการยกมือ แขนหรือขา ซึ่งคุณยายทำเป็นประจำ ทำให้สามารถเคลื่อนไหวช่วยตัวเองได้ดีเมื่อเทียบกับอายุ คุณยายจะสามารถเข้าห้องน้ำและทำความสะอาดได้เองโดยมีลูกสาวช่วยพยุงเท่านั้น

ตามปกติคุณยายจะมีสภาพจิตใจสงบดี ท่านจะฟังเทศน์จากวิทยุประจำตัวในตอนเช้าเป็นประจำทุกวัน ตอนมีแรงก็ไปวัดทำบุญและตักบาตรเองทุกวัน แต่ตอนนี้ทำไม่ได้ก็ให้ลูกเขยใส่บาตรแทน หากจะมีเรื่องกังวลส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องขับถ่าย ซึ่งไม่ถ่ายตามปกติก็จะกังวล มีบางครั้งเคยพูดว่าไม่อยากอยู่เบื่อเพราะทำให้ลูกหลานลำบาก แต่เมื่อคุณมาลีพูดปลอบใจว่าคนอื่นที่ไหนลูกแม่นะ ลูกๆ อยากทำให้แม่มีความสุข คุณยายก็จะไม่พูดอีก อย่างไรก็ดีเมื่อปีที่แล้วมีเหตุการณ์ที่ทำให้คุณยายมีความทุกข์ใจมากเป็นพิเศษคือ หลานชายลูกของน้องสาว ซึ่งเคยอยู่บ้านเดียวกันมาตลอด ต้องย้ายไปทำงานที่กรุงเทพฯ ทำให้คุณยายเป็นห่วงและคิดถึงมาก จนดูซึมเซาและซูบซีด วันหนึ่งหลานชายโทรมาขณะที่คุณยายกำลังนั่งกินข้าว คุณยายก็จะน้ำตาไหล กินข้าวไม่ลง คุณมาลีก็จะพูดปลอบใจว่าหลานต้องไปทำหน้าที่ของเขาพอถึงวันหยุดเขาก็กลับมาเยี่ยม ประมาณ 2 สัปดาห์ คุณยายก็กลับมาเป็นปกติเช่นเดิม

เมื่อผู้สัมภาษณ์ถามว่าดูเหมือนเวลาส่วนใหญ่ของคุณมาลีจะให้กับคุณแม่มาก แล้วครอบครัวว่าอย่างไร และคุณมาลีเองรู้สึกอย่างไรที่ต้องทำหน้าที่นี้ คุณมาลีก็เล่าว่าเธอเป็นครูสอนเด็กชั้นประถมที่ จังหวัด

กาญจนบุรี ซึ่งเป็นบ้านเดิมของสามี ต่อมาสามีป่วยเป็นความดันเส้นโลหิตแตก ตอนอายุประมาณ 56 ปี จึงลาออกจากงาน เธอเองจึง early retired ตอนอายุ 57 ปี ตามสามีและมาดูแลแม่เป็นประจำทุกวันนับแต่นั้นมาร่วม 10 ปีมาแล้ว เธอบอกว่าโชคดีที่ปัจจุบันสามีหายป่วยแล้วดูแลตัวเองได้ และพ่อแม่ของเขาก็เสียชีวิตหมดแล้ว เลยเข้าใจที่เธอต้องไปดูแลแม่ บางครั้งสามีก็ซื้อขนมอาหารฝากไปให้แม่ด้วย ตัวคุณมาลีเองก็พยายามดูแลสุขภาพตัวเองสม่ำเสมอด้วยการไปออกกำลังกายที่สวนสาธารณะเชิงสะพานริมคลองด้วยการถีบจักรยานที่เขาจัดไว้ให้ในสวนสาธารณะอาทิตย์ละประมาณ 2 – 3 ครั้ง ครั้งละประมาณครึ่งชั่วโมง เธออยู่กับสามีเพียง 2 คน เธอมีลูกสาวเพียงคนเดียว ซึ่งขณะนี้ทำงานที่สิงคโปร์ ซึ่งลูกสาวจะโทรศัพท์มาคุยอย่างสม่ำเสมอ เธอบอกว่าเธอเองไม่ใช่คนธรรมะธรรมโม แต่ลูกสาวจะเป็นคนบอกให้เธอตักบาตรทุกวัน ซึ่งเธอก็ทำ และบอกว่าเธอรู้สึกดีที่ได้ดูแลแม่น้องสาวของเธอแม้จะพูดดุคุณแม่บ้างในบางครั้ง แต่ก็ช่วยกันดูแล รวมทั้งพี่สาวอีก 2 คน ที่อยู่กรุงเทพฯ ที่นานๆ จะมาเยี่ยมคุณแม่ แต่ทุกครั้งที่มาก็จะทำให้แม่และทุกคนมีความสุข ซึ่งเธอสรุปว่าการที่แม่ของเธอมีความสุขก็เพราะคนในครอบครัวร่วมมือกันเอาใจใส่ ส่วนตัวเธอเองก็พูดอย่างแจ่มใสว่าลูกสาวบอกว่าแม่ไม่ต้องห่วงเวลาที่แม่แก่หนูจะดูแลแม่เอง และเมื่อผู้สัมภาษณ์เสริมว่าคงเป็นอานิสงค์ผลบุญจากการที่คุณมาลีเองได้ดูแลคุณแม่ด้วย คุณมาลีก็จะยิ้มกว้างด้วยความเบิกบานใจ และบอกว่าเธอก็พอใจชีวิตสงบๆ เรียบๆ แบบนี้แหละ

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยทางกายตามวัย เป็นโรคของผู้สูงอายุทั่วไป ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกายร้ายแรง และทางจิตใจ

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการใส่ใจ พูดคุย ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ พาไปทำบุญเข้าวัด

ความคิดเห็น

จากทฤษฎี Psychosocial development ของ Erik H. Erikson ที่อธิบายถึงลักษณะของการพัฒนาบุคลิกภาพของคน โดยเน้นถึงสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อบุคคล ในขั้นที่ 8 ระยะวัยสูงอายุ (Aging period) อายุประมาณ 60 ปีขึ้นไป : ขั้นความมั่นคงทางจิตใจกับความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) วัยนี้เป็นวัยสุขุม รอบคอบ ฉลาด บุคคลจะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ระลึกถึงความทรงจำในอดีต หากประสบความสำเร็จในอดีตก็จะรู้สึกไว้วางใจผู้อื่นและตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ภูมิใจต่อการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตให้บุตรหลานฟัง ตรงกันข้ามหากบุคคลต้องประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังในอดีต จะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต รู้สึกคับข้องใจ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การดูแลผู้สูงอายุที่ดีจึงเป็นเรื่องของการรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุบอกเล่าให้ฟัง ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีทำให้ผู้สูงอายุได้ ระบายความเครียดออกมาไม่เก็บไว้อยู่คนเดียว เป็นการลดความกดดันและลดความเครียดลง และการดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ช่วยเหลืองานบ้าน ไปวัดทำบุญตักบาตรจะได้ไม่มีเวลาไปคิดเรื่องที่ทำให้กังวล และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

ผู้สูงอายุรายนี้มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวเนื่องจากวัย

การดูแล

ครอบครัวของผู้สูงอายุให้การดูแลด้วยการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างเต็มใจ พาไปใส่บาตรทำบุญ ลูกหลานหมั่นมาเยี่ยมเยียน

ความคิดเห็น

การที่ผู้สูงอายุใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึงพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุรายนี้ มีครอบครัวที่ดี นำเอาข้อปฏิบัติทางศาสนาเข้ามาช่วยดูแล ให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นกรรม ให้สวดมนต์ แผ่เมตตา ซึ่งในความเชื่อของสังคมไทยได้ใช้ช่องทางของการปรับใจ การปลงผ่านความศรัทธา เชื่อมั่นในศาสนา จะช่วยให้ผู้สูงอายุจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีแก่ตนเองได้ นอกจากนี้ยังให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ ให้หลานๆหมั่นมาพูดคุยด้วย ผู้สูงอายุจะได้ไม่เหงา แนะนำให้ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ดีขึ้น และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

เรื่องที่ 45

เรื่อง คุณย่าข้างบ้าน
เจ้าของเรื่องเล่า โดย คุณปริศนา เปรมพุ่ม
เขียนเรื่องเล่า โดย ภิญญาพันธ์ เพียซ้าย

คุณย่าข้างบ้านเป็นญาติทางพ่อ อายุ 80 ปี ภายในบ้านคุณย่าจะมีสมาชิกทั้งหมด 9 คน ประกอบด้วย คุณย่า ลูกสะใภ้ 1 คน ลูกชาย 2 คน และหลาน 5 คน คุณย่าจะมีอาการนั่งๆ นอนๆอยู่บนเปลทั้งวัน ไม่ยอมเดินไปไหนทั้งๆ ที่เมื่อก่อนชอบเดินไปคุยกับคนข้างบ้านและร่างกายก็ยังเดินได้ ยกเว้นเดินออกมาจากบ้านของตนเองในตอนเช้าแล้วมานอนในเปลที่บ้านลูกสาวอีกหลังหนึ่งซึ่งอยู่ใกล้ๆ กันและเดินกลับบ้านของตนเองในตอนเย็น ซึ่งลูกสาวของคุณย่าคนนี้จะมีอาชีพเย็บผ้า คุณย่าก็จะนอนอยู่ในเปลระยะห่างไม่ไกลจากที่ลูกสาวนั่งเย็บผ้าอยู่ประมาณไม่เกิน 3 เมตร คุณย่าจะนอนเช่นนี้ทั้งวันมีการนอนลืมตาเฉยๆ มองดูทั่วๆ ไปไม่ได้มีการดูโทรทัศน์ หรือไม่เช่นนั้นคุณย่าก็จะนอนหลับ และแม้ว่าบางครั้งจะมีเสียงเด็กเล่นกันดังคุณย่าก็ไม่ได้ลุกขึ้นมาว่าอะไร คุณย่าไม่พูดคุยกับใครแต่ถ้ามีคนมาพูดคุยด้วยจึงจะคุย คุณย่าไม่ได้ช่วยลูกสาวทำงานหรือทำกิจกรรมอื่นแต่อย่างใดเพราะลูกสาวกลัวคนอื่นว่าใช้แม่ที่แก่แล้วทำงาน ลูกสาวจึงไม่ได้ชักชวนให้ทำอะไร เมื่อกลับไปอยู่บ้านของตนเองในตอนเย็นคุณย่าก็ยังทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ไม่ว่าจะเป็นอาบน้ำ ทำกับข้าวให้ลูกหลานทานได้ แต่คุณย่าก็ไม่ได้พูดคุยกับใครเช่นเดียวกันยกเว้นถ้ามีคนมาพูดคุยด้วยจึงจะคุย ที่บ้านของคุณย่ามีหลานๆ ทั้งที่เป็นวัยอนุบาล เด็กวัยรุ่นก็ไม่ได้เข้ามาคุยกับคุณย่าเพราะหลานๆ จะติดเกม ส่วนหลานที่โตก็จะทำงานแล้วไม่ได้อยู่ด้วยนานๆ มาเยี่ยมคุณย่า โดยเหตุการณ์ที่คุณย่าไม่เดินไปไหนในที่อื่นๆ เช่น เดินไปทักทายกับคนข้างบ้านและไม่คุยกับใครนี้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งพี่ปริศนาเองมองว่าคุณย่าผิดปกติ กลัวว่าคุณย่าเหงาและจะซึมเศร้า แต่พี่ปริศนาเห็นว่าลูกสาวของคุณย่าก็ไม่ได้แสดงท่าทีหรือพูดคุยกับพี่ปริศนาว่ากลัวคุณย่าเหงาหรือผิดปกติแต่อย่างใด ส่วนลูกชายที่อยู่บ้านเดียวกันกับคุณย่าก็ไม่เห็นว่าอะไรเช่นกัน พี่ปริศนามองว่าอาจเป็นเพราะลูกชายของคุณย่าไม่ค่อยมีเวลาเพราะมีวันหยุดจากการทำงานเพียงวันเดียว พี่ปริศนาจะมีโอกาสเข้ามาพูดคุยกับคุณย่าเนื่องจากบ้านอยู่ใกล้กันและมาช่วยงานลูกสาวของคุณย่าเย็บผ้าที่บ้านซึ่งทุกครั้งที่พูดคุยกับคุณย่า คุณย่าก็จะพูดคุยตอบกลับมาซึ่งเรื่องที่พูดคุยจะเป็นการทักทายทั่วไปแต่พี่ปริศนาจะไม่ชวนคุณย่าพูดคุยในเรื่องอะไรที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง เช่นว่า ทำไมคุณย่าจึงนั่งๆ นอนอยู่เฉยๆ เพราะพี่ปริศนาเกรงใจลูกสาว ส่วนลูกสาวของคุณย่าก็จะพูดคุยกับคุณย่าไม่มากนักเพราะนั่งทำงานเย็บผ้า ส่วนใหญ่ลูกสาวของคุณย่าจะพูดคุยด้วยก็ต่อเมื่อเวลาที่ลูกสาวของคุณย่าจะออกนอกบ้านไปซื้อของหรือเมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร ลูกสาวของคุณย่าก็มักจะถามว่าคุณย่าต้องการอะไร อยากทานอะไรเท่านั้น

ต่อมาช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ. 2557 คุณย่ามีอาการกระวนกระวาย พูดจาไม่รู้เรื่อง คือ ไม่ฟังเหตุผลว่าสิ่งไหนทำได้ทำไม่ได้ พูดหลงๆ ลืมๆ ไม่รู้เรื่องว่าพูดอะไร แต่พอคุณย่ามาพูดกับพี่ปริศนาว่าขอจองหัวหมูไว้สำหรับไหว้ศาลเจ้าที่โค้งหมู่บ้านดอนเซ่งประจำปี ซึ่งลูกสาวที่เย็บผ้าก็ให้คุณย่าจองและพี่ปริศนาได้มาไหว้ศาลเจ้าด้วยหัวหมูให้คุณย่าตอนช่วงเดือนเมษายน ประกอบกับช่วงนั้นคุณย่าได้ไปอยู่บ้านลูกสาวอีกคนที่โพธาราม ซึ่งลูกสาวบ้านที่โพธารามแต่งงานแล้วและไม่ได้ทำงานมีแต่สามีทำงาน จึงมีเวลาที่จะดูแลเอาใจใส่คุณย่า พูดคุยกับคุณย่า ทำให้คุณย่ามีเพื่อน ซึ่งเวลาที่คุณย่าเครียดคุณย่าจะโทรหาลูกสาวที่อยู่บ้านโพธารามนี้และคุณย่าจะรบเร้าลูกสาวทางนี้ให้ไปส่งตนเองที่บ้านลูกสาวโพธารามเพื่อไปอยู่ด้วย จากการที่คุณย่าได้ไปอยู่กับลูกสาวที่บ้านโพธารามและได้ให้พี่ปริศนาไปไหว้ศาลเจ้าด้วยหัวหมูแทนตนเองทำให้อาการที่คุณย่าพูดจาไม่รู้เรื่องและอาการกระวนกระวายหายไป แต่อาการนอนทั้งวันและไม่พูดคุยกับใครยกเว้นถ้ามีคนมาพูดคุยด้วย

จึงจะคุยด้วยยังคงอยู่จนถึงปัจจุบัน พี่ปริศนาจึงมองว่าการที่คุณย่ามีอาการพูดไม่รู้เรื่องและกระวนกระวายใจเป็นเพราะไปทำอะไรที่ผิดผีหรือทำผิดต่อสิ่งที่มองไม่เห็น พอไปแก้ด้วยการนำหัวหมูไปไหว้ศาลเจ้าที่โค้งหมู่บ้านดอนเซ่งประจำปีแล้วจึงทำให้คุณย่าดีขึ้นและการไปอยู่กับลูกสาวที่โพธารามก็ช่วยคุณย่าได้เพราะลูกสาวจะพูดคุยดูแลเอาใจใส่ดี ทำให้คุณย่าเกิดความสบายใจ

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการเริ่มต้นของอาการสมองเสื่อม คือการหลงลืม และมีอาการทางจิตใจ คือความเบื่อหน่าย ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลคนแรกไม่ค่อยพูดคุย ทำให้ผู้สูงอายุอาจจะเบื่อ ไม่มีความสุข แต่เมื่อย้ายมาอยู่กับผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกสาวอีกคนหนึ่งที่มีเวลาว่างมากกว่าและใส่ใจ ชอบชวนพูดคุยทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

ความคิดเห็น

โรคสมองเสื่อมจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในเบื้องต้นควรไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยที่ถูกต้องพร้อมกับได้รับยาบางอย่างที่จำเป็นในการแก้ไขอาการต่างๆที่จะทำให้เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อผู้สูงอายุและคนข้างเคียง เช่น อาการหลงผิด หรือเห็นภาพหลอน การไม่นอนและพฤติกรรมบางอย่างที่เปลี่ยนไป เช่น การก้าวร้าว เป็นต้น หลักสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ผู้ดูแลและคนรอบข้าง ต้องเข้าใจภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้น โดยยึดหลักไม่โกรธ หรือโมโห ถ้าผู้ป่วยทำอะไรไม่เหมาะสม ไม่พยายามบังคับให้ผู้ป่วยจำ หรือทำในสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ให้ความเอาใจใส่ พูดคุย ดูแลความเป็นอยู่จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยอยู่ในที่คุ้นเคย เช่น บ้านตนเอง เครื่องใช้ในบ้าน ไม่ควรมีการเคลื่อนย้ายบ่อย หรือไม่เป็นระเบียบ มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้สูงอายุตกใจได้ง่าย จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย คุ้นเคย ลดอาการหงุดหงิดหรือก้าวร้าวลงนอกจากนี้ปัญหาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย ผู้สูงอายุรายนี้การเกิดอาการซึมเศร้าน่าจะมาจากความทุกข์ใจในเรื่องครอบครัว และปัญหาสุขภาพ ดังนั้นเมื่อพบอาการซึมเศร้า ญาติและผู้ดูแลควรสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง พร้อมให้ความสนใจเมื่อผู้สูงอายุพูดถึงความตายบ่อยๆ อย่าปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ควรพาไปพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับการรักษาอย่างเร่งด่วน ยาต้านเศร้าเป็นสิ่งสำคัญควรรับประทานอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาจนกว่าจะได้รับการประเมินจากแพทย์ หลังจากได้รับการรักษาแล้วการดูแลอย่างใกล้ชิด ปลอบใจ เป็นกำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองจะช่วยให้อาการดีขึ้นและหายขาดได้ในระยะยาว

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

ผู้สูงอายุรายนี้มีอาการเบื่อหน่าย รู้สึกชีวิตไม่มีอะไร ขาดปฏิสัมพันธ์ และอาจเริ่มมีอาการภาวะสมองเสื่อมเริ่มต้น คือมีอาการหลงลืม จำอะไรไม่ได้ โวยวาย

การดูแล

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากเป็นลูกสาวอีกคนหนึ่งที่มีเวลาว่างมากกว่าและใส่ใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีเพื่อน เกิดความสบายใจ

ความคิดเห็น

ในกรณีนี้การเริ่มต้นมีภาวะสมองเสื่อม แต่ผู้ดูแลและครอบครัวไม่มีความรู้ประกอบกับมีความเชื่อตามประเพณีในเรื่องผีบ้านผีเรือน อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ดังนั้นเมื่อพบอาการ ญาติและผู้ดูแลควรสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง ควรพาไปพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและรับการรักษาอย่างเร่งด่วน

เรื่องที่ 46

เรื่อง ความกลัวของคุณแม่
เจ้าของเรื่องเล่า โดย คุณเดือนฉาย ยานุทัย
เขียนเรื่องเล่า โดย ภิญญาพันธ์ เพียซ้าย

คุณแม่อายุ 90 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคความดัน คุณแม่มีลูก 6 คน เป็นลูกชาย 5 คน ลูกสาว 1 คน เมื่อเดือนมิถุนายนจนถึงเดือนสิงหาคมที่ผ่านมาคนที่ใกล้ชิดและเพื่อนบ้านเรือนเคียงที่รู้จักมักคุ้นกันกับคุณแม่ประมาณ 4 – 5 คน ทยอยเสียชีวิตกัน เช่น เดือนมิถุนายนลูกชายคนที่ 4 ของคุณแม่เพิ่งเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับ เมื่อเดือนสิงหาคมน้องสาวของคุณแม่เพิ่งเสียชีวิต การเสียชีวิตของผู้คนเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของคุณแม่ ทำให้คุณแม่เครียด คิดมาก คิดว่าเมื่อไหร่จะตายตามคนนั้นคนนี้ไป จะอยู่ทำไม และคิดว่าตนเองเป็นภาระให้กับลูกหลาน คุณแม่จะคิดเป็นพักๆ ถ้ามีเหตุการณ์แบบนี้ขึ้นมากระตุ้น คุณแม่ไม่ได้มีความเศร้าเสียใจอะไรแต่เหตุการณ์นี้กระตุ้นให้คุณแม่คิดมากอยากตายแต่ไม่ใช่การกลัวตาย

คุณแม่กับพี่เดือนฉายอยู่บ้านกันคนละหลังแต่ติดกัน คุณแม่อยู่คนเดียวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 หรือ พ.ศ. 2555 ตอนแรกอยู่กับหลานสาวและหลานชายอีก 2 คน รวมเป็น 3 คน แต่ตอนหลังหลานไม่ได้อยู่ด้วยไปเรียนหนังสือที่อื่นเลยต้องอยู่คนเดียว พี่เดือนฉายดูแลอาหารกินให้ทุกมื้อ คุณแม่ร่างกายแข็งแรงเดินเหินสะดวก ช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่าง ตาดี แต่หูเสื่อมไม่ค่อยได้ยินต้องพูดเสียงดัง พอพูดเสียงดังคุณแม่ก็จะหาว่าพี่เดือนฉายตะคอก ดุ พอพี่เดือนฉายพูดเบาคุณแม่ไม่ได้ยิน พี่เดือนฉายสังเกตเห็นคุณแม่เหงา คือ คุณแม่จะนอนเฉยๆ ไม่หลับ นั่งเหม่อ เวลาไปหาที่บ้านจะเห็นว่านั่งเหม่อ ไม่มีเพื่อนคุย พี่เดือนฉายเป็นคนไม่ชอบคุยก็เลยไม่ได้ชวนคุณแม่คุยอะไรแต่พี่เดือนฉายจะถามสารทุกข์สุขดิบกับคุณแม่ อยากได้อะไร อยากกินอะไรพี่เดือนฉายจะถามคุณแม่ คุณแม่มักจะมองตัวเองว่าไร้ค่า หากินเองไม่ได้ ทำกินเองอะไรไม่ได้ต้องอาศัยคนอื่น วันธรรมดาคุณแม่ไม่มีใคร พี่เดือนฉายจะไปหาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เอาข้าวของไปให้คุณแม่กินแต่ไม่ได้นั่งกินด้วยกับคุณแม่ พี่เดือนฉายจะมานั่งกินกับสามีที่บ้าน พี่เดือนฉายจะนั่งอยู่กับคุณแม่ไม่นาน แป๊บๆ คือ นั่งดูคุณแม่กินจนเสร็จ พี่เดือนฉายจะนั่งดูไม่ชวนคุณแม่คุยเพราะกลัวคุณแม่สำลักและอาหารติดคอ ก่อนนอนพี่เดือนฉายจะเอายามาให้คุณแม่ทานและมาดูความเรียบร้อยของบ้าน ปิดไฟ ปิดประตู อยู่แป๊บๆ เหมือนกัน

น้องชายคนเล็กของพี่เดือนฉายจะกลับมาหาแม่ทุกอาทิตย์ (อยู่ที่มหาชัย) มานอนบ้านกับคุณแม่วันเสาร์อาทิตย์ พี่ชายคนที่ 3 มาดูคุณแม่ตลอดเพราะเกษียณอายุราชการแล้วจึงอยู่บ้านตลอดและบ้านไม่ไกลกัน เอาเครื่องนวดมานวดให้แม่ อาหารการกินก็เอามาให้บ่อย อาทิตย์หนึ่งจะมา 3 – 4 วัน ส่วนพี่น้องคนอื่นๆ ที่เหลืออยู่ไกลไม่ได้มา

พี่เดือนฉายมาดูแลคุณแม่ตั้งแต่หลานไปไปเรียนหนังสือที่อื่น น้องชายคนเล็กมาดูแลตั้งแต่ไปทำงานที่อื่น พี่ชายคนที่ 3 ที่เกษียณอายุราชการมาดูแลตั้งแต่แต่งงาน พี่น้องคนอื่นก็เห็นว่าคุณแม่เหงาแต่ไม่ได้คิดจะทำอะไรกันก็ปล่อยให้คุณแม่อยู่แบบนี้ พี่เดือนฉายเห็นคุณแม่เหงาแบบนี้ก็ไม่ได้คิดจะชวนคุยเพราะคุยไม่เก่ง ไม่รู้จะชวนคุยอะไร ถ้าชวนคุยคุณแม่จะคุยเรื่องเดิมๆ เรื่องเก่าๆ ในอดีต คุณแม่จะมีความสุขมากแต่พี่เดือนฉายไม่ค่อยทนฟังบางทีก็จะบอกแม่ว่าเรื่องนี้เคยฟังแล้วแต่คุณแม่ก็ไม่ได้สนใจก็พูดเล่าต่อไป พี่เดือนฉายมีหลานชายอายุ 4 ขวบ เป็นลูกของลูกสาว (พี่เดือนฉายมีลูกเดียว) หลานจะชอบมาเล่นกับทวด (คุณแม่) พี่เดือนฉายจะให้หลานมาอยู่เล่นกับทวด (คุณแม่) ทวด (คุณแม่) ก็เรียกหาหลานด้วย แต่ตอนนี้หลานพอโตที่จะไปโรงเรียนได้จึงมาหาทวด (คุณแม่) ตอนเย็นและวันเสาร์อาทิตย์โดยหลานเดินไปหาทวดเองได้ไม่ต้องรอพี่เดือนฉาย การเปลี่ยนแปลงที่ทวดมีหลานมาหาอยู่ใกล้ชิด คือ ทวดร่าเริงขึ้น ดีใจยิ้มที่มีคนมาพูดมาเล่นด้วย ลูกสาวของพี่

เดือนฉายจะไปนอนเป็นเพื่อนยาย (คุณแม่) ตอนกลางคืน เพราะยาย (คุณแม่) เกิดความกลัวตั้งแต่พรรคพวกและน้องสาวตาย ที่กลัวเพราะเห็นพรรคพวกที่ตายหรือคนที่ตายมาหา บางคนมาเรียกหาชวนไปอยู่ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากคุณแม่เปิดนรกสวรรค์ได้ โดยจะทำพิธีให้กับญาติของคนตายที่อยากไปเจอกับคนตายสามารถไปเจอกับคนตายได้แต่พอคุณแม่แก่แล้วก็ไม่ได้ทำ เมื่อตอนคุณแม่ยังไม่แก่คุณแม่ไม่กลัวที่จะเห็นคนตายแต่ตอนนี้คุณแม่กลัว ตอนกลางคืนจะนอนไม่หลับ ลุกเปิดไฟกลางคืน จึงขอให้หลานสาวและหลานเขยลูกของพี่เดือนฉายมานอนด้วยตั้งแต่ประมาณเดือนสิงหาคม ซึ่งหลานสาวกับหลานเขยก็เข้าใจดี ไม่ได้มองว่าเป็นภาระเพราะมีความรัก ความเข้าใจต่อยาย (คุณแม่) จะมานอนเป็นเพื่อน คุณแม่เกิดความรู้สึกอุ่นใจ เกิดความสบายใจ ไม่กลัว หลับได้ตลอดคืนเพียงขอให้หลานสาวและหลานเขยนอนในบ้านเดียวกันไม่ต้องถึงกับนอนเฝ้าให้เห็นหน้ากันแต่หลานชายวัย 4 ขวบไม่ได้ไปนอนด้วยจะนอนกับพี่เดือนฉายและสามี วันเสาร์อาทิตย์คุณแม่จะมีลูกชายคนเล็กมานอนเป็นเพื่อนแทนลูกสาวลูกเขยของพี่เดือนฉาย ลูกสาวลูกเขยก็จะไปหายาย (คุณแม่) วันเสาร์อาทิตย์ด้วยไปดูแล ชวนคุยเพราะ 2 คนนี้จะคุยเก่ง ชอบคุย แต่ทุกวันนี้คุณแม่ยังพูดเรื่องว่าอยากจะตายและบางครั้งคุณแม่จะนั่งนับวันตายของตนเองกับของเพื่อน นั่งเฝ้าคิดว่าตนเองกับเพื่อนใครจะตายก่อนตายหลัง พี่เดือนฉายจึงได้แต่พูดปลอบเรื่องนี้โดยพูดว่าเมื่อถึงเวลาจะตายก็ต้องตาย ตอนนี้ไม่ต้องเครียด ไม่ต้องคิด ยังไม่ถึงเวลาและแนะนำให้คุณแม่สวดมนต์เพื่อจะได้ไม่คิดเรื่องตายและจะได้ไม่เห็นผี พอบอกแบบนี้ก็ช่วยได้บ้างไม่ค่อยบ่นเรื่องอยากตาย พี่ชายคนที่สามและน้องชายคนเล็กจะรู้เรื่องที่แม่กลัว แม่บ่นว่าอยากตาย แต่พี่เดือนฉายไม่ได้ย้ำหรือพูดคุยกับพี่ชายคนที่สามและน้องชายคนเล็กบ่อย เพราะเห็นว่าน้องชายคนเล็กทำงานก็เหนื่อยแล้ว จะมีพี่ชายคนที่สามที่เกษียณอายุราชการกับพี่เดือนฉายที่จะช่วยกันดูแลและรู้เอาเองว่าจะต้องดูแลอย่างไร ความรู้สึกของพี่เดือนฉายที่ดูแลคุณแม่ คือ เฉยๆ ไม่รู้สึกอย่างไร ซึ่งอาจเป็นด้วยเหตุผลที่พี่เดือนฉายเข้าใจว่าตัวเองไม่ใช่ลูกรักของคุณแม่ คุณแม่จะรักลูกที่ไม่ได้ดูแล แต่ถ้าพี่เดือนฉายไม่อยู่ไม่ได้ไปหาคุณแม่ก็จะเรียกหาให้มาหา ส่วนความรู้สึกที่คุณแม่มีต่อหลานสาวหลานเขยและลูกของหลานนั้นพี่เดือนฉายสังเกตได้ว่าเมื่อมีหลานมาอยู่ใกล้ชิดด้วยคุณแม่จะมีความสุขมาก ร่าเริง คุยแจ้วๆ ดีใจทุกครั้งที่มาหา

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง และภาวะเสื่อมของหู แต่ปฏิบัติตนและรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ตลอด มาในระยะหลังเมื่อญาติพี่น้องในวัยเดียวกันมีโรคต่างๆและจากไปทำให้ผู้สูงอายุรายนี้เกิดความวิตกกังวล และมีความกลัวต่อการตาย

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวมีความใส่ใจในการดูแลพาไปพบแพทย์ให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง คนในครอบครัวรับประทานอาหารพร้อมกัน ลูกหลานที่อยู่ไกลผลัดกันมาเยี่ยมเยียน หมั่นโทรศัพท์มาพูดคุย พูดปลอบใจ พูดคุยกับเพื่อนบ้านวัยเดียวกัน ให้ทำงานบ้านเท่าที่จะทำได้ ให้ฟังธรรมะและทำกิจกรรมที่ชอบ ทำให้ผู้สูงอายุลดความกังวลลงได้

ความคิดเห็น

ผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลใกล้ชิดระยะยาว เช่น โรคเบาหลาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกังวลใจ มีอารมณ์กังวลง่ายและกลัวในสิ่งที่ไม่เคยกลัวมาก่อน ความกังวลดังกล่าวแสดงออกมาทางร่างกาย (Psychosomatic disorder) เช่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ในกรณีผู้สูงอายุรายนี้ ผู้ดูแลให้การดูแลที่เหมาะสม อันดับแรกคือการดูแลทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การพาไปพบแพทย์เพื่อประเมินอาการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หลังจากนั้นการดูแลเรื่องจิตใจและสังคมเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่ต้องช่วยกันดูแล ผู้ดูแลได้ใช้วิธีการให้ครอบครัวร่วมกันเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้ง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจว่ายังเป็นที่รักและเคารพของคนในครอบครัว ให้ผู้สูงอายุทำงานหรือกิจกรรมในบ้านที่พอจะทำได้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยังมีประโยชน์ต่อครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูกีฬาที่ชอบ ทำอาหาร พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน นวดคลายเครียด และสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ฟังธรรมะเพื่อปรับความคิดและยอมรับกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของบุคคลซึ่งเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ช่วยผู้ให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวที่เหมาะสม ลดปัญหาด้านความวิตกกังวลลงได้

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

ผู้สูงอายุมีโรคทางกาย คือ โรคความดันโลหิตสูง และภาวะเสื่อมของหู และมีอาการทางจิตใจ คือ การวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการพัดพราก ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ

การดูแล

ครอบครัวให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ โดยไม่ได้มองว่าเป็นภาระ เป็นเพราะครอบครัวมีความรัก มีความเข้าใจต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกอุ่นใจ เกิดความสบายใจ ไม่กลัว

ความคิดเห็น

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะ คือปัญหาสุขภาพเรื้อรังจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น ในกรณีนี้ผู้สูงอายุมีความเจ็บปวดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ทำให้ไปไหนมาไหนได้ลดลง ประกอบกับการสูญเสียคนใกล้ชิดในวัยเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่เพียงลำพัง เป็นผลให้เกิดความเศร้า ว้าเหว่ การเยี่ยมเยียนพบปะกับลูกหลาน มาพูดคุย ปลอบใจให้ความสำคัญต่อเรื่องที่ผู้สูงอายุเล่าให้ฟังหรือระบายความทุกข์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และคลายความเศร้าลงได้บ้าง

เรื่องที่ 47

เรื่อง การหมั่นสังเกต เอาใจใส่ และให้ทุกอย่างที่ต้องการคือพลังสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ
เจ้าของเรื่องเล่าโดย เครือมาศลูกยายผวน
เขียนเรื่องเล่าโดย พี่แมว โสภา วิชัยกุล

เรื่องการการหมั่นสังเกต เอาใจใส่ และให้ทุกอย่างที่ต้องการคือหลังสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ เป็นเรื่องราวของยายผวน วัย 95 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคเข่าเสื่อม ถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นมาระยะหนึ่งแล้ว มีลูกสาว 3 คน คนโต อยู่จังหวัดแพร่ นานๆจะกลับมา อีก 2 คน อยู่ด้วยกัน เรื่องโรคประจำตัวที่ยายเป็นมีบ่นปวดเข่าบ้าง และไอบ้าง แต่ไม่มีปัญหากับยายเลยเพราะลูกสาวทั้ง 2 คน เป็นผู้ดูแลใจใส่ พูดคุยเรื่องโรค ยายเข้าใจดีจึงไม่มีความวิตกกังวล อีกทั้งยายได้พบหมอเป็นประจำตามนัดโดยไม่ขาด ยายจึงไม่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน

ด้วยยายผวนอายุ 95 ปีแล้ว ยายมักจะพูดและสั่งเสียกับลูกสาวเสมอว่ายายไม่อยากตาย อยากอยู่กับลูกๆนานๆ เท่าที่จะอยู่ได้ และบอกกับลูกสาวว่าเวลายายตายให้แจกชามใส่แกงใบใหญ่หน่อย เวลาเขาเอาไปใช้จะได้ใช้สะดวก ขอมีพลุสียงดังๆ ขอให้ตัดเล็บให้สะอาดเวลาคนมารดน้ำศพจะได้ไม่อายแขก ส่วนเงินเบี้ยยังชีพให้ลูกสาวเก็บเอาไว้ไม่ต้องใช้ เผื่อเอาไว้ทำศพ

เมื่อเวลายายเพลินๆ อยู่คนเดียว ยายจะพูดคนเดียวอยู่บ่อยๆ เหมือนมีคนมาคุยด้วย ลูกสาวทั้ง 2 คน จะช่วยกันคอยสังเกต เมื่อเห็นว่ายายพูดเป็นเรื่องเป็นราวก็จะเข้ามาชวนคุยเหมือนเรียกสติให้กลับมา พอยายรู้ตัวก็จะกลับมาเป็นปกติพูดคุยกับลูกสาวเหมือนเดิม

ยายจะเป็นคนขี้บ่น พูดซ้ำพูดซาก ลูกสาว 2 คน ก็จะหงุดหงิด โมโห น้อยใจ บางครั้งก็จะพูดเสียงดังๆใส่ ยายก็จะน้อยใจหาว่าดุ (ยายหูตึง เวลาพูดเบาๆจะไม่ได้ยิน เวลาพูดดังก็หาว่าดุ) หลังจากนั้นลูกสาวก็จะใช้วิธีทำใจ ทำความเข้าใจว่ายายแก่แล้ว เป็นแม่นะ ปลอบใจตัวเองและเปลี่ยนเรื่องพูดไปทันที เช่นเรื่องที่ทำให้ยายสบายใจ คือ เรื่องหลานๆ คนนั้นทำงานนี้ คนนี้ทำงานนั้น ได้เงินเดือนเท่านั้นเท่านี้ คนนี้แต่งงานแล้วมีลูกแล้ว และที่สำคัญลูกสาวจะพยายามสอนและเป็นตัวอย่างให้กับหลานๆ โดยการให้หลานๆ เข้าหายายโดยใช้วิธีการกอด หอมเป็นประจำ ยายก็จะยิ้ม อารมณ์ดี มีความสุข

ยายชอบดื่มกาแฟมากต้องดื่มเป็นประจำ ลูกสาวเคยถามหมอ หมอบอกว่าให้แกดื่มไปเถอะจะช่วยกระตุ้นให้ยายสดชื่น ลูกสาวก็ชงให้แต่ใส่น้ำตาลน้อยเพราะกลัวเป็นอันตราย ยายจะบอกให้ใส่น้ำเยอะๆ ยายจะได้อิ่ม และจะบอกว่าขอให้ยายได้กินของที่ชอบ ทำเรื่องที่ตนชอบ เดี๋ยวตายแล้วทำไม่ได้ หลักจากนั้นมาลูกสาวทั้ง 2 คน ก็เลยตามใจยายผวนทุกอย่าง และให้ทุกอย่างที่ยายผวนต้องการ

นิสัยยายผวนเป็นคนค่อนข้างมีระเบียบ เมื่อเวลาที่ลูกๆ หลานๆ ซื้อของมาให้ ยายจะเก็บเป็นของส่วนตัว เวลาจะใช้หรือจะกินก็จะเอาของยายเท่านั้น ไม่ยุ่งของคนอื่น เช่น หลานซื้อกาแฟซองมาให้ยาย ยายจะแยกไว้ต่างหากไม่ให้ใครมายุ่ง ถ้าใครจะหยิบของแกโดยที่ยายไม่ได้อนุญาตไม่ได้ ถ้าทำจะถูกต่อว่าทันที ทุกคนในบ้านจะรู้ถ้าจะเอาของยายต้องไม่ให้แกรู้

บ่อยครั้งเวลากลางคืนหรือนอนหลับตอนกลางวันเวลาเพลินๆยายชอบเอามือทั้ง 2 ข้างทุบตัวเอง ลูกสาวที่นอนอยู่ข้างๆก็จะรีบจับมือยายและนวดให้ยายยายก็จะรู้สึกตัวแล้วหยุดทุบตัวเอง ผ่อนคลายแล้วหลับต่อได้ บางครั้งตอนกลางวันหลับนานไปหน่อย ยายตื่นมางงๆ จำหลานไม่ได้ ยายนึกว่าเป็นคนที่จะมาทำร้ายแก ลูกสาวต้องรีบบอกและเล่าให้ฟังว่าเป็นใคร ก็จะเริ่มจำได้ เวลาที่ลูกสาวทำกับข้าวยายก็จะมาในครัวด้วย และ

จะสอนให้ทำกับข้าวซึ่งทำให้ยายมีความสุข เวลาที่หลานไปรับเงินเบี้ยยังชีพให้ หรือมีลูกหลานให้เงิน ยายจะให้เงินกลับคืนไปทำให้ยายเป็นคนสำคัญ เป็นผู้จัดการของครอบครัว

สำหรับลูกสาวคนโตที่อยู่จังหวัดแพร่ยายมักจะบ่นหาบ่อยๆ ลูกสาวทั้ง 2 คน ก็จะโทรหาแล้วให้ยายพูดคุยยายก็หายคิดถึงและสบายใจขึ้น ส่วนกิจกรรมลูกสาวทั้ง 2 คน ได้พยายามให้ยายได้ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว พับผ้าส่วนตัว จัดของเล็กๆ น้อยๆ ในมุมส่วนตัวของยายทำให้เพลินไม่เหงา

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือโรคเข่าเสื่อม ถุงลมโป่งพอง และเริ่มมีอาการเริ่มต้นของอาการสมองเสื่อม คือการหลงลืม และมีนิสัยขี้บ่น

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลทำเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุสบายใจ เล่าเรื่องที่ดีๆพยายามสอนและเป็นตัวอย่างให้กับหลานๆ โดยการให้หลานๆเข้าหาและกอดหอมเป็นประจำ ผู้สูงอายุก็จะยิ้ม อารมณ์ดี มีความสุข และพยายามให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ กินข้าว พับผ้าส่วนตัว จัดของเล็กๆ น้อยๆ ในมุมส่วนตัวเพื่อความเพลิดเพลิน

ความคิดเห็น

ในการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยนั้นได้ถูกปลูกฝังในเรื่องการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลคือลูกหลานและคนในครอบครัว ซึ่งตามค่านิยมตามวัฒนธรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลนั้นพยายามให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ถึงแม้ในบางเวลาจะรู้สึกเหนื่อยหรือเครียด แนวคิดของผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับผลมาจากการนับถือพระพุทธศาสนา ความเชื่อเรื่องบาปบุญว่าสิ่งที่เกิดขึ้นทุกวันนี้เป็นผลมาจากเวรกรรมในชาติปางก่อน การให้กำลังใจ การพูดชื่นชม และความช่วยเหลือต่างๆ จากเพื่อนบ้าน และชุมชน ซึ่งทำให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลมีความเข้มแข็งขึ้น การให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุจากคนในครอบครัว เช่น ให้เป็นที่ปรึกษา ให้ช่วยเหลืองานต่างๆ แบ่งความรับผิดชอบให้ผู้สูงอายุบ้าง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนอกจากนี้ควรส่งเสริมสุขภาพทางจิตด้วยการให้ผู้สูงอายุได้มีการผ่อนคลายความเครียด และได้ทำในสิ่งที่มีความสุข เช่น การพาไปวัด การทำอาหารที่ชอบ และอยู่เป็นเพื่อน ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น ในผู้สูงอายุรายนี้เริ่มมีอาการเริ่มต้นของโรคสมองเสื่อมจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในเบื้องต้นควรไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยที่ถูกต้องพร้อมกับได้รับยาบางอย่างที่จำเป็นในการแก้ไขอาการต่างๆ ที่จะทำให้เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อผู้สูงอายุและคนข้างเคียง

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

ผู้สูงอายุรายนี้มีอาการทางกาย คือโรคเข่าเสื่อม และถุงลมโป่งพอง และเริ่มมีอาการเริ่มต้นของอาการสมองเสื่อม คือการหลงลืม ละเมอ เพ้อ

การดูแล

ครอบครัวใช้วิธีการทำความเข้าใจ ดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยความใส่ใจ เต็มใจ สอนให้ลูกหลานมีการสัมผัสกันในครอบครัว มีการกอดหอมแก้ม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันที่ทำได้ด้วยตนเอง

ความคิดเห็น

ปัญหาหลักของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาทางอารมณ์ คือมีอาการตื่นกลัว กังวล หงุดหงิดง่าย สิ้นหวัง ซึมเศร้า การดูแลที่สำคัญคือ การพูดให้กำลังใจ หากิจกรรมที่ชอบและคุ้นเคยให้ทำ พูดคุยให้ความสนใจ ส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวันที่ทำได้ด้วยตนเอง ควรจัดสภาพแวดล้อมให้สดชื่น และง่ายต่อการหยิบจับ ปลอดภัยจากอันตราย

ผู้ดูแลจะต้องไม่โกรธ หรือโมโห ถ้าผู้ป่วยทำอะไรไม่เหมาะสม จะต้องไม่พยายามบังคับให้ผู้ป่วยจำหรือทำในสิ่งที่ไม่คุ้นเคย หากสังเกตว่าการกระทำใดทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด ควรหยุดทันทีและจะต้องยืดหยุ่นปรับตัว และยอมรับการเปลี่ยนแปลง ให้ความเคารพ ความเอาใจใส่และมีกิจกรรมร่วมกัน แสดงออกถึงความรักและความจริงใจในการดูแล

เรื่องที่ 48

เรื่อง การดูแลโดยให้การยอมรับ และอดทน หล่อหลอมให้ผู้ดูแลเข้าใจและมีความสุขไปกับการดูแลได้
เจ้าของเรื่องเล่าโดย ลูกสะใภ้ยายหวาน
เขียนเรื่องเล่าโดย พี่แมว โสภา วิชัยกุล

เรื่องการดูแลโดยให้การยอมรับ และอดทน หล่อหลอมให้ผู้ดูแลเข้าใจและมีความสุขไปกับการดูแลได้ เรื่องราวของยายหวาน อายุ 83 ปี มีลูก 8 คน มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดัน เป็นมาประมาณ 10 ปี โรคสมองเสื่อม ประมาณ 3 ปี มีแผลที่ข้อเท้าขวาติดเชื้อเรื้อรังเนื่องจากโรคเบาหวานขนาดเท่าฝ่ามือ ส่งรักษาและคว้านแผลที่โรงพยาบาลราชบุรี

ปัญหาใหญ่ที่สะใภ้กังวลและต้องเหนื่อยมากในการดูแลยายคือ เนื่องจากยายหวานมีโรคสมองเสื่อม ยายจึงมักจะลืมตัว นั่งเพลินๆ ก็จะเอามือไปแกะเกาแผลที่ข้อเท้าทำให้แผลเริ่มมีขนาดกว้างขึ้น และขณะที่ยายแกะเกานั้นเลือดก็ไหลเลอะเทอะผ้าปูที่นอน เสื้อผ้า พื้นบ้านไปหมด ทำให้สะใภ้โมโห โกรธ บ่นและดุยายบ่อยๆ เพราะสะใภ้กลัวแผลยายจะติดเชื้อเหมือนเดิม แล้วต้องนอนโรงพยาบาลทำให้ยุ่งยากในการเฝ้ายาย เพราะไม่มีคนไปเปลี่ยนเลย แถมยังต้องเหนื่อยในการเก็บเสื้อผ้าที่เลอะเลือดไปซัก ยายหวานจะบอกว่า “แกไม่รู้ตัว” พอแกพูดสะใภ้ก็จะพูดขอโทษที่ดุยาย แล้วก็ทำใจ ให้อภัยทุกครั้งไป เคยมีบางครั้งสะใภ้ก็จะขู่แรงๆ ว่าจะเอาไปตัดขาซะเลยถ้าทำอีก ยายหวานจะกลัวมาก จะเงียบไป และจะไม่ทำอีก และบางครั้งที่สะใภ้โมโหมากๆ ก็จะใช้ผ้าปูที่นอนพันมือยายเหมือนมัดหลวมๆ แล้วบอกว่า “ถ้าแกะแผลอีกจะมัดมือแบบนี้” แล้วก็แกะผ้าออก แต่การขู่หรือบอกยายหวานเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สะใภ้เครียดมาก ไม่อยากทำ แต่ด้วยความโมโห เหนื่อยน้อยใจ แต่ก็เหมือนว่าจะได้แต่ระบายอารมณ์เป็นบางครั้งบางคราว เท่านั้น เพราะยายหวานมีอาการสมองเสื่อม เดี๋ยวยายก็ลืม และทำซ้ำๆ อยู่อย่างนั้น สะใภ้จึงจำเป็นต้องเฝ้ายายอยู่เกือบตลอดเวลา หากจำเป็นต้องออกไปซื้อกับข้าวก็จะมีลูกหรือสามีเฝ้าแทน แต่ก็มีปัญหาอีกจนได้ยายหวานก็แกะแผลเหมือนเดิม สะใภ้ก็จะโมโหลูกกับสามีบ้างแต่เก็บเอาไว้ในใจ ไม่กล้าบ่น แต่จะไปบ่นกับยายหวานในห้องนอน

สะใภ้เล่าให้ฟังว่า ด้วยความเหนื่อยล้า ความน้อยเนื้อต่ำใจ ความเจ็บใจ สารพัดที่ดูแลยายอย่างหนักในระยะเวลา 1 ปีหลังมานี้ เคยท้อแท้ ตัดเพ้อตนเอง และยังมีปัญหาทะเลาะกับพี่น้องของสามีในเรื่องการดูแลยายหวานทั้งๆที่ยายหวานมีลูกตั้ง 8 คน แต่ไม่มีใครช่วยดูแลหรือผลัดเปลี่ยนเลย ลูกสะใภ้ว่า “แม่ใครวะ ทำไมไม่ช่วยกันดูแลบ้าง” เผื่อว่าจะมีพี่ๆ น้องๆ คนไหนเห็นใจ และเกรงใจบ้าง แต่กลับโดนว่าว่า “แม่อยู่กับใคร คนนั้นก็ดูแลไปสิ” ก็เลยต้องทำใจและยอมรับมาตลอด เคยนำเรื่องทั้งหมดไปเล่าให้แม่ของตนเองฟังแม่ก็ได้แต่ปลอบใจ และได้กำลังใจจากแม่ ทำให้รู้สึกสบายใจ คิดซะว่ายายหวานไม่มีใคร ปัญหาของยายหวานอีกปัญหาหนึ่งคือ ยายอุจจาระ ปัสสาวะเรี่ยราด เลอะเทอะจึงเป็นอีกปัญหาในการดูแล เดี๋ยวนี้เรื่องดังกล่าวได้เบาลง เพราะพาไปพบหมอ หมอบอกว่ายายไม่มีแรงเบ่งอุจจาระเพราะแก่มากและสมองเสื่อม จึงจำเป็นต้องใช้วิธีล้างอุจจาระ ซึ่งสะใภ้ได้ฝึกฝนจนชำนาญ และได้นำไปปฏิบัติทุกวันจนปัญหาดังกล่าวไม่เป็นอุปสรรคใดๆ

ในเรื่องของสภาพจิตใจของยายหวาน บางครั้งยายนอนละเมอ ร้องไห้ โวยวายเสียงดังลั่น ทุกคนในบ้านตกใจมากรีบมาดูแล้วปลอบใจ ลูกชายถามว่า “แม่เป็นอะไร” ยายตอบว่า “แกอยากกลับบ้านเก่าที่อยู่ตอนสาวๆ” ลูกชายต้องโกหกว่ามันดึกมากแล้วเดี๋ยวตอนเช้าจะพาไป ยายหวานจึงสงบแล้วหลับต่อได้ นอกจากนี้ ยายยังชอบนั่งน้ำตาไหลบ่อยๆ และตอนที่ลูกที่อยู่ห่างไกลมาหา จะบอกว่าจะไปอยู่กับลูก (แต่ลูกไม่อยากให้ไปอยู่ด้วย) สะใภ้ก็จะเปลี่ยนเรื่องพูดทันที ให้ทำโน่นนี่สักพักยายจะลืมไปเอง เวลามีลูกๆมาหายายจะจำได้ ดีใจ มีความสุข แต่ลูกๆจะมาเดี๋ยวเดียวเท่านั้น มีอยู่ครั้งหนึ่งลูกสาวที่อยู่ใกล้ๆ พายายไปนอนที่บ้านด้วยตอนกลางวัน สักพักก็พามาส่ง กลับมายายหวานบ่นว่าเจ็บแขน ข้อมือบวม ก็ต้องรีบพาไปหาหมอ หลังจากนั้นสะใภ้ก็ไม่อยากให้ยายไปไหนหรือไปกับลูกๆ อีก

ปัจจุบัน วันอาทิตย์เป็นวันที่ร้านซ่อมมอเตอร์ไซด์ปิด สะใภ้จะพายายออกไปกินข้าวนอกบ้าน ซึ่งยายจะชอบที่ได้ทักคนแปลกหน้า หรือคนที่เคยรู้จัก ยายจะยิ้ม แจ่มใส มีความสุข เดินได้คล่องแคล่ว เรื่องการเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับลูกสาว บางครั้งสะใภ้ต้องออกไปนอกบ้าน จะให้หลานสาวช่วยดูแลยายแทน หลานก็จะชอบดุยาย แต่พ่อแม่ก็จะสอนลูกว่า ยายไม่มีใคร เราต้องช่วยกันดูแล ยายแก่แล้วไม่รู้เรื่อง อย่าดุยายอีกเลย อีกหน่อยเราแก่เหมือนยายแล้วจะเข้าใจ

สะใภ้เล่าตอนท้ายๆ ว่า “หนูทำใจแล้ว เพราะยายหวานไม่มีใคร ลูกๆแกก็ไม่เอา หนูอ่านหนังสือธรรมเป็นประจำ สงสารยายแก และจากการที่หนูทำให้กับยายหวาน ณ วันนี้ทำให้หนูรักแม่มากขึ้น และในวันนี้หนูมีความสุขในการที่ได้ทำให้ยายหวานทุกๆ วัน”

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดัน เป็นมาประมาณ 10 ปี โรคสมองเสื่อม ประมาณ 3 ปี มีแผลที่ข้อเท้าขวาติดเชื้อเรื้อรัง มีอาการหลงลืม ทำกิจวัตรประจำไม่ได้ด้วยตนเอง มีความไม่สบายใจร้องไห้บ่อยๆ

การดูแล

ผู้สูงอายุรายนี้มีบุตร 8 คน แต่ลูกสะใภ้เป็นคนดูแลใกล้ชิด ทำให้บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกหงุดหงิดและเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเพียงคนเดียว มีความเหนื่อยล้า ความน้อยเนื้อต่ำใจ ความเจ็บใจ ท้อแท้ ตัดพ้อตนเอง และยังมีปัญหาทะเลาะกับพี่น้องของสามีในเรื่องการดูแล ทำให้บางครั้งมีการดุว่าผู้สูงอายุ แต่ผู้ดูแลก็ใช้วิธีคลายความเครียด ด้วยการไประบายให้แม่ตนเองฟัง และทำใจได้กับปัญหาที่เกิดขึ้น จึงปรับการดูแลผู้สูงอายุใหม่ โดยพาผู้สูงอายุไปกินข้าวนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุได้ทักคนแปลกหน้า หรือคนที่เคยรู้จัก ผู้สูงอายุจะยิ้ม แจ่มใส มีความสุข เดินได้คล่องแคล่ว

ความคิดเห็น

การดูแลผู้สูงอายุที่ยาวนานและเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ส่งผลต่อความเครียดต่อผู้ดูแล สาเหตุมาจากสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมด้านร่างกาย ได้แก่ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ การดูแลตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องทำให้ตลอด พฤติกรรมด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีพฤติกรรมแบบเด็กๆ สับสน ร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา การมีปริมาณงานมากเกินไป เกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน กล่าวคือ ต้องทำหน้าที่บุตรในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องทำหน้าที่แม่ดูแลบุตรและหน้าที่ภรรยาในขณะเดียวกัน บางครั้งความต้องการของสมาชิกแต่ละคนไม่สอดคล้องกันทำให้ผู้ดูแลต้องมีภารกิจมาตลอดทั้งวันเพื่อพยายามสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดตามมา วิธีการลดความเครียดอาจทำได้โดยปรับทัศนคติทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ พูดคุยกับคนในครอบครัวให้เข้าใจและแบ่งเบาภาระ และควรหาโอกาสพักผ่อนหย่อนใจห่างไป
จากการดูแลผู้สูงอายุบ้าง เพื่อผ่อนคลายความเครียด

ความเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

ผู้สูงอายุรายนี้มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อมทำให้มีอาการหลงลืมชอบเอะอะโวยวาย และมีแผลที่ข้อเท้าขวาติดเชื้อเรื้อรัง ทำกิจวัตรประจำไม่ได้ด้วยตนเอง

การดูแล

คนดูแลใกล้ชิดคือลูกสะใภ้ โดยจะทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุคนเดียว ทำให้บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกหงุดหงิดและเครียดที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพียงคนเดียว ประกอบกับผู้สูงอายุมีอาการของโรคสมองเสื่อม ทำให้ทำเลอะ แกะแผล ถ่ายในที่ไม่เหมาะสม แต่ผู้ดูแลก็ใช้วิธีคลายความเครียด ด้วยการระบายให้ผู้อื่นฟังและปรับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุใหม่ โดยพาผู้สูงอายุไปกินข้าวนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุได้ทักคนแปลกหน้า หรือคนที่เคยรู้จัก ผู้สูงอายุจะยิ้ม แจ่มใส มีความสุข เดินได้คล่องแคล่ว ทำให้ความเครียดลดลงไปด้วย

ความคิดเห็น

ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม จะไม่ค่อยรับรู้ในสิ่งต่างๆ อาจจะมีบุคลิกภาพที่แปรเปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนก่อนที่จะเจ็บป่วย อาจจะมีอารมณ์แปรปรวน หรือก้าวร้าวได้ บางครั้งอาจตะโกน ด่าทอ หรือทำร้ายผู้ดูแล ไม่ค่อยร่วมมือในการดูแลรักษา ทำให้ยากแก่การดูแลช่วยเหลือ ทำให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วยบางครั้งรู้สึกตึงเครียดไปกับความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่เราดูแล ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความเครียด ควรหาวิธีคลายเครียดที่เหมาะกับตนเอง เช่น การไปปรึกษากับญาติมิตร หรือเพื่อนฝูงที่ไว้ใจ และขอความช่วยเหลือคนอื่นให้มาช่วยผ่อนเบาภาระการดูแลผู้ป่วยบ้าง การไปจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดชักระยะหนึ่งด้วยการไปพักผ่อน ดูภาพยนตร์ เป็นต้น

เรื่องที่ 49

เรื่อง การให้ทำในสิ่งที่ชื่นชอบ และคอยรับฟังพูดคุยกันทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลทั้งหลายได้
เจ้าของเรื่องเล่าโดย พี่ปุ้มหลานป้างามชื่น
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวชลธิดา ศรภักดี

เรื่องการให้ทำในสิ่งที่ชื่นชอบ และคอยรับฟังพูดคุยกันทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลทั้งหลายได้ เป็นเรื่องราวของป้างามชื่น วัย 70 ปี ที่มีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆล่วงหน้าและเกินความเป็นจริง โดยเฉพาะเรื่องหลานๆ และแสดงแกถึงความตึงเครียด หวั่นวิตก นอกจากนี้ ป้างามชื่นยังชอบคิดกังวลถึงเรื่องเก่าๆ ในอดีตซ้ำๆ

พี่ปุ้มเป็นหลานสาวของป้างามชื่นและเป็นผู้ดูแลหลักพี่ปุ้มเล่าว่า ป้างามชื่นมีโรคประจำตัวคือ โรคความดัน และปวดขาอยู่บ่อยครั้งซึ่งส่งผลต่อการนอนไม่หลับอยู่บ้าง ด้วยการดูแลด้านการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอปัญหาดังกล่าวจึงไม่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ หรือทำให้เกิดความเครียดใดๆ

ในส่วนของจิตใจที่พี่ปุ้มเห็นว่าเป็นปัญหาคือ ป้างามชื่นจะของคิดมาก คิดล่วงหน้าเกินกว่าความเป็นจริงอยู่บ่อยครั้ง โดยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องหลานๆ ความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของหลานๆ เช่น กังวลว่าหลานจะตื่นไปทำธุระนอกบ้านไม่ทัน กังวลเรื่องอาหารการกิน เป็นต้น เมื่อมีเรื่องให้กังวลเมื่อใดป้าจะดูเครียดๆ หวั่นวิตก หรือกระวนกระวายใจ และบ่นหลานๆ จนเกินเหตุ นอกจากนี้ป้างามชื่นยังชอบนึกถึงเรื่องเก่าๆในอดีตซ้ำๆ เก็บเรื่องไม่ดีที่ประสบในอดีตมาคิดจนตนเองเครียด และจะบ่นให้หลานๆ ฟังเป็นประจำ ซึ่งเมื่อก่อนหากป้างามชื่นบ่นมากๆ พี่ปุ้มก็จะหงุดหงิดและจะลุกเดินหนีไปทันที จะช่วยให้พี่ปุ้มหายหงุดหงิดได้ แต่สำหรับป้างามชื่นป้าก็ยังคงนำเรื่องเก่าๆมาเล่าให้ฟังอีกเรื่อยๆ เมื่อพี่ปุ้มเริ่มเข้าใจจึงอดทนรับฟังป้างามชื่นได้ แม้จะหงุดหงิดบ้าง แต่จะไม่ตอบโต้และไม่เดินหนีไปเหมือนเคย พี่ปุ้มจะปล่อยให้ป้างามชื่นได้ระบาย เมื่อแกสบายใจก็จะเงียบไปเอง พี่ปุ้มยังให้ป้าได้ทำอะไรที่ตนชอบ เพื่อไม่ให้กังวล หรือคิดมากเรื่องต่างๆ เช่น ป้าชอบอ่านหนังสือธรรมมะ ก็จะนำหนังสือมาให้อ่าน เมื่อพี่ปุ้มได้รับเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพจากทางโรงพยาบาล เช่น ความรู้เรื่องโรคความดัน โรคเบาหวาน ก็จะนำมาให้อ่านซึ่งป้างามชื่นสนใจอย่างมาก ชวนดูรายการโทรทัศน์ที่ป้าสนใจบ้าง และให้ความสำคัญกับเรื่องอาหาร หากป้างามชื่นอยากรับประทานอะไรก็จะหามาให้ การทำเช่นนี้บ่อยครั้งจึงทำให้ปัจจุบันนี้ป้างามชื่นไม่ค่อยเครียด หรือนานๆ จะบ่นเรื่องเดิมๆ บ้างแต่ลดลง หากป้าบ่นก็ทำเหมือนเช่นเคย คือ รับฟัง ปลอบโยน พยายามไม่ให้คิดมาก และชวนคุยเรื่องอื่นๆแทน นอกจากการดูแลของพี่ปุ้มแล้ว หลานชายซึ่งเป็นลูกชายของพี่ปุ้มยังได้ช่วยดูแลป้างามชื่น โดยจะชวนคุยเรื่องต่างๆ หรือชอบแกล้งให้ป้ายิ้ม หัวเราะ ซึ่งป้าก็ชอบและมีความสุข อีกทั้งยังมีป้าสอนคนข้างบ้านมาหา เข้ามาพูดคุยที่บ้าน หรือเอาอาหารมาแลกเปลี่ยนกันบ่อยๆ ก็ทำให้ป้างามจิตมีความสุขได้ และแม้ว่าป้างามจิตไม่ค่อยได้ออกไปไหน เพราะตนชอบอยู่บ้านมากกว่า แต่ในแต่ละเดือน พี่ปุ้มจะพาป้างามชื่นไปทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในวัดเดือนละ 1 ครั้ง ก็เป็นการเปิดโอกาสให้ป้างามชื่นได้พบปะผู้คน และทำกิจกรรมที่สนุกสนานทำให้ป้างามชื่นสดชื่นยิ่งขึ้น พี่ปุ้มยังกล่าวอีกว่า “การดูแลป้างามชื่นแม้จะรู้สึกเหนื่อยบ้างแต่ก็ไม่เครียด และสบายใจทุกครั้งเมื่อเห็นป้างามชื่นดีขึ้น”

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย แต่มีอาการทางจิตใจ คือ เครียดและวิตกกังวลในทุกเรื่อง โดย แสดงออกด้วยการบ่นถึงปัญหาต่างๆเสมอ มีท่าทางกระวนกระวาย

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุและให้การปลอบใจ หากิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบมาให้ทำ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือธรรมะ

ความคิดเห็น

จากทฤษฎี Psychosocial development ของ Erik H. Erikson ที่อธิบายถึงลักษณะของการพัฒนาบุคลิกภาพของคน โดยเน้นถึงสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อบุคคล ในขั้นที่ 8 ระยะวัยสูงอายุ (Aging period) อายุประมาณ 60 ปีขึ้นไป : ขั้นความมั่นคงทางจิตใจกับความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) วัยนี้เป็นวัยสุขุม รอบคอบ ฉลาด บุคคลจะยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ระลึกถึงความทรงจำในอดีต หากประสบความสำเร็จในอดีตก็จะรู้สึกไว้วางใจผู้อื่นและตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ภูมิใจต่อการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตให้บุตรหลานฟัง ตรงกันข้ามหากบุคคลต้องประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังในอดีต จะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต รู้สึกคับข้องใจ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข วิธีการดูแลจึงเป็นเรื่องของการรับฟังเรื่องราวต่างๆที่ผู้สูงอายุบอกเล่าให้ฟัง ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีทำให้ผู้สูงอายุได้ ระบายความเครียดออกมาไม่เก็บไว้อยู่คนเดียว เป็นการลดความกดดันและลดความเครียดลง แต่ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ช่วยเหลืองานบ้าน ทำกิจกรรมที่ชอบ จะได้ไม่มีเวลาไปคิดเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวล

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

อาการหลักของผู้สูงอายุรายนี้ คือ การมีความเครียดและความวิตกกังวลในทุกเรื่อง โดย แสดงออกด้วยการบ่นในเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องลูกหลาน อาหารการกิน เรื่องในอดีต เป็นต้น

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ พูดหยอกล้อ หากิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบมาให้ทำ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือธรรมะ พาไปคุยกับเพื่อนบ้านที่อายุใกล้เคียงกัน

ความคิดเห็น

วิธีการเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขนั้น คือ การที่ลูกหลานใส่ใจ แสดงความรักด้วยการโอบกอด หอมแก้ม เป็นสัมผัสที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรักและความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้สูงอายุ การให้เวลาในการพูดคุย การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ หรือพาผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมกับคนอื่นๆ การให้เกียรติและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น คอยซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้สึก สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อเวลามีปัญหา ให้ผู้สูงอายุช่วยในการอบรมหลาน หรือดูแลงานบ้านเท่าที่ทำได้ ดูแลในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ การอยู่เป็นเพื่อนเมื่ออยู่คนเดียว ผู้สูงอายุจะได้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง พาไปพบปะเพื่อนๆ หรือเข้าทำกิจกรรมของชมรมหรือสมาคมในชุมชนและ/หรือสังคม พาไปวัดเพื่อปฏิบัติธรรม ช่วยจัดหาสิ่งสนับสนุนในการทำงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมเล็กๆน้อยในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้มีรายได้ตามที่สมควรแก่โอกาส หรือให้เงินแก่ผู้สูงอายุไว้ใช้จ่ายส่วนตัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและลดความวิตกกังวลลงได้

เรื่องที่ 50

เรื่อง ธรรมมะและความแน่นแฟ้นของครอบครัวเป็นพลังเสริมกายใจให้แข็งแกร่ง
เจ้าของเรื่องเล่าโดย ป้าแจ๋วลูกสาวผู้ใกล้ชิดคุณแม่
เขียนเรื่องเล่าโดย นางสาวชลธิดา ศรภักดี

เรื่องธรรมมะและความแน่นแฟ้นของครอบครัวเป็นพลังเสริมกายใจให้แข็งแกร่ง เป็นเรื่องราวของลูกๆ ที่น่ารักกับคุณแม่วัย 87 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ แม้ตนเองจะตาบอดแต่ไม่เคยรู้สึกบกพร่องหรือขาดอะไรเลย

ป้าแจ๋วลูกสาวผู้ดูแลคุณแม่เป็นหลักเพราะตนอยู่ใกล้ชิด และไม่ได้ทำงานจึงทุ่มเทเวลาให้กับการดูแล คุณแม่ได้เล่าว่า คุณแม่เป็นคนแข็งแรงทั้งกายและใจ แม้จะอายุ 87 ปีแล้ว แต่ไม่มีโรคประจำตัวเลย และไม่มีเรื่องใดๆให้เครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้าแต่อย่างใด ถึงแม้ว่าเมื่อ 5 ปีที่แล้ว คุณแม่ประสบความผิดพลาดทางการแพทย์ทำให้ตาบอดสนิททั้ง 2 ข้าง แต่คุณแม่ไม่คิดน้อยใจในโชคชะตา ไม่ฟุ้งซ่าน และทำให้ได้อย่างรวดเร็ว เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนแก่ และที่ผ่านมาได้ทำสิ่งดี สิ่งที่ชอบ และได้ทำบุญมาเยอะแล้ว จึงไม่คิดว่าการตาบอดจะทำให้ชีวิตขาดอะไรไป ทั้งนี้ สาเหตุที่คุณแม่สามารถคิดได้เช่นนี้เนื่องจากการนับถือ และการปฏิบัติธรรมของคุณแม่ ซึ่งคุณแม่ได้ถือ ศีล8 มาเป็นเวลา 20 ปี อีกทั้ง เมื่อมีงานบุญเมื่อใดก็จะไปทำบุญอยู่เสมอ และฟังเทศน์ทางวิทยุทุกวัน โดยปัจจุบันการฟังเทศน์ทางวิทยุถือเป็นกิจกรรมที่คุณแม่ชื่นชอบมาก แม้จะไม่ได้ดูโทรทัศน์ หรือออกไปไหนมาไหนได้เหมือนเดิม แต่การใช้การรับรู้ทางการฟังแทนสิ่งเหล่านั้นก็ทำให้คุณแม่มีความสุข และแม้จะออกไปทำบุญไม่ได้เหมือนเมื่อก่อน ก็จะฝากลูกหลานให้ไปทำบุญแทน

นอกจากเรื่องธรรมมะที่คุณแม่ปฏิบัติมาเป็นเวลาหลายปีจะเป็นการส่งเสริมพลังทางกายและใจแล้ว ป้าแจ๋วยังกล่าวถึงเรื่องที่ทำให้คุณแม่มีความสุข ไม่มีห่วง หรือกังวลใจใดๆ นั่นคือลูกๆที่น่ารัก คุณแม่มีลูก 10 คน ลูกๆประกอบอาชีพรับราชการ 9 คน และอีก 1 คน คือป้าแจ๋วที่ไม่ได้ทำงาน แต่จะทุ่มเทเวลาในการดูแลคุณแม่อย่างเดียว เนื่องด้วยลูกๆ ต่างมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีงาน มีฐานะ และมีครอบครัวที่ดี คุณแม่จึงไม่มีห่วงหรือเป็นกังวลเรื่องลูกๆ ยิ่งไปกว่านั้น แม้ลูกๆ จะมีภาระหน้าที่ของตน หรือบางคนอยู่ห่างไกลแต่ก็ไม่ได้ละทิ้งคุณแม่ ลูกๆ จะผลัดกันมาเยี่ยมเยียนคุณแม่อยู่เสมอทุกเสาร์-อาทิตย์ไม่ขาด หรือบางคนที่อยู่ใกล้ นอกจากป้าแจ๋วที่ดูแลอยู่เสมอแล้วจะมีลูกสาวอีกคนที่จะมาดูแล มานอนค้างที่บ้านเป็นประจำ อีกทั้ง ในส่วนของลูกที่อยู่ห่างไกลถึงหาดใหญ่ แม้จะไม่ได้มาหาบ่อยๆแต่จะโทรศัพท์มาพูดคุยกันให้หายคิดถึงได้ หรือบางครั้งสมัยที่คุณแม่ยังมองเห็นปกติก็ยังขึ้นเครื่องบินไปหา และไปอยู่กับลูกที่หาดใหญ่ร่วม 2 เดือน การที่ลูกๆ เป็นลูกที่ดีไม่มีเรื่องเดือนร้อนมาสู่คุณแม่ อีกทั้งยังเอาใจใส่ มาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอนี้ทำให้คุณแม่มีความสุขอย่างมาก และไม่มีห่วงเรื่องใดๆ

การที่คุณแม่ไม่มีเรื่องใดๆต้องห่วงนั้นทำให้คุณแม่หันมาใส่ใจเรื่องสุขภาพ ความเป็นอยู่ของตนเองได้อย่างเต็มที่ ป้าแจ๋วเล่าว่า คุณแม่ใส่ใจเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานรสจืด และไม่มีผงชูรส อีกทั้งเป็นคนรักษาความสะอาด ความเรียบร้อย และทำกิจวัตรประจำวันอย่างตรงตามเวลา เช่น กินเป็นเวลา ตื่นและเข้านอนเป็นเวลา โดยเรื่องทั้งหลายเหล่านี้มีป้าแจ๋วคอยเป็นผู้ช่วยเหลือและดูแลเสมอ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงไม่มีโรคภัยใดๆ เมื่อไม่มีโรคภัยก็ส่งผลดีต่อจิตใจที่เบิกบาน แจ่มใส

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยทางกายคือ ตามองไม่เห็น

การดูแล

ครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติธรรม ไปทำบุญ และฟังเทศน์ทางวิทยุทุกวัน ลูกๆจะผลัดกันมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุอยู่เสมอ เอาใจใส่

ความคิดเห็น

การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ในกรณีนี้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ยึดถือแนวทางพุทธศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและการปฏิบัติ ทำให้มีการพัฒนาด้านจิตใจ และสุขภาพให้เป็นจิตใจที่ดีงาม เข้มแข็ง มีความสุข ส่งผลต่อการดูแลตนเองด้านกายภาพทำให้ร่างกายแข็งแรง ทำให้มีความสุขดีตามมา ส่วนลูกหลานก็แสดงออกถึงความรักเอาใจใส่ ให้เวลาในการพูดคุย การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ พาไปวัดเพื่อปฏิบัติธรรม ช่วยจัดหาสิ่งสนับสนุนในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและเห็นคุณค่าในตนเอง

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยทางกายคือ ตามองไม่เห็น

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีการใส่ใจ พูดคุย ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ พาไปทำบุญเข้าวัดทำกิจกรรมที่ชอบ

ความคิดเห็น

ในกรณีนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งตามหลักการการดูแลผู้สูงอายุที่ดีโดยมีประเด็นหลักคือทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุตระหนักและแลเห็นคุณค่าของตัวเอง เมื่อรู้สึกอย่างนี้ก็จะภูมิใจในชีวิตตนเอง สุขภาพก็จะแข็งแรงขึ้น วิธีการในการดูแลคือ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่ลูกหลานใส่ใจ แสดงความรักด้วยการโอบกอด หอมแก้ม เป็นสัมผัสที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรักและความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้สูงอายุ การให้เวลาในการพูดคุย การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ หรือพาผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมกับคนอื่นๆ การให้เกียรติและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น คอยซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้สึก สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อเวลามีปัญหา ให้ผู้สูงอายุช่วยในการอบรมหลาน หรือดูแลงานบ้านเท่าที่ทำได้ ดูแลในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ การอยู่เป็นเพื่อนเมื่ออยู่คนเดียว ผู้สูงอายุจะได้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง พาไปพบปะเพื่อนๆ หรือเข้าทำกิจกรรมของชมรมหรือสมาคมในชุมชน และ/หรือสังคม พาไปวัดเพื่อปฏิบัติธรรม ช่วยจัดหาสิ่งสนับสนุนในการทำงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้มีรายได้ตามที่สมควรแก่โอกาส หรือให้เงินแก่ผู้สูงอายุไว้ใช้จ่ายส่วนตัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและลดความวิตกกังวลลงได้

เรื่องที่ 51

เรื่อง ร่างกายไม่สบายจิตใจก็พลอยแย่ไปด้วย
เจ้าของเรื่องเล่าโดย พี่พร กมล ตันสุวรรณ เป็น อสม. มา 13 ปี
เขียนเรื่องเล่าโดย อัจศรา ประเสริฐสิน

เรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายแม่ การที่แม่สุขภาพกายไม่แข็งแรง ชอบมีอาการมึนหัว ทำให้กังวลว่าจะอยู่ต่อไปไหวไหม ส่งผลให้มีสุขภาพจิตใจย่ำแย่ไปด้วย ดังนั้น การที่พี่พรพาแม่ไปรักษา คอยเอาใจใส่สุขภาพร่างกายแม่อยู่ตลอด จะมีส่วนช่วยให้แม่มีสุขภาพจิตดีขึ้นได้

พี่พรอยู่คนละบ้านกับแม่ เพราะพี่พรต้องไปอยู่บ้านแฟน แต่พี่พรก็ดูแลทั้งแม่ตัวเองและแม่แฟน ในส่วนของแม่แฟนก็มีน้องสะใภ้ช่วยดูแลด้วย แม่แฟนอายุ 80 ปีเป็นโรคเบาหวาน แม่พี่พรอายุ 80 ปีเป็นโรคเบาหวานหัวใจ พ่อเป็นโรคตาโรคความดัน แม่พี่พรจะมีความกังวล ชอบปวดหัวซีกเดียว กังวลว่างงหัว เรียกให้พาไปหาหมอ ให้พี่น้องคิดว่าจะเอาแม่ไปหาหมอ แม่จะกังวลมาก จะบอกตัวพี่พรและพี่น้อง “เอาแม่ไป รพ.ไหนดี กลัว” บางทีให้พาไปเจ้าเข้าทรง ให้หลวงพ่อปัดเป่า พอได้ไปก็สบายใจขึ้น เลิกกังวลไปพักหนึ่ง

ส่วนใหญ่ที่แม่พี่พรกังวลจะเป็นเพราะความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ไม่เกี่ยวกับลูกหลานหรือด้านเศรษฐกิจ แม่จะเป็นบ่อยมาก งงหัว ลุกไม่ขึ้น ลุกแล้วจะล้ม อาทิตย์ 2 อาทิตย์ก็เป็นประจำ มาขอฉีดยาที่คลินิกบางแพ พอได้ฉีดก็รู้สึกดีขึ้น เป็นบ่อย พอเพลีย ลุกไม่ขึ้นก็จะมาขอฉีดยาบำรุง หมอสั่งให้ทำอะไรให้กินอะไร แม่ก็จะทำตามหมด คนแก่ชอบกินข้าวกับแตงโม ทำให้เบาหวานกิน 200-300 พอหมอให้งดก็จะทำตามจะลดเหลือ 100 ที่บ้านมีน้องชายกับน้องสะใภ้คอยดูแลแม่ แต่ส่วนมากแม่ก็จะบ่นกับตัวพี่พร เพราะน้องชายน้องสะใภ้ไม่ค่อยพูด พี่พรต้องทำให้ทุกอย่าง ไม่มีการรำคาญ แม่มักจะบ่นแต่เรื่องสุขภาพตลอดเวลา เวลาเจอหน้าพี่พรก็บ่นปวดหัว พอปวดมากก็กลัวตาย กังวล ร้องไห้ งงหัวหลายวัน ถามให้หน่อย จะพาแม่ไปรักษาที่ไหนดี เช้าไปฉีดยา กลับมาบ่ายก็เป็น เป็นหลายวัน ไปหาพ่อปู่ ให้น้ำมนต์ แม่กลัวว่าจะทำอะไรผิดผีผิดเจ้า พ่อปู่บอกว่าไม่ใช่หรอก เป็นที่ร่างกาย หัวใจนี่เป็นมาสิบปี เบาหวาน 2-3 ปี งงหัวเป็นปีกว่า หนักหัว

แม่พี่พรพยายามไปวัดทำบุญทุกวันพระ ทุกเช้าจะตื่นใส่บาตร แต่อยู่บ้านก็ไม่มีสวดมนต์นั่งสมาธิ ที่จริงแม่เดินเหินได้ปกติแข็งแรง บอกแม่ว่าไม่เป็นไรหรอก คอยพูดปลอบใจ เรื่องเข้าวัดนี่เข้าประจำนานแล้ว แล้วก็มีเอาหนังสือพระ หนังสือตามงานศพ จะมีบอกวิธีการกินการรักษา ให้อ่านให้สบายใจ แม่ชอบดูโทรทัศน์ประกวดร้องเพลง ดูมวย

เวลาแม่ปวดหัวปวดหัวไหล่ พี่พรจะให้กินพารา ถ้ามารพ.ให้พาราน้อย แม่จะบ่น เราก็ให้เป็นกระปุก แม่จะกินยาตามระเบียบ ยาเก่าๆ พวกแก้ยอก ให้ไปเขาไม่กล้ากิน เป็นคนระแวง กลัว กลัวจะไม่ดี ยาหมดสมรรถภาพ เวลาเป็นมากๆ จะบ่นว่า ทำไมตัวเป็นแบบนี้ จะตายก็ไม่ตาย เวลาแม่เป็นมากๆ พี่พรก็รู้สึกแย่ไปด้วย คิดหาทางออกว่าจะทำอย่างไร เกิดมาไม่เคยเถียงพ่อแม่ ไม่เคยตะคอก ไม่เคยเดินหนี ไปหาหมอ นอนรพ. บางทีก็บ่น กลับเหอะ หมอไม่เห็นทำอะไร แต่ถ้าให้เลือกก็มาทางรพ.ก่อน ที่จริงเราก็ไม่ค่อยกังวลกับเขา จะกังวลช่วงเขาเป็นหนักๆ หาทางไปรพ. มีช่วง 2-3 ปีที่แล้วเป็นนิ่ว กินอะไรอืดท้อง รู้สึกแย่ ไปหาหมอจัดการออกมาเป็นก็น นอกจากรพ.ก็ไปวัด มีไปคุยกับผู้สูงอายุด้วยกัน มีชมรมผู้สูงอายุที่วัดท่าราบ ตำบลบางแพ มีหมอไปวัดความดันทุกเดือน เราก็ไปบางที ได้ช่วยวัดความดัน การที่พี่พรเป็น อสม. แม้จะคนละหมู่ แต่พี่พรก็ไปหาแม่ทุกวัน แม่ก็เชื่อที่พี่พรแนะนำ เรื่องยาก็บอกเขา พี่พรจัดไว้ให้อยู่แล้วเป็นกล่องๆ หลังอาหารเช้า กลางวัน บางทีแม่ก็ไปหา อสม. ประจำหมู่เขา ไปเจาะเลือดดูความดัน ถ้าว่าง พี่พรก็พาแม่ไปตลาดนัดไปซื้อ

ของ แม่ก็บอก ได้พี่พรคอยดูแลพาแม่ไปหาหมอ ลูกคนอื่นไม่ใช่ว่าจะไม่ดูแล แต่ทำงานที่อื่น อยู่ลพบุรี กระบี่ ให้เงินทองซื้อของให้

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยทางกายคือสุขภาพกายไม่แข็งแรง ชอบมีอาการมึนหัว ทำให้กังวลว่าจะอยู่ต่อไปไหวไหม ส่งผลให้มีสุขภาพจิตใจย่ำแย่ไปด้วย

การดูแล

ผู้ดูแลทำให้ทุกอย่าง ไม่มีการรำคาญ พาไปรพ. ไปวัดทำบุญทุกวันพระ ทุกเช้าจะพาผู้สูงอายุใส่บาตร คอยพูดปลอบใจ อ่านหนังสือพระ ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์รายการต่างๆ เช่น ประกวดร้องเพลง ดูมวย

ความคิดเห็น

ผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลใกล้ชิดระยะยาว ในรายนี้มีอาการมึนศีรษะบ่อยๆ ทำให้เบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วยและเกิดความรู้สึกท้อแท้ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกังวลใจ มีอารมณ์กังวลง่ายและกลัวต่อความเจ็บป่วย ในกรณีผู้สูงอายุรายนี้ ผู้ดูแลให้การดูแลที่เหมาะสม อันดับแรกคือการดูแลทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การพาไปพบแพทย์เพื่อประเมินอาการเจ็บป่วยและได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หลังจากนั้นการดูแลเรื่องจิตใจและสังคมเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่ต้องช่วยกันดูแล ผู้ดูแลได้ใช้วิธีการให้ครอบครัวร่วมกันเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้ง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจว่ายังเป็นที่รักและเคารพของคนในครอบครัว ให้ผู้สูงอายุทำงานหรือกิจกรรมในบ้านที่พอจะทำได้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยังมีประโยชน์ต่อครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ดูกีฬาที่ชอบ ทำอาหาร พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน นวดคลายเครียด และสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ฟังธรรมะเพื่อปรับความคิดและยอมรับกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของบุคคลซึ่งเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ช่วยผู้ให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวที่เหมาะสม ลดปัญหาด้านความวิตกกังวลลงได้

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยทางกายคือโรคเรื้อรังตามวัย ได้แก่ มีอาการมึนศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ทำให้มีความวิตกกังวลต่อสุขภาพ

การดูแล

บุตรสาวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้การดูแลอย่างใส่ใจ พาไปรับการรักษา รับฟังและคอยพูดปลอบใจ พาไปวัดทำบุญทุกวันพระ ชวนทำกิจวัตรประจำวันที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์รายการต่างๆ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน อ่านหนังสือธรรมะ

ความคิดเห็น

ครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเองมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยครอบครัวต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ตลอดจนมีเจตคติที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญของการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ความเข้าใจ ความตระหนักในความสำคัญของผู้สูงอายุ ครอบครัวควรให้โอกาสผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นไปในบ้านและหากเป็นไปได้ควรสนับสนุนและให้โอกาสผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความชอบและความสนใจของผู้สูงอายุ ด้านการดูแลทางร่างกายควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย และส่งเสริมการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ควรพาผู้สูงอายุไปตรวจร่างกายและได้รับการรักษาในโรคที่เป็นอย่างสม่ำเสมอ

เรื่องที่ 52

เรื่อง ลูกอยู่ห่างไกล ใจแม่ก็เป็นห่วง
เจ้าของเรื่องเล่าโดย พี่สาว สาวรีย์ เป็น อสม. มา 7 ปี
เขียนเรื่องเล่าโดย อัจศรา ประเสริฐสิน

การที่แม่ของพี่สาว จะต้องห่างลูกชายคนโต เพราะลูกชายคนโตต้องไปทำงานในที่ห่างไกล ทำให้แม่มีความกังวล ซึมเศร้า นั่งเหงา ร้องไห้ สงสารลูก กลัวว่าลูกจะทำงานลำบาก พี่สาวจึงแก้ปัญหาด้วยการพยายามให้แม่ได้โทรคุยกับลูกชายคนโต แม่ก็จะมีอาการดีขึ้น

แม่ของพี่สาวอายุ 75 ปี ไม่ค่อยเจ็บป่วยไม่เข้ารพ. เคยเข้าผ่าหนอง เบาหวานความดันไม่มี พี่ชายไปอยู่ไกล แม่เป็นห่วงลูกชายคนโต ทำงานบริษัท กลัวบริษัทจะเลิกจ้าง ห่วงว่าจะตกงาน บางครั้งก็เครียด ห่างลูกน้องคนเล็กเป็นข้าราชการ ทำงานสบาย แม่เลยห่วงลูกคนโต เพราะสุขภาพไม่ดีด้วย จะเดินมาหาตนเอง บ่นสงสารให้โทรหา 2-3 เดือนครั้ง พอรู้ข่าวว่าดีขึ้นก็สบายใจ พี่สาวก็จะโทรหาพี่ชายให้แม่คุย คุยสัก 20 นาที ความซึมเศร้าจะหายไป พอผ่านไปสักพักก็คิดถึง จะเป็นใหม่ เพราะงานพี่ชายเขา 1 ปีจะหยุด 1 ครั้ง เงินเดือนน้อย จะทำโอที ปีใหม่ก็จะหางานทำ เพราะได้ 2-3 เท่า

แม่เห็นลูกคนอื่นกลับช่วงเทศกาล สงกรานต์ ปีใหม่ แม่ก็จะเป็น ทางแก้ทางเดียวคือโทรให้ได้ยินเสียง พี่ชายจะมาช่วงหลังปีใหม่ ปีละครั้ง เขาจะดีขึ้น ส่วนตัวเองและน้องจะมาหาตลอด หลานเหลนมาตลอด เขาก็จะผ่อนคลาย พาไปวัดแค่วันพระธรรมดา เดือนละ 2 ครั้ง ไม่ชอบไปวันพระใหญ่ เพราะคนจะถาม แกอยากให้ลูกทั้ง 3 คนมาอยู่พร้อมกัน พอคนถามถึงลูกคนโต แม่จะเครียด เศร้า

วิธีแก้เครียดของแม่ก็คือการเปิดธรรมะฟังตลอด พี่สาวจะแนะนำเรื่องการกิน ที่บ้านปลูกใบหม่อนเอง ทำชาใบหม่อน ตากแห้ง 3 แดด มาคั่วด้วยความร้อนจนเหลือง ไม่ขาย เก็บไว้ ต้มเป็นชาใบหม่อนให้เขากิน กินแล้วจะเบาเนื้อตัว ตอนแรกสอนเขา ตอนนี้ทำเอง เอาลูกมัลเบอรี่มากิน เวลาเขาซึมเศร้าจะหาเรื่องปลูกผัก ฟังธรรมะ เปิดวิทยุ ที่บ้านมีปลูกผักทุกอย่าง ไม่ค่อยซื้อ สอยละมุดขายบ้าง

แม่ไม่ชอบเที่ยว ไม่ชอบเดินห้าง แอร์เย็น กลัวลิฟท์ อยู่บ้านพอเห็นลูกคนอื่นมาก็จะสะกิดต่อม ทำไมมาไม่ได้ จะให้กูตายก่อนรึไง แต่เราที่เป็นลูกคอยดูแลก็ไม่ค่อยเครียด เพราะรู้ว่าเดี๋ยวเขาก็หาทางออกได้ แต่เป็นอย่างนี้มา 30 ปี เมื่อก่อนสัก 10 กว่าปีที่แล้ว บ่นทุกวัน จะโทรเลขเขียนจดหมายไป พอโทรศัพท์เข้ามาก็ดีขึ้น แต่แม่ใช้ไม่เป็น มีเรากับน้องชายใช้ ตอนนี้มี Tango ให้เห็นหน้า แต่แค่ได้ยินเสียงก็ดีขึ้นมากแล้ว พอเห็นหน้าก็ยิ่งดีขึ้น แม่จะชอบดูหนังฟังเพลง ติดข่าวการเมือง ใครเป็นอะไรรู้หมด เช้ามาก็มาเล่าว่าข่าวเป็นไง ห้ามใส่สร้อยห้ามใส่แหวน จะมาคอยเตือนมาสอนเป็นห่วงพี่สาว มีทะเลาะกับพี่สาวประจำ บางทีแม่ก็พูดเรื่อยเปื่อย ชอบฟื้นเรื่องเก่า พี่สาวเบื่อฟังก็เดินหนี แม่ก็ด่าตามแล้วหงุดหงิด ความเห็นไม่ตรงกัน มีเถียงกันเรื่องข่าว เวลาเห็นพี่สาวโมโหแม่จะชอบ บอกสะใจดี แม่ไม่ชอบให้พี่สาวไปเที่ยว ชอบให้พี่สาวอยู่บ้าน พี่สาวเป็น อสม. ได้ออกจากบ้าน แม่ก็ชอบให้พี่สาวเป็น อสม. เพราะมีเครื่องดูแลสุขภาพ แต่ก่อนแม่จะชอบกินมันหมู แต่พอพี่สาวบอกเขาก็เชื่อ ว่าเดี๋ยวสมองแตกตาย พี่สาวจะมาวัดความดันตรวจให้ตลอด เดือนละครั้ง บางทีแม่ก็บ่นจะวัดอะไรหนักหนา แม่เปลี่ยนพฤติกรรมการกินกาแฟมากินใบหม่อน ช่วยขับเยี่ยวออกมา แม่ต้มใส่ตู้เย็นกินแทนน้ำ เคยย้ำเรื่องพี่ชายว่า “ถ้าแม่ตายไปอย่าทิ้งมันนะ อย่าปล่อยมัน ดูแลพี่ด้วยนะ” พี่สาวก็ทำประกันให้แล้ว ไม่ตายก็ได้เป็นแสน ตายไปก็มีเงินทำศพ พี่สาวบริหารดูแลประกันให้ แม่ก็สบายใจขึ้น และก็มีประกันให้แม่ของทหารบก แฟนพี่สาวเป็นทหารบก น้องชายก็มีสวัสดิการของครู แม่จะชอบหัวเราะ บอกว่า กูนี่สบายกินได้นอนหลับ อร่อยทุกอย่าง เวลาเศร้าๆ จะกินเก่งขึ้น เมื่อ 2 ปีที่แล้วพี่ชายคนโตผ่าต้อกระจก แม่ห่วงมาก กลัวลูกตาบอด แม่ก็ร้องไห้ แต่พอได้ดูละครดูโทรทัศน์ก็ดีขึ้น ทั้งแม่และคนที่หมู่บ้านชอบฟังธรรมะ FM 96.5 มีเพ็ญศรี อินทรทัต มีมา 4-5 ปี มีหางานให้แม่ทำ ปลูกผัก ช่วยได้มาก

ความคิดเห็นจากนักวิชาการ 1

อาการ

ผู้สูงอายุรายนี้มีสุขภาพกายแข็งแรงตามวัย แต่มีอาการทางจิตใจ คือ การมีความเครียดและความวิตกกังวล คิดถึงลูกหลานที่อยู่ห่างไกล

การดูแล

ผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ชอบเช่น การเปิดธรรมะฟัง ดูหนังฟังเพลง ติดตามข่าวการเมือง ทำชาใบหม่อน สอยละมุดขายบ้าง ให้ลูกหลานที่อยู่ไกลติต่อมาบ่อยๆ จากเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทำให้เห็นหน้ากันเวลาพูดคุย

ความคิดเห็น

วิธีการเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขนั้น คือ การที่ลูกหลานใส่ใจ แสดงความรักด้วยการโอบกอดหอมแก้ม เป็นสัมผัสที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรักและความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้สูงอายุ การให้เวลาในการพูดคุย การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ หรือพาผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมกับคนอื่นๆ การให้เกียรติและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น คอยซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้สึก สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเมื่อเวลามีปัญหา ให้ผู้สูงอายุช่วยในการอบรมหลาน หรือดูแลงานบ้านเท่าที่ทำได้ ดูแลในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ การอยู่เป็นเพื่อนเมื่ออยู่คนเดียว ผู้สูงอายุจะได้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง พาไปพบปะเพื่อนๆ หรือเข้าทำกิจกรรมของชมรมหรือสมาคมในชุมชนและ/หรือสังคม พาไปวัดเพื่อปฏิบัติธรรม ช่วยจัดหาสิ่งสนับสนุนในการทำงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมเล็กๆน้อยในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้มีรายได้ตามที่สมควรแก่โอกาส หรือให้เงินแก่ผู้สูงอายุไว้ใช้จ่ายส่วนตัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและลดความวิตกกังวลลงได้

ความคิดเห็นจากนักวิชาการ 2

อาการ

ผู้สูงอายุรายนี้มีความไม่สบายใจ วิตกกังวล ห่วงลูกหลานที่อยู่ห่างไกล

การดูแล

บุตรสาวที่อยู่บ้านเดียวกันทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเข้าใจในความเป็นไปของผู้สูงอายุ ให้การดูแลอย่างใส่ใจ หาสิ่งที่ชอบให้ผู้สูงอายุทำ เช่น ดูโทรทัศน์รายการต่างๆ ฟังธรรมมะ ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ เป็นต้น แนะนำให้ลูกหลานที่อยู่ห่างไกลติดต่อมาอย่างสม่ำเสมอ

ความคิดเห็น

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่พบบ่อยได้แก่ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและหาทางช่วยเหลือ แนะนำให้ผู้สูงอายุทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดี ไม่คิดเรื่องต่างๆ ในทางที่ร้ายแรงเกินความเป็นจริง เพราะจะทำให้จิตใจขุ่นมัว พยายามดำเนินชีวิตให้เรียบง่าย ลดการคาดหวังสิ่งต่างๆ ลง แสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิ ฟังธรรมะ หาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะกระทำได้ เช่น การช่วยดูแลความเอื้ออาทรแก่ลูกหลานหรือบุคคลใกล้ชิด การทำงานบ้านและกิจกรรมที่ชอบเพื่อเพิ่มรายได้ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุลดความซึมเศร้าและวิตกกังวลลงได้

เรื่องที่ 53

เรื่อง ทุกข์เพราะงาน
ชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่า นางน้อย (นามสมมติ)
เขียนเรื่องเล่าโดย นายธีระชน พลโยธา

นางน้อย อายุ 51 ปีเลี้ยงดูพ่อและแม่ วัย 72 ปี น้อยมีน้องสาวอีก 1 คน แต่เสียชีวิตแล้ว และมีหลานลูกของน้องสาวซึ่งปัจจุบัน พ่อแม่นอนกับหลาน แต่น้อยก็เป็นผู้ดูแลหลักของพ่อและแม่พ่อของน้อยปกติดีไม่เจ็บป่วยหรือมีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลใด ๆ ทั้งสิ้น จะมีก็แต่แม่ที่มีอาการวิตกกังวลอยู่เป็นพัก ๆ สาเหตุมาจากอาการเจ็บป่วยที่ส่งผลให้แม่ทำงานไม่ได้

ในอดีตที่ผ่านมา แม่เป็นคนที่ทำงานเก่ง รับจ้างไถนา สามารถขับรถไถหรือขับรถแทกเตอร์ ดูแลลูกน้อง ส่งข้าวส่งน้ำเป็นหน้าที่ของแม่ทั้งหมด และทำมาตลอด แต่พออายุ 71 ปี นอนตื่นขึ้นมา อยู่ดีๆ เรี่ยวแรงของแม่ก็หายไป แรงขาไม่มี ตอนนอนยกค้างได้ แต่เดินไม่ได้ เพราะเส้นเลือดสมองตีบ อันเกิดจากเบาหวานขึ้นสูง ถึง 500 สันนิษฐานว่าเป็นมานานแล้ว แต่เมื่อก่อนแข็งแรง ขนาดขับรถแทกเตอร์ได้ แม่ก็เลยไม่ไปตรวจเช็ค คิดว่าตนไม่ได้เป็นอะไร พอเป็นจึงเป็นหนัก ป่วยมาได้ 1 ปีแล้ว

ความที่แม่เป็นผู้หญิงทำงาน แม่มักจะเป็นห่วงเรื่องนั้นเรื่องนี้ เพราะเมื่อก่อนเป็นหน้าที่ของแม่ทั้งหมด เช่น ไปวัดที่ดิน ตรวจเช็คที่ดิน เก็บเงิน เป็นต้น หน้าที่ทั้งหมดของแม่จึงไปตกอยู่กับพ่อโดยปริยาย เพราะน้อยเองก็เจ็บป่วยทำงานหนักไม่ได้ ความวิตกกังวลสารพัดทำให้ช่วงแรก ๆ แม่อาเจียนทุกวัน แม่บอกแม่ไม่เครียด แต่อาการมันฟ้อง จึงไปปรึกษาหมอ แม่พูดดีไม่อารมณ์เสีย ไม่ร้องไห้ แต่ไม่ลุกขึ้นมากินข้าว บางครั้งหน้าตาแจ่มใสดี พอพ่อกลับมาบ้านพูดเรื่องงาน แม่ก็เริ่มมีอาการขึ้นมา จะนอนนิ่ง ๆ เป็นบ่อย ๆ เข้าทำให้น้อยเริ่มสังเกต

น้อยพยายามบอกแม่ไม่ให้คิดมาก จะได้ไม่เจ็บไม่ป่วย แต่พอพ่อกลับมาพูดใหม่ อาการวิตกกังวลของแม่ก็กลับมาอีก บ้านของน้อยมีสวนมะม่วง พอมีคนมาพูดทำนองไม่มีคนไปดูแลสวน แม่ก็กลุ้มใจอีก บ่นว่า “ถ้าแม่ไม่เป็นอะไร แม่ก็จะต้องไปดูแล เอาไปขายได้เงิน ดีกว่าปล่อยให้คนอื่นมาเก็บกินไปฟรี ๆ” จะเป็นอยู่สองสามวัน พ่อก็จ้างคนไปเก็บ เอาไปขาย เอาเงินมาส่งให้แม่ แม่ก็ดีขึ้น

แม่จะมีอาการวิตกกังวลลักษณะนี้อยู่ประมาณครึ่งปี แต่ช่วงแรก ๆ ที่เดินไม่ได้แม่จะมีอาการมาก ผ่านไปราวหกเดือน แม่เริ่มหัดเดิน ช่วงแรกก็เดินได้บ้าง แต่ก็ล้ม แม้เจ็บไม่หนัก แต่ก็ทำให้เดินไม่ได้อีก สาเหตุที่แม่ฝึกเดินเพราะอยากไปทำงานเหมือนเดิม เป็นห่วงพ่อจะทำงานไม่ได้ มักจะคิดว่าคนอื่นทำไม่ได้ดั่งใจ แม่มักจะบ่นว่า เวรกรรมอะไรถึงทำให้เป็นแบบนี้ ทำบุญสร้างวัดสร้างวาก็เยอะ เมื่อไหร่จะหมดเวรกรรม เดินได้เสียที แม้จะอยู่กับหลาน แต่ภาระการหาอาหาร พาไปอาบน้ำ ทำธุระส่วนตัวต่าง ๆ ก็เป็นหน้าที่ของพี่น้อย แม่ก็บ่นว่า “ฉันเป็นภาระให้ลูกหลาน” น้อยก็พยายามพูดให้กำลังใจแม่ว่า ลูกหลานทำได้ แม่ไม่ต้องห่วง ไม่ต้องเกรงใจ อยากกินอะไรขอให้บอก

บางทีน้อยก็ต้องสังเกตอาการของแม่ ถ้าเห็นนอนนิ่ง ๆ แสดงว่าเริ่มมีอาการ ก็ต้องถามแม่เป็นอะไร อยากได้อะไร พยายามให้แม่สื่อสารออกมาเป็นคำพูด เช่น ถ้าแม่บ่นไม่ได้ถ่ายมาสองวัน ก็บอกว่า เป็นธรรมดานะแม่ หมอบอกไม่เป็นไร กินน้อยก็อย่างนี้แหละ น้อยพยายามพูดไม่ให้แม่กังวลมากนัก เมื่อแม่ไปไหนมาไหนไม่สะดวกแล้ว น้อยก็จะต้องมาเล่าเรื่องต่าง ๆ ให้ฟัง แม่อยากให้ทำอะไรก็ให้แม่บอก เพราะถึงแม้เดินไม่ได้ แต่สติปัญญาของแม่ยังครบถ้วน แม่ทำงานจนชิน รู้ว่าต้องทำอะไร ทำยังไง ทำเมื่อไหร่ ทำสวนก็รู้ว่าเมื่อไหร่น้ำช่องไหนจะไหลเข้าไหลออก ดังนั้น หลักการดูแลแม่ของน้อย คือ พยายามทำตามที่แม่สั่ง เพื่อไม่ให้เกิดความ

วิตกกังวล บางทีน้อยก็ต้องโกหกแม่ เช่น บอกแม่ว่าไปทำมาแล้ว เป็นอย่างนั้นอย่างนี้ ขายได้เงินเท่านี้ แล้วก็เอาเงินให้แม่ไป เพราะแม่ไม่รู้ว่าทำจริงหรือไม่ แต่เพื่อความสบายใจของแม่

วันจันทร์กับวันพฤหัสบดี น้อยจะต้องไปขายห่อหมก สมัยก่อนแม่จะขายเองและขายดี แม่ก็อยากให้น้อยขายเพราะเสียดายที่ในตลาด ในที่สุดน้อยก็ต้องทำเพื่อความสบายใจของแม่ แต่น้อยจะทำแบบเอากำไรไม่มาก ทำเท่าที่ทำได้ เพราะน้อยเองก็ไม่ค่อยสบาย จะใช้วิธีจ้างคน โดยสั่งเขาทำ ทั้งใบตอง ไม้กลัด ปลา กะทิ พริกแกง จะได้ทุ่นกำลังกายและเวลา และได้ทำเพื่อความสบายใจของแม่ ถ้ากลับช้า แม่ก็จะบ่นอีก ว่าทำไมกลับช้า ขายไม่ดี รสชาติเป็นยังไง พี่น้อยก็บอกว่า ขายหมดทุกวันนะแม่

การให้แม่ได้มีส่วนร่วมในการทำ เช่น ให้เป็นคนบอกสูตรการทำ ทั้ง ๆ ที่เราทำเองก็ทำได้ ก็จะทำให้แม่รู้สึกภูมิใจ รู้ว่าตนเองยังมีประโยชน์ บางครั้ง ก็พาแม่ไปนั่งดูเด็กเล่นหน้าบ้าน รับลม ก็พอจะช่วยได้ระดับหนึ่ง แต่ถ้ามีลักษณะขี้เกียจ แม่ก็จะบ่นอีก ตอนหลัง ๆ ไม่ค่อยวิตกกังวลเพราะรู้ว่าพ่อทำได้ จะใช้การโทรศัพท์ประสานงานหรือโทรสั่งการก็ว่าได้ คนงานในสวนมาพูดคุยด้วยทุกวัน ก็ทำให้แม่ยิ้มแย้มแจ่มใสได้

หลักการดูแลผู้สูงอายุของน้อยก็คือ พยายามพูดให้ผู้สูงอายุรู้สึกดี คอยถามว่าจะกินอะไร จะทำอะไร เจ็บปวดอะไร และให้รีบทำทันที เช่น ปวดขา ก็เอายาไปนวดให้ทันที สิ่งที่ผู้สูงอายุชอบที่สุด คือ การเอาใจเวลาโมโหก็ให้เดินหนี บางครั้งฝืนอารมณ์ก็ต้องฝืนไป ตามใจไป ก็จะพอทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลไปได้

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ ทำให้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เดินไม่ได้ ส่งผลให้มีอาการทางจิตใจ คือ พูดน้อยลง นิ่งๆ เฉยๆ เครียด บางครั้งไม่รับประทานอาหาร

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใช้วิธีพูดคุยบ่อยๆ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจใส่ใจ

ความคิดเห็น

อาการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังของผู้สูงอายุเช่น โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ ส่งผลให้เกิดโรคอัมพฤกษ์อัมพาตที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึงพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Life event) เป็นปัจจัยเร่ง (Precipitating factors) ที่คุกคามต่อชีวิตหรือความพิการ ในกรณีนี้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรซึ่งเป็นผู้ดูแล การดูแลจึงเป็นเรื่องของการรับฟังเรื่องราวต่างๆที่ผู้สูงอายุบอกเล่าให้ฟัง ซึ่งเป็นวิธีการที่ดีทำให้ผู้สูงอายุได้ ระบายความไม่สบายใจออกมาไม่เก็บไว้อยู่คนเดียว เป็นการลดความกดดันและลดความเครียดลง ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจและช่วยในการฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายและกลับมาใช้อวัยวะต่างๆได้เร็วขึ้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ช่วยเหลือตนเองได้ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกลับมา อาการซึมเศร้าก็จะหายไป

ความคิดเห็นจากนักวิชาการ 2

อาการ

ผู้สูงอายุรายนี้มีความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ ทำให้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เดินไม่ได้ ส่งผลให้มีอาการทางจิตใจ คือ พูดน้อยลง นิ่งๆ เฉยๆ เครียด บางครั้งไม่รับประทานอาหาร

การดูแล

บุตรสาวที่อยู่ดูแลผู้สูงอายุใช้วิธีการพูดคุยปลอบใจ ไม่เล่าเรื่องที่ทำให้เกิดความเครียด นวดสัมผัส ใส่ใจในรายละเอียดของการดูแล ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันด้วยความเต็มใจ

ความคิดเห็น

ปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความสูญเสียความสามารถ ปัญหาเศรษฐกิจต่างๆ อาการเริ่มแรกที่เป็นสัญญาณว่าผู้สูงอายุกำลังเกิดความเครียด เช่น สีหน้าเคร่งเครียด หน้านิ่วคิ้วขมวด วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด โมโหง่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ บ่นปวดศีรษะ เก็บตัว ไม่พูดจากับใคร เป็นต้น วิธีการแก้ไขคือการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีความเครียด การค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม โดยการระบายความรู้สึกให้คนใกล้ชิดฟัง พยายามให้มีสติอยู่กับตัวให้มากที่สุด ไม่คิดฟุ้งซ่าน หรือคิดในทางที่ร้ายแรงเกินจริง ควรพยายามคิดแต่เรื่องดีๆ คิดในทางบวก ครอบครัวจะต้องมีความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้ความช่วยเหลือดูแลด้วยความเต็มใจและใส่ใจผู้สูงอายุ ก็จะช่วยลดความเครียดและวิตกกังวลลงได้

เรื่องที่ 54

เรื่อง มรดกกรรม
ชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่า นายปาน (นามสมมติ)
เขียนเรื่องเล่าโดย นายธีระชน พลโยธา

ปานประกอบอาชีพเกษตรกรรม เลี้ยงวัวนม และทำนา ดูแลแม่วัย 86 ปี นายปานมีพี่อีก 5 คน นายปานเป็นลูกคนสุดท้อง หน้าที่ในการดูแลแม่ปัจจุบันเป็นของนายปานและภรรยาเหตุการณ์เกิดขึ้น เมื่อสิบปีที่แล้วหลังจากที่พ่อเสียชีวิต แม่ซึ่งปกติเป็นคนอัธยาศัยดี กลายเป็นคนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีอาการนั่งเหม่อลอยเป็นเวลานาน มักชอบพูดเรื่องเก่าในอดีต พูดซ้ำ ๆ โดยเฉพาะเป็นเรื่องของพ่อเมื่อครั้งยังมีชีวิตอยู่ในอดีต แม่ทำอาหารทานเอง แต่พอพ่อเสียแม่ไม่ทำเลย โดยเฉพาะไม่ทำอาหารที่พ่อชอบอีกเลย

ก่อนเสียชีวิตพ่อป่วยหนักในขณะที่พ่อป่วย ก็มีเหตุการณ์ไม่ชอบมาพากลและสร้างความแตกหักให้กับครอบครัวคือ ตอนที่พ่อนอนป่วยสติไม่สมประดี พี่ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ร่วมกับพี่สาว 3 คน แอบพาพ่อไปโอนที่ดินให้ตนเอง โดยลอบพานั่งรถเข็นไป ปานสันนิษฐานว่าลูกเขยลูกสะใภ้ของแม่เป็นคนวางแผน แม่มักพูดเสมอว่า ถ้าพาพ่อไปผ่าตัด พ่อน่าจะรอด แต่พี่สาวที่เป็นคนดูแลในขณะนั้นไม่ยอมให้ผ่าตัด แม่กับปานเข้าใจว่าคงอยากให้พ่อเสียชีวิต เพราะจะได้สมบัติ แต่แม่คัดค้านไม่ได้ แม่จะไปเยี่ยมก็ไม่ให้เยี่ยม อ้างว่ากลัวเชื้อโรคติดพ่อ ตอนนั้น แม่จะให้ฟ้องศาล แต่พอคิดไปคิดมา ถ้าฟ้องก็อาจจะมีผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่พยาบาล แพทย์เวร และอีกหลายคนที่ปล่อยให้มีการพาคนไข้ออกไปโดยพลการ แม่เลยปล่อยไป เพราะแม่กลัวเป็นเวรเป็นกรรมอันเกิดจากการทำให้หลายคนได้รับความเดือดร้อน แม่ย้อนกลับไปถามพี่สาว ว่าได้ที่ดินไปแล้วทำไมเงินไม่ให้พี่ชายคนโตด้วย พี่บอกว่า พ่อยกให้ตนเองเท่านั้น

พ่อเคยบอกกับแม่ว่าถ้าพ่อตายก่อน แม่จะลำบาก ซึ่งก็เป็นจริงดังคำของพ่อ หลังจากที่พ่อเสียชีวิต ลูกสาวที่เคยดูแลพ่อกับแม่ ก็โอนให้แม่มาอยู่กับนายปาน ซึ่งเป็นบ้านเก่า อันเป็นเรือนหอของแม่ และไม่ยอมให้เข้าไปหาที่บ้าน ซึ่งเป็นบ้านทรงไทยสวยงาม ตามธรรมเนียมโบราณ ลูกสาวต้องเป็นคนที่ดูแลพ่อแม่ แต่พี่สาวที่เป็นโสดทั้ง 2 คน กลับไม่อยากดูแล ปานคิดว่าอาจเพราะแม่ไม่มีสมบัติอะไรติดตัวแล้ว โอนให้ลูก ๆ ไปหมดแล้ว เหมือนไม่มีคุณค่าอะไรอีกแล้วสำหรับลูก เวลาไปหาลูก ลูกไม่ให้เข้าบ้าน แม่ก็ยืนเกาะประตูรั้ว แทบทุกวันจะเป็นเช่นนี้ จะให้เข้าบ้านก็ต่อเมื่อญาติมาเยี่ยม เพื่อให้ญาติ ๆ เห็นว่า ยังรักและดูแลพ่อแม่ ยิ่งไปกว่านั้น ลูกของแม่อีกคนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล กลับห้ามแม่ใช้สิทธิ์เบิกที่โรงพยาบาล แม่ก็ยิ่งน้อยอกน้อยใจ และคิดว่าแม่โอนสมบัติหมดแล้ว จึงไม่มีความหมายสำหรับลูกอีกต่อไป ทั้งที่ก่อนหน้านี้ แม่เป็นคนมีอัธยาศัยดี ลูกไม่มีเงินแม่ก็ให้ทุกอย่าง

เวลาที่แม่ซึมเศร้าอาการจะออกทางสีหน้า หน้าแม่จะคล้ำ ตาขวาตก เวลาเครียด ตาจะปิด เดินไปเดินมา พูดซ้ำ ๆ ร้องไห้เป็นบางครั้ง อยู่ดี ๆ น้ำตาจะไหลออกมาเอง แต่แม่ไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย เพราะกลัวจะเป็นบาป ต่อมาภายหลังแม่เริ่มหลง ๆ ลืม ๆ เหมือนจะเป็นอัลไซเมอร์ด้วย ถ้าพูดเรื่องเก่าซ้ำ ๆ เช่น พูดเรื่องขับเกวียน จูงวัวข้ามแม่น้ำแม่กลอง ถ้าพูดอย่างนี้ แสดงว่าเริ่มหลงแล้ว พอหลงปุ๊บก็พาไปหาหมอ หมอก็ให้ยามาทานกระตุ้นต่อมไร้ท่อไม่ให้เสื่อมปานกับภรรยาเคยปรึกษากันว่า หรือเราจะปล่อยให้แม่หลงไปเสียเลยดีไหม จะได้ไม่ต้องรับรู้ถึงความทุกข์ ความโศกเศร้าอีกต่อไป แต่ในที่สุด ก็ทำใจไม่ได้ เพราะเห็นตัวอย่างจากคนอื่น ๆ บางคนปล่อยให้ผู้สูงอายุไปกินหอยเชอรี่ ไปคุ้ยขยะกิน จึงไปปรึกษาอาจารย์หมอท่านหนึ่ง หมอจึงให้ยามาทานและอาการหลง ๆ ลืม ก็ค่อย ๆ หายไป

เวลาแม่รู้สึกเศร้า ปานจะพยายามปลอบใจแม่ สมบัติเป็นของนอกกาย ไม่ตายก็หาใหม่ได้ เราก็ไม่ได้เดือดร้อน พ่อก็ไปสบายแล้ว ถ้าลำบากเขาก็กลับมาแล้ว แม่ได้ฟังก็สบายใจขึ้น แต่พอสักพักก็กลับมาซึมเศร้าอีก เพราะสภาพการณ์ซ้ำๆ กลับมาอีก เช่น ไปหาลูกสาวไม่ยอมให้เข้าบ้าน หรือพอให้เข้าแม่ก็ไปบ่นว่าบ้านเขาสกปรก เขาก็โกรธ ปานบอกว่าตอนนี้พี่สาวกลัวบาป ไปฟังเทศน์ ไปสร้างพระหลวงปู่ทวด เพราะไปเชื่อแม่ชีว่าจะล้างบาป แต่ไม่ให้เงินแม่ อาหารก็ไม่เคยหามาให้ พอแม่รู้ แม่ก็โกรธอีก สาปแช่ง โทษตัวเองแม่เลี้ยงลูกด้วยอะไรจิตใจถึงเป็นอย่างนี้ คงเป็นเพราะความโลภ อยากได้สมบัติปัญหาเช่นนี้ยังวนเวียนเกิดขึ้นอยู่เสมอ

บางครั้งปานก็เผลอตะคอกแม่ เพราะโกรธที่แม่สร้างความวุ่นวาย เช่น เสื้อผ้าตากไว้ก็รีบเก็บ แล้วลากไปกับพื้นจนเสื้อผ้าเปื้อนดิน ต้องซักใหม่ เพราะแม่มีอดีตฝังใจกับฟ้าฝน ตอนที่แม่ทำนา ฟ้าผ่ามาใกล้ๆ ก็เลยกลัว และกลายเป็นวิตกจริตเรื่องฟ้าฝน แต่ก็รู้สึกตัวปานก็ขอโทษแม่ บอกแม่ว่ากลัวแม่เหยียบชายผ้าล้มแข้งขาหักเลยไม่อยากให้ทำ

บางทีปานก็น้อยใจ สมบัติเขาไม่ได้อะไร ทำไมแม่ต้องเป็นภาระที่ปานคนเดียว ดูแลทุกอย่าง บางทีเหนื่อย เจอหลายเรื่อง แม่มาเช้าชี้ถามซ้ำซาก บางทีก็ตะหวาด แต่พอแม่เสียใจก็ไปขอโทษ แม่ก็ให้อภัย ตอนหลังมาจึงพยายามควบคุมอารมณ์ ใช้หลักธรรมะสอนใจว่า โชคดีที่เรามีแม่ บางคนไม่เคยเจอพ่อแม่ตั้งแต่เกิด แม่เล่าว่า แม่อายุ 11 ขวบ พ่อแม่ตายหมด ต้องเลี้ยงน้อง 4 คน ทำมาหากินส่งน้องเรียน จนน้องได้ดิบได้ดีเป็นอาจารย์ศึกษาสงเคราะห์ โชคดีที่เรามีแม่ ดังนั้นจะพยายามลดการพูดกระโชกโฮกฮาก รู้ว่าทำให้แกทุกข์ พูดปุ๊บน้ำตาแม่ไหลทันที แล้วพูดให้ "ลูก ๆ ไปหมด ถ้ามึงไม่เอา กูจะอยู่กับใคร" ดังนั้น ต้องเอาใจเขามาใส่ใจเรา คิดว่าวันหนึ่งเราก็ต้องแก่เฒ่า การมีพ่อแม่เป็นสิ่งที่ดีที่สุด

ปานจะพูดคุยกระตุ้นให้แม่มีความหวัง เช่น "แม่ ลูกเต้าจะเอาอะไรกับมัน แต่แม่ยังมีหลานนะ แม่บอกจะเป็นจะตาย ขอให้ได้บวชหลานที่เลี้ยงมา หลานที่เป็นลูกชายพี่คนโตก็จะบวชให้ ทำให้แม่ลุกขึ้นมากระปรี้กระเปร่า รู้สึกมีความหวังมากขึ้น อาบน้ำขัดสีฉวีวรรณ จะได้ตัวหอม ๆ นอกจากนี้ ก็เปิดวิทยุโทรทัศน์รายการธรรมะ พาไปทำบุญ เพื่ออาศัยธรรมะช่วยให้จิตใจแม่ผ่องใสมากขึ้น

การไวต่อความรู้สึกและความต้องการของแม่ก็เป็นสิ่งสำคัญ ทั้งการพูดและการแสดงออกทางท่าทาง เช่น ปกติที่ผ่านมาแม่จะกินข้าวมื้อละช้อน วันหนึ่งแม่บ่น ผักกาดดองผัดไข่ไม่ได้กินมาสิบปี นี่ถ้าพ่อยังอยู่ได้กินตลอด พอกินอะไรแม่ก็มักจะคิดถึงพ่อ ปานก็สังเกต พอแม่พูดมาก็กระจ่างทันที ปานคิดว่า บางสิ่งเรามักจะคิดว่าแม่ไม่ต้องการ เพราะแม่ไม่พูด หรือคิดไปเองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีไม่เหมาะสำหรับแม่ เช่น ผักกาดดอง แต่กลับเป็นสิ่งที่แม่ต้องการ พอแม่พูดอย่างนี้ ก็ตัดสินใจให้แม่กินเลย

การทำให้แม่รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่ปานใช้ไม่ว่าจะเป็นการพูดโดยตรง หรือบางครั้งก็ต้องใช้อุบาย เช่น แม่อยากกินอะไรก็จะไปซื้อมาให้ แต่ไปซื้อร้านที่ไม่อร่อยให้แม่กิน พอแม่กินแม่บอกฝีมือไม่ได้เรื่อง มันเอาอะไรทำ ปานก็ซื้อมาให้กินอีก พอบ่อยๆ เข้า ก็ถามว่าอยากลองทำมั้ย ผมจะตำพริกแกงให้พอแม่ทำ แม่ก็บอกว่าที่อร่อยต้องอย่างนี้นะ ไอ้หนู ต่อมาก็เริ่มทำอาหารกิน และให้คำชมบอกแม่ฝีมือยังดี แล้วก็มีเมนูใหม่เข้ามาเรื่อย ๆ แม่ก็จะบอกสูตร ให้เราทำตามขั้นตอน แม่ก็ทานอาหารได้เยอะขึ้น เพราะทานในสิ่งที่ตนเองทำ สิ่งใดที่แม่เก่งก็กระตุ้นให้แม่ทำ เช่น ขนมจีนน้ำยา น้ำพริก แกงมะรุม การทำนา การทำขวัญข้าว มีคนมาถามสูตร ลูกหลานเข้ามาแม่ก็รู้สึกดีขึ้น พยายามหากิจกรรมให้แม่ทำ เพื่อไม่ให้แม่ว่าง อยู่ไปวัน ๆ แล้วคิดฟุ้งซ่าน เช่น ให้เลี้ยงหมา ตกเย็นแม่ก็รายงานพฤติกรรมหมาแต่ละตัว ให้แวะไปดูวัว แม่ก็รายงานว่าวัวเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ แล้วก็มีส่วนร่วมเอาเบี้ยยังชีพไปซื้อฟางให้วัว เป็นต้น

ปานจะคอยเอาใจแม่ เช่น รายงานเมนู เช้านี้จะกินข้าวต้มกุ๊ยหรือข้าวต้มกุ้ง ให้แม่เลือกเมนู หรือพาไปเที่ยว นอกจากนี้ ต้องหาความรู้ในการดูแลสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปรึกษาหารือกันสามีภรรยา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน ๆ บ้างสิ่งไหนที่ดี หมอไหนดี ก็มาบอกกัน

ปานบอกว่าที่ผ่านมาหลงประเด็นไปนาน แต่ก็ยังไม่สายตราบเท่าที่แม่ยังมีลำหายใจ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ พยายามให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำเพื่อให้ท่านรู้สึกถึงชีวิตที่มีคุณค่า

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้นพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า โดยอาการจะออกทางสีหน้า หน้าจะคล้ำ ตาขวาตก เวลาเครียด ตาจะปิด เดินไปเดินมา พูดซ้ำ ๆ ร้องไห้เป็นบางครั้ง อยู่ดี ๆ น้ำตาจะไหลออกมาเอง และในระยะหลังเริ่มมีอาการหลงลืม พูดเรื่องเก่าซ้ำ ๆ

การดูแล

ผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองด้วยการใช้วิธีพูดโดยตรง หรือบางครั้งก็ต้องใช้อุบายหลอกล่อให้ทำกิจกรรมต่างเช่น ทำอาหาร เลี้ยงสัตว์ เพื่อไม่ให้แม่ว่าง อยู่ไปวัน ๆ แล้วคิดฟุ้งซ่าน พาไปเที่ยว นอกจากนี้ ต้องหาความรู้ในการดูแลสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปรึกษาหารือกันสามีภรรยา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน ๆ บ้างสิ่งไหนที่ดี หมอไหนดี ก็มาบอกกันเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดี

ความคิดเห็น

ในวัยสูงอายุการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต บิดามารดา บุตร เป็นผลให้เกิดความเศร้าว้าเหว่ เนื่องจากผู้สูงอายุกลัวการตายและการพลัดพราก กลัวว่าวันเวลาของตัวเองใกล้จะมาถึง เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อาการเบื่อหน่าย เหงา หมดความสนใจในเรื่องต่างๆ ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย รู้สึกสิ้นหวัง ขาดคุณค่าในตนเอง ร้องไห้ง่าย ในบางรายมีความคิดอยากตาย (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. 2549 : 26, 116) ผู้ดูแลผู้สูงอายุรายนี้ เป็นสามีซึ่งเป็นคนใกล้ชิด ทำให้มีความเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุด้วยกัน อยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุตลอดเวลา การพาไปพบแพทย์เพื่อรับยารักษาอาการ การดูแลให้กินยาสม่ำเสมอจะช่วยลดอาการลงได้ การขาดยาจะทำให้ผู้สูงอายุอาการกำเริบและกลับมีอาการซ้ำได้อีก การสังเกตอาการผิดปกติเป็นวิธีที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ในด้านจิตสังคมการจัดให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมเหมือนเดิมก่อนเจ็บป่วยเช่น การทำงาน การทำกับข้าว การปลูกต้นไม้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมาธิมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นการพักผ่อนหย่อนใจและลดความตึงเครียดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น

ความคิดเห็นจากนักวิชาการคนที่ 2

อาการ

ผู้สูงอายุรายนี้มีอาการทางกาย คืออาการหลงลืม พูดเรื่องเก่าซ้ำ ๆ อาการทางจิตใจ คือ ซึมเศร้า โดยอาการจะออกทางสีหน้า หน้าจะคล้ำ ตาขวาตก เวลาเครียด ตาจะปิด เดินไปเดินมา พูดซ้ำ ๆ ร้องไห้เป็นบางครั้ง อยู่ดี ๆ น้ำตาจะไหลออกมาเอง

การดูแล

พาไปพบแพทย์เพื่อรับยาและจัดยาให้กินสม่ำเสมอ อยู่เป็นเพื่อนไม่ปล่อยให้อยู่คนเดียว สังเกตความผิดปกติที่จะเกิดขึ้น จัดให้ทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำก่อนที่จะเจ็บป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีเวลาว่างที่จะคิดถึงเรื่องที่ทำให้เศร้า

ความคิดเห็น

ผู้ดูแลควรสังเกตอาการซึมเศร้าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าอาจแสดงออกอย่างชัดเจนหรือแสดงออกเพียงเล็กน้อย ซึ่งสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก ส่วนใหญ่ จะแสดงออก 2 ลักษณะ คือ (1) แยกตัวโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว โศกสลด เดียวดาย โหยให้ เงียบเหงา และว่างเปล่าร่วมกับความรู้สึกเจ็บปวดตามร่างกาย (2) สิ้นหวังซึ่งเป็นความรู้สึกท้อแท้เหนื่อยหน่าย มืดมน หมดหวัง และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และหันเหความสนใจโดยการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมใหม่ ถ้ามีอาการมากขึ้นควรพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

6.7 การสร้างเรื่องเล่าเพิ่มเติม

ผลจากการระดมความคิดจาก พยาบาล อสม. อผส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า เรื่องเล่าเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งในการพัฒนาผู้ปฏิบัติต่าง ๆ และผู้สูงอายุ โดยในแต่ละชุมชน สามารถสร้างเรื่องเล่า ตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

ตาราง 6.2 การสร้างเรื่องเล่าในชุมชน

ชื่อกิจกรรม (ตัวย่อ)	ผู้เล่าเรื่อง	ผู้เขียนเรื่องเล่า	เนื้อหาของเรื่องเล่า
กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม	1.ผู้สูงอายุ	อสม. / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ / เจ้าหน้าที่ / จิตอาสาที่ชุมชน	- ความประทับใจ - พิธีการ เปรียบเทียบอดีตกับปัจจุบัน - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่เกี่ยวข้องในพิธีนั้น ๆ - ความรู้สึกที่ได้ฟังเทศน์
	2.ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	อสม. / คนในครอบครัว	- ความประทับใจในตนเองของผู้สูงอายุ - พิธีการ เปรียบเทียบอดีตกับปัจจุบัน
	3.ครูในชุมชน / เจ้าหน้าที่	ครูด้วยกัน / อสม. / จิตอาสา / นักเรียนชั้นป.6 ขึ้นไป	- ความรู้สึก อารมณ์ ของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้มาร่วมงานจากมุมมองของครู และเจ้าหน้าที่
	4. พระ	อสม.	- การเทศน์ เรื่องที่จะเทศน์ -ความรู้สึก
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- ผู้สูงอายุมีความสุข ที่มีคนมาสนใจ เรื่องราวเก่า ๆ ที่ผ่านมา - ได้ช่วยผู้สูงอายุทบทวนความทรงจำ - ได้ทราบความรู้สึกของบุคคลในชุมชนต่อพิธีกรรมนั้น ๆ เช่น ประเพณีสงกรานต์ แห่เทียนเข้าพรรษา วันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น		
กิจกรรมการให้ความรู้เน้นการดูแลผู้สูงอายุด้านกาย จิต	1. ผู้สูงอายุ	อสม. / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ / เจ้าหน้าที่ / จิตอาสาที่ชุมชน	- มีใครมาให้ความรู้เรื่องอะไรบ้าง - นำไปปฏิบัติอย่างไร - ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร - รู้สึกอย่างไร กับสิ่งที่ได้รับและนำไปปฏิบัติ

ชื่อกิจกรรม (ตัวย่อ)	ผู้เล่าเรื่อง	ผู้เขียนเรื่องเล่า	เนื้อหาของเรื่องเล่า
	2. อสม.	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	- ความรู้ที่ได้นำไปบอกผู้สูงอายุอย่างไร - ผลที่ได้เป็นอย่างไร - ผู้สูงอายุทำได้หรือไม่ ยังมีส่วนไหนที่ติดขัด
	3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	- ถามหลังจากได้นำความรู้ไปถ่ายทอดให้ผู้สูงอายุแล้วว่าทำถูกต้องหรือไม่ - แลกเปลี่ยนเรื่องเทคนิควิธีการถ่ายทอดความรู้
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- ได้ทราบวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคต่าง ๆ ทั้งทางกาย ทางใจ <u>1. ทางกาย</u> - การปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่าง ๆ - การออกกำลังกาย - การกิน - พฤติกรรมเสี่ยง - อาการของโรคที่ต้องระวัง <u>2. ทางใจ</u> - การประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อม - เทคนิคการให้กำลังใจกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล - การนำธรรมะมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ - ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร่วมแลกเปลี่ยนวิธีการดูแล ให้กำลังใจกันมากขึ้น		
กิจกรรม การอบรมอาชีพเสริม	1. ผู้สูงอายุ	อสม. / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ / เจ้าหน้าที่ / จิตอาสาที่ชุมชน	- ได้อะไรบ้างในแต่ละขั้นตอน ทั้งในเรื่องความรู้ ทักษะ และความรู้สึกต่อสิ่งที่ได้รับ และต่อผู้ที่มาอบรมอาชีพเสริมนี้ให้กับทุกคน
	2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	อสม./ เจ้าหน้าที่ / จิตอาสา	- คิดว่าผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ตั้งแต่ก่อนรับการอบรม ระหว่างรับการอบรม และหลังรับการอบรม - เมื่อเห็นผู้สูงอายุเป็นแบบนั้นแล้ว ผู้ดูแลรู้สึกอย่างไร
	3. คนในครอบครัว	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	

ชื่อกิจกรรม (ตัวย่อ)	ผู้เล่าเรื่อง	ผู้เขียนเรื่องเล่า	เนื้อหาของเรื่องเล่า
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และคนในครอบครัว ได้ตระหนักถึงการให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ		
กิจกรรม การสอนนวดผ่อนคลาย	1. ผู้สูงอายุ	อสม. / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ / เจ้าหน้าที่ / จิตอาสาที่ชุมชน	- นวดแล้วรู้สึกอย่างไรกับจุดที่นวด - รู้สึกอย่างไรที่ลูกหลานมานวดให้
	2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	อสม./ เจ้าหน้าที่ / จิตอาสาที่ชุมชน	- เห็นผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ก่อนนวด ขณะที่นวด หลังจากนวดเสร็จแล้ว - ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อกิจกรรมนี้
	3. นักเรียน (คนในครอบครัว)	ครู/อสม./เจ้าหน้าที่	- สิ่งที่ได้ไปทำให้ผู้สูงอายุ - ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่นักเรียนสัมผัสได้ - ความรู้สึกของนักเรียนที่ได้นวดให้ผู้สูงอายุ
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- ผู้สูงอายุเกิดความสุข หลังจากได้เล่าเรื่อง และได้ฟังหรืออ่านเรื่องเล่านั้น แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ		
กิจกรรมการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอสม.	1. เจ้าหน้าที่รพ.สต.	เจ้าหน้าที่จากองค์กรอื่น ๆ เช่น จากรพ.ชุมชน จากสสจ.	- กระบวนการทำ - เครือข่ายที่เกิดขึ้น - ผู้เข้าร่วม - ผลที่เกิดขึ้น - ปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข - ความรู้สึกที่ได้ให้คำปรึกษา
	2. อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	เจ้าหน้าที่จากรพ.สต.	- หลังจากได้รับคำปรึกษาไปแล้ว นำไปแก้ปัญหาได้อย่างไรบ้าง - ความรู้สึกต่อกิจกรรมนี้ - การแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขกับเพื่อน - คำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่

ชื่อกิจกรรม (ตัวย่อ)	ผู้เล่าเรื่อง	ผู้เขียนเรื่องเล่า	เนื้อหาของเรื่องเล่า
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- ได้เห็นความร่วมมือจากเครือข่ายในระดับชุมชน - ได้ทราบความรู้สึกของทุก ๆ ฝ่าย		
กิจกรรม ทีทำร่วมกับคนในครอบครัว เช่น ปลูกผัก เลี้ยงเป็ด	ผู้สูงอายุ /ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ /คนในครอบครัว	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ /คนในครอบครัว	- วิธีการทำ - การคัดเลือกพันธุ์ - ประโยชน์ทีได้รับ - ความร่วมมือของคนในครอบครัว
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- เพิ่มความสัมพันธ์ในครอบครัว - ผู้สูงอายุมีความสุข - ผู้สูงอายุได้มีความหวังต่อไป จากการที่จะได้นำเมล็ดพันธ์ไปให้กับคนในครอบครัวได้ชื่นชม		
กิจกรรมการให้กำลังใจผู้สูงอายุ เช่น การยกย่อง เชิดชูผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ /เจ้าหน้าที่ /คนในครอบครัว	- ความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อกิจกรรม - ความรู้สึกต่อลูกหลานที่มาร่วมกิจกรรม
	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	คนในครอบครัว / เจ้าหน้าที่	- การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม - ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรม - ความรู้สึกที่มีต่อผู้สูงอายุ
	คนในครอบครัว	เจ้าหน้าที่ / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- ลูกหลาน คนในครอบครัวจะได้คิดถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุ - ช่วยเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกของลูกหลานที่เพิกเฉยต่อผู้สูงอายุ แล้วนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม - ผู้สูงอายุมีความสุขที่ได้รับรู้ว่าตัวเองยังมีคุณค่า - ผู้สูงอายุมีความสุขที่ได้มีกิจกรมร่วมกับลูกหลานและคนในครอบครัว		
กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ / เจ้าหน้าที่	- ประสบการณ์ที่ประทับใจในการทำกิจกรรมของชมรม
	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	- ประสบการณ์ที่ประทับใจในการทำกิจกรรมของชมรม - กิจกรรมที่ทำในชมรม
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกดี มีคุณค่าในตนเอง ที่ได้ร่วมทำกิจกรรม ร่วมแบ่งปันประสบการณ์กับเพื่อนด้วยกัน - ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย มีความสุข		

ชื่อกิจกรรม (ตัวย่อ)	ผู้เล่าเรื่อง	ผู้เขียนเรื่องเล่า	เนื้อหาของเรื่องเล่า
กิจกรรมการคัดกรอง โดยอสม.	อสม.	อสม./ เจ้าหน้าที่	- วิธีการในการคัดกรอง - ปัญหาที่พบ - วิธีการแก้ปัญหา - ความรู้สึก
	ผู้สูงอายุ	อสม./เจ้าหน้าที่/คนในครอบครัว	- ความรู้สึกที่มีคนมาคัดกรอง - วิธีการ ขั้นตอน - ความรู้สึกต่อผู้ที่มาทำการคัดกรองให้
ประโยชน์ที่จะได้รับจา กเรื่องเล่า	- ได้รับรู้วิธีการคัดกรอง - ได้ทราบความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการคัดกรอง - ได้ทราบวิธีการแก้ปัญหา - ผู้สูงอายุได้เล่าความรู้สึกของท่านต่ออสม. หรือเจ้าหน้าที่ที่มาทำการคัดกรอง		
กิจกรรมการศึกษาดูงาน	ผู้สูงอายุ	อสม./เจ้าหน้าที่/คนในครอบครัว	- ความรู้ที่ได้รับ - ความรู้สึกต่อการศึกษาดูงาน - การจะประยุกต์นำความรู้ที่ได้ไปใช้ - ความรู้สึกต่อคณะที่ไปดูงานด้วยกัน - ความรู้สึกต่อผู้จัดงาน
	อสม.	อสม./เจ้าหน้าที่	- ความรู้ที่ได้รับ - ความยากง่ายในการประสานงาน - ความรู้สึกตั้งแต่เตรียมงานจนถึงจบงาน - การดูแลคณะที่ไปดูงาน
ประโยชน์ที่จะได้รับจากเรื่องเล่า	- ได้รับทราบความรู้สึกของผู้สูงอายุ ของคณะจัดงาน - ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น จากการได้คิดว่าจะนำความรู้นั้นไปทำประโยชน์ต่อไป		
กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน	อสม./เจ้าหน้าที่	อสม./ เจ้าหน้าที่	- สิ่งที่ได้ปฏิบัติในขณะเยี่ยมบ้านแต่ละบ้าน - ความรู้สึกต่อการไปเยี่ยมบ้าน

ชื่อกิจกรรม (ตัวย่อ)	ผู้เล่าเรื่อง	ผู้เขียนเรื่องเล่า	เนื้อหาของเรื่องเล่า
			- การนำความรู้ ทักษะ ที่ได้นำไปใช้ในการเยี่ยมบ้าน - ความรู้สึกต่อผู้สูงอายุ
	ผู้สูงอายุ	อสม./คนในครอบครัว/เจ้าหน้าที่	- ความรู้สึกที่มีคนมาเยี่ยม
ประโยชน์ที่ได้จากเรื่องเล่า	- อสม.ได้ทราบว่าในการเยียมบ้านจริงๆ ต้องใช้ความรู้ ทักษะ อะไรบ้าง - เพื่อให้ลูกหลานได้รับทราบความรู้สึกของผู้สูงอายุเมื่อมีคนมาเยี่ยม มาดูแล		
กิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การพาไปหาหมอ การจัดยา การจัดอาหาร การพาไปเที่ยว	ผู้สูงอายุ	อสม./คนในครอบครัว /เจ้าหน้าที่	- ความรู้สึกต่อผู้ดูแลที่ทำสิ่งต่าง ๆ ให้ - รายละเอียดในสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติให้
	คนในครอบครัว	อสม./เจ้าหน้าที่	- สิ่งที่ปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุ - ความรู้สึกต่อการปฏิบัติ - สิ่งที่สังเกตได้ จากปฏิกิริยาของผู้สูงอายุ
ประโยชน์ที่ได้จากเรื่องเล่า	- ช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างคนในครอบครัวกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น (จากการเล่าเรื่อง) - ได้ทราบความรู้สึกของผู้สูงอายุ ต่อ ผู้ดูแล จะช่วยสะท้อนให้ผู้ดูแลมีกำลังมากขึ้น		

บทที่ 7
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ” มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อสร้างให้เกิดกระบวนการทำงานของภาคประชาชนและรัฐ ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย 4 ข้อ ได้แก่ 1) สำรวจความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และกลไกภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่แล้วในชุมชน 2) ศึกษาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล 3) ศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ (Model) ของการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยและต่างประเทศ และ 4) สร้างกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ครอบครัว และภาครัฐ

7.1 วิธีวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้งหมด การวิจัยในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ มีรายละเอียด ดังนี้

7.1.1 การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ย่อยข้อที่ 1 – ข้อที่ 3 โดยมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลจำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ฉบับสำหรับผู้สูงอายุ แบบสอบถามฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว แบบสอบถามฉบับสำหรับทีมงานเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการแจกแบบสอบถามให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ (ผู้สัมภาษณ์ อาจเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่ หรือผู้อื่นที่ผู้ประสานงานเห็นว่าเหมาะสม) หลังจากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มาทำการลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การศึกษาความแปรปรวน การทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

7.1.2 การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ย่อยข้อที่ 4 ในส่วนนี้ดำเนินการวิจัยด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในรูปแบบของ Collaboration action research มีขั้นตอนในการปฏิบัติดังนี้

1) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด เพื่อรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental scanning) ในพื้นที่แต่ละจังหวัดเพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกและภายในของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน

2) การสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต ทั้งนี้ในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้มีการเสนอร่างโมเดลให้แต่ละกลุ่มได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็น ปรับแก้และลงข้อสรุปโมเดลที่เป็นปัจจุบันและอนาคต

3) การสัมภาษณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงอายุในครอบครัว เพื่อรวบรวมความรู้เกี่ยวกับอาการทางกายและจิตของผู้สูงอายุและวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในแต่ละชุมชน โดยผู้ช่วยนักวิจัยหรือนักวิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในแต่ละชุมชนตามคู่มือเทคนิคการใช้เรื่องเล่า (storytelling)

4) การจัดฐานเรียนรู้ดูแลผู้สูงวัยเพื่อให้ความรู้และเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการเล่าเรื่อง การแสดงบทบาทสมมติ การแลกเปลี่ยนความรู้ การดูวิดีทัศน์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้มีการมอบหมายงานให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวบันทึกเรื่องเล่าประทับใจของผู้สูงอายุ และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) บันทึกเรื่องการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมจำนวน 10 เรื่อง

5) มีการระดมสมองและอภิปรายร่วมกันในการจัดกิจกรรมรวม 3 กิจกรรม ที่ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เรื่องเล่า” เพื่อตรวจสอบว่าหลังจากได้มีการจัดกิจกรรมการสร้างและใช้เรื่องเล่าแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล อสม./อผส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ได้มีการนำความรู้ไปใช้อย่างไรและเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง 2) การพัฒนาโมเดลผู้สูงอายุ เพื่อต้องการปรับรูปแบบกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตให้มีความสมบูรณ์ที่สุด และ 3) กิจกรรม AAR เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนในรอบใหม่ในแต่ละจังหวัด และประเมินโครงการที่กรุงเทพมหานคร เมื่อได้ข้อมูลจากทั้ง 5 กิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ทำให้ได้ข้อมูลสำหับการสร้างกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ครอบครัว และภาครัฐ

7.2 สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อ 1 “สำรวจความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และกลไกภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่แล้วในชุมชน” (รายละเอียดในบทที่ 4)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” พบว่าโดยรวมกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 1,086 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 847 คน(ร้อยละ 78.0) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 377 คน (ร้อยละ 34.7) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปีจำนวน 255 คน (ร้อยละ 23.5) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 406 คน (ร้อยละ 37.4) และเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 237 คน (ร้อยละ 21.8) ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่ จำนวน 697 คน (ร้อยละ 64.2) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ส่วนใหญ่อยู่ในประเภทไม่พึ่งพิง จำนวน 559 คน (ร้อยละ 51.5)

ความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล **พบว่า** กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่เกินครึ่ง มีความรู้ว่าปัจจัยทางจิต-สังคม (เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า โดยตอบว่าเป็นสาเหตุร้อยละ 57.8 – ร้อยละ 70.5 แต่ผู้ดูแลไม่ถึงครึ่ง มีความรู้ว่าปัจจัยทางชีวภาพเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า โดยตอบว่าเป็นสาเหตุเพียงร้อยละ 25.3 – ร้อยละ 41.6เท่านั้น และตอบว่าไม่เป็นสาเหตุซึ่งแสดงถึงความเข้าใจผิดร้อยละ 28.5 – 49.2 หรือตอบไม่รู้ร้อยละ 24.5 – 29.7 ซึ่งรวมกันแสดงถึงการไม่มีความรู้ด้านนี้เกินร้อยละ50 นอกจากนี้เมื่อสอบถามแนวปฏิบัติที่ผู้สูงอายุควรทำเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.3 – ร้อยละ 90.3) มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางดังกล่าว และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าผู้ดูแลส่วนใหญ่คือเกินร้อยละ50 (ร้อยละ 59.3 – ร้อยละ 88.0) ประเมินว่าตนสามารถทำได้ และสุดท้ายพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือเกินร้อยละ50 มีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 50.8 – ร้อยละ 59.4) รองลงมาคือ กลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 24.1 – ร้อยละ 44.4)

ความรู้ ทัศนคติ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่(เกินร้อยละ50) มีความรู้ว่าปัจจัยทางจิต-สังคม เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล (ตอบว่าเป็นสาเหตุร้อยละ 63.1 – ร้อยละ 77.6) แต่สำหรับปัจจัยทางชีวภาพ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจผิดหรือขาดความรู้ในด้านดังกล่าว โดยตอบว่าไม่เป็นสาเหตุซึ่งแสดงถึงความเข้าใจผิดร้อยละ 28.5 – 44.6 และตอบไม่รู้ร้อยละ 16.0 – 28.3 ซึ่งรวมกันเกินร้อยละ50 นอกจากนี้เมื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยรวมพบว่า จากแนวทางการป้องกันโรควิตกกังวลทุกข้อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือเกินร้อยละ50 (ร้อยละ 77.1 – ร้อยละ 90.7) มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางดังกล่าว และพบว่าเมื่อสอบถามเกี่ยวกับทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทั้ง16ข้อ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่(ร้อยละ 57.5 – ร้อยละ 83.7) ประเมินว่าตนสามารถทำได้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็น“ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน” พบว่ากลุ่มตัวอย่างรวม มีจำนวน 362 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน318 คน (ร้อยละ 87.8) มีอายุ 50 ปีขึ้นไปจำนวน 111 คน (ร้อยละ 30.7) มีตำแหน่งเป็นอสม. จำนวน 151 คน (ร้อยละ 41.7) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ 3-5 ปี จำนวน 94 คน (ร้อยละ 26.0) ประเภทของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่พึ่งพิง จำนวน 323 คน (ร้อยละ 89.2) การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีทีมงานรับผิดชอบ จำนวน 326 คน (ร้อยละ 90.1) ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 294 คน (ร้อยละ 81.2) ส่วนใหญ่เห็นว่าบทบาทของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุคือ การคัดกรอง จำนวน 311 คน (ร้อยละ 85.9) ตัวแทนชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ อสม. จำนวน 316 คน (ร้อยละ 87.3)

ความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรวม พบว่า จากสาเหตุของโรคซึมเศร้า10ข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน ส่วนใหญ่ คือเกินร้อยละ50 (ร้อยละ 65.5 – 92.3) มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต-สังคม ยกเว้นปัจจัยทางชีวภาพที่ยังมีความเข้าใจผิด เมื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนพบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.3 – ร้อยละ 95.9) มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางดังกล่าว และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับทักษะในการดูแลและป้องกันโรคซึมเศร้าทั้ง16ข้อ ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.2 – ร้อยละ 94.5) ประเมินว่าตนสามารถทำได้

ความรู้ด้าน “สาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน โดยรวม พบว่าทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชน ส่วนใหญ่ คือเกินร้อยละ50 (ร้อยละ 57.2 – 93.4) ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยทางจิต-สังคม ยกเว้นปัจจัยทางชีวภาพที่ยังมีความเข้าใจผิด เมื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้าน “แนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล” ของทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนพบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.0 – ร้อยละ 99.2) มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางดังกล่าว เมื่อสอบถามเกี่ยวกับทักษะในการดูแลและป้องกันโรควิตกกังวลทั้ง16ข้อ พบว่า ทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.6 – ร้อยละ 90.9) ประเมินว่าตนสามารถทำได้ สุดท้ายทีมงานเจ้าหน้าที่ในชุมชนส่วนใหญ่ เห็นด้วยหรือมีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 53.1 – ร้อยละ 64.1) รองลงมาคือกลุ่มที่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมีทัศนคติในทางบวกเป็นอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (ร้อยละ 26.3 – ร้อยละ 41.8)

วัตถุประสงค์ข้อ 2 “ศึกษาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล” (รายละเอียดในบทที่ 4)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มีจำนวน 1,072 คน เป็นเพศชาย 337 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 และเพศหญิง 730 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 โดยส่วนใหญ่มีอายุ 65-69 ปี จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 อาชีพที่เคยทำก่อนอายุ 60 ปีส่วนใหญ่คือ อาชีพอื่นๆ (ที่นอกเหนือจากอาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานเอกชน หรือเจ้าของกิจการ) จำนวน 851 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 รองลงมา คือเจ้าของกิจการ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 9.2 อาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

จำนวน 565 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมาคืออาชีพอื่นๆ (ที่นอกเหนือจากอาชีพพนักงานเอกชน เจ้าของกิจการ หรือทำการเกษตร) จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4

การอธิบายสาเหตุและผลของภาวะซึมเศร้า พบผลดังนี้ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ (ด้านสถานการณ์ ด้านบุคลิกภาพ ด้านอาการป่วย และด้านพันธุกรรม เรียงตามลำดับสำคัญมาก มาสู่สำคัญน้อย) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .78 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (ด้านข้อมูล ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ ด้านเครือข่าย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ เรียงตามลำดับสำคัญมาก มาสู่สำคัญน้อย) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.24 แสดงว่า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคม เป็นสาเหตุสำคัญของการมีภาวะซึมเศร้า โดยที่ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ มีอิทธิพลสูงกว่า การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลมีอิทธิพลทางตรงต่อภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ของภาวะซึมเศร้าจะมีต่อ ความอยากตายมากที่สุด และ ถ้าซึมเศร้ามากจะส่งผลต่อ ความสุขใจด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากที่สุด

การอธิบายสาเหตุและผลของภาวะวิตกกังวลพบผลดังนี้ ภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นบวกจากตัวแปรปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุ(ด้านอาการป่วย ด้านบุคลิกภาพ ด้านสถานการณ์ และด้านพันธุกรรม เรียงตามลำดับสำคัญมาก มาสู่สำคัญน้อย) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .66 และได้รับอิทธิพลทางตรงมีค่าเป็นลบจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม(ด้านข้อมูล ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ ด้านอารมณ์ ด้านเครือข่าย ด้านสิ่งของ เรียงตามลำดับสำคัญมาก มาสู่สำคัญน้อย) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.12 แสดงว่า ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ของผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคม เป็นสาเหตุสำคัญของการมีภาวะซึมเศร้า โดยที่ปัจจัยเดิม-สถานการณ์ มีอิทธิพลสูงกว่า การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลมีอิทธิพลทางตรงต่อภาวะวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการดูแลผู้สูงอายุและ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ของภาวะวิตกกังวลจะมีต่อ ความสุขใจด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากที่สุด

วัตถุประสงค์ข้อ 3 “ศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบ (Model) ของการจัดการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยและต่างประเทศ” (รายละเอียดในบทที่ 2)

ตาราง 7.1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เรื่องที่	บุคคลที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรม
1.	1) ผู้สูงอายุในชุมชน 2) สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ 3) ผู้นำชุมชน 4) พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน 5) อาสาสมัครสาธารณสุข 6) บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1) ระบบสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับลูกหลาน 3) ดำเนินการให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและกองทุนชุมชน เพื่อให้เป็นสวัสดิการในการให้การดูแลช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
2.	1) ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ 2) ผู้บริหารนายกเทศบาล 3) สมาชิกอบต. 4) อสม.	1) ต้องการให้มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care Center) ในชุมชน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรมสับปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดูแล 2) มีการปรับภูมิทัศน์ในชุมชนให้เหมาะกับผู้สูงอายุ 3) มีสายด่วนโดยตรงกับเทศบาล หรือ อบต.ในพื้นที่สำหรับติดต่อเวลามีเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
3	1) จิตอาสาในชุมชน (ไม่มีการระบุอย่างชัดเจนว่าเป็นใคร) 2) ผู้สูงอายุ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1) เกิดการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ ทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกลุ่มกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการผู้สูงอายุ
4	1) ผู้สูงอายุ 2) บุคคลในครอบครัว 3) บุคคลในชุมชน (ไม่ระบุว่าเป็นใคร)	1) ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) เกิดเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 3) บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีขึ้น

เรื่องที่	บุคคลที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรม
5.	1) ผู้สูงอายุ 2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	SINGTONG MODEL ประกอบด้วย Superintendent, Individual, Network, Government, Team Organization, Nice, Group Home
6.	1) อาสาสมัคร 2) ผู้สูงอายุ	อาสาสมัครให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัวได้เหมาะสม

ตาราง 7.2_รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุคคลที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรม
1) ผู้สูงอายุในชุมชน 2) ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ 3) ผู้นำชุมชน 4) ผู้บริหารนายกเทศบาล 5) สมาชิกอบต. 6) บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7) พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน 8) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9) อาสาสมัครสาธารณสุข 10) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 11) จิตอาสาในชุมชน (ไม่มีการระบุอย่างชัดเจนว่าเป็นใคร) 12) สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ	1) ระบบสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับลูกหลาน 3) ดำเนินการให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและกองทุนชุมชน เพื่อให้เป็นสวัสดิการในการให้การดูแลช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4) เกิดการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ ทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกลุ่มกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง 5) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค 6) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ข้อ 4 “สร้างกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ครอบครัว และภาครัฐ” (รายละเอียดในบทที่ 5)

การสร้างรูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาครัฐ การวิจัยในส่วนนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในรูปแบบของ Collaboration action research โดยมีผู้เกี่ยวข้องร่วมทำการวิจัยปฏิบัติการ 3 ภาคส่วน ดังนี้ 1) นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2) พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่าแต่ละชุมชนมีรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะของชุมชน โดยมีบุคคล องค์กร/หรือกลุ่มคน และกิจกรรมครอบคลุมดังนี้

ตาราง 7.3 บุคคล และกิจกรรม ที่ใช้ในการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุในครอบครัว

บุคคลที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรมที่ทำ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ คนในครอบครัว	1) สังสรรค์/พูดคุยในครอบครัว 2) ออกกำลังกาย 3) ทำบุญ ปฏิบัติธรรม 4) ปลูกผักสวนครัว/ปลูกต้นไม้ ดายหญ้า 5) เลี้ยงหลาน/เล่นกับเด็ก เดินไปส่งลูกหลานไปโรงเรียน 6) พาท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ 7) เล่าเรื่องตลก/ดูรายการบันเทิง 8) ทำอาชีพเสริมที่บ้าน

ตาราง 7.4 บุคคล กลุ่มคน องค์กร และกิจกรรม ที่ใช้ในการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุในครอบครัว

บุคคล กลุ่มคน องค์กร	กิจกรรมที่ทำ
1) รพ.สต.	1) ให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ
2) รพ.จังหวัด	2) กิจกรรมให้ความรู้ การจัดกิจกรรมการอบรมการดูแลสูงอายุ และกิจกรรมและเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ
3) ศูนย์การแพทย์	3) ดำเนินงานการคัดกรองโรคและสุขภาพจิต
4) ชมรมผู้สูงอายุ	4) ดำเนินกิจกรรมส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคทางกายและมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราช
5) วัด	5) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน
6) อบต./เทศบาล	6) กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมกิจกรรมสวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญวันสำคัญทางศาสนา
7) กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน	7) กิจกรรมออกกำลังกาย
8) กศน.	8) กิจกรรมจัดดอกไม้
9) อสม./อผส.	9) กิจกรรมทัศนศึกษา
10) เจ้าหน้าที่ อปท.	10) เยี่ยมบ้านพักคนชรา
11) จิตอาสา	11) กิจกรรมตามประเพณี
12) อพม.	12) ให้งบกู้ยืม
	13) ซ่อมแซมบ้าน

กลไกที่พัฒนาขึ้นเพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผ่านเทคนิคการเล่าเรื่องทำให้เกิดเรื่องเล่าที่แสดง อาการวิตกกังวลและ อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และวิธีการที่จะใช้ในการดูแล จำนวน 54 เรื่อง (รายละเอียดในบทที่6)

7.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

7.3.1 สำหรับกรมสุขภาพจิต

1) กรมสุขภาพจิตในฐานะหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ดูแลสุขภาพจิตของคนทุกเพศทุกวัย ควรเป็นผู้รับผิดชอบในการขยายผลการทำงานเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยดำเนินการตามลำดับขั้น คือ

1.1) ให้ทีมสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย อสม. อผส. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ อบต. อพม. ร่วมกันสร้างโมเดลการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1.2) ให้ทีมสุขภาพในชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง สำรวจความต้องการของทีมสุขภาพว่าต้องการพัฒนาความรู้และทักษะของทีมงานด้านใดบ้าง แล้วให้มีการเล่าเรื่อง เพื่อสร้างความรู้ที่มีอยู่ของชุมชนในเรื่องนั้น ๆ

1.3) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ชี้แนะ และเพิ่มพูนความรู้ที่มีอยู่ให้มีมากขึ้น

1.4) ให้ทีมสุขภาพนำไปใช้จริง แล้วนำมาสร้างเป็นเรื่องเล่า เผยแพร่เรื่องเล่าโดยการแสดงบทบาทสมมติ หรือการแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้ทำงาน

1.5) เก็บเรื่องเล่าและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2) เรื่องเล่าจำนวน 54 เรื่องที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้ ควรมีการเผยแพร่โดยการพิมพ์แจก เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา การดูแลผู้สูงอายุของทีมสุขภาพต่อไป

7.3.2 สำหรับรพ.สต.

1) รพ.สต. ควรมีการให้ความรู้แก่อสม. อผส. และผู้ดูแลในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาการทางกาย จิต สังคมของผู้สูงอายุ เพราะผลงานวิจัยพบว่ามีความรู้ ความเข้าใจบางเรื่องที่มีทีมสุขภาพจำนวนหนึ่ง ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง

2) รพ.สต. อาจนำเรื่องเล่า 54 เรื่องไปเผยแพร่ในกลุ่มผู้ทำงานผู้สูงอายุ โดยการเล่าเรื่อง ให้กันฟังแล้วมีการพูดคุย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3) รพ.สต.ควรให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องความต้องการ การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ และด้านเครือข่าย แก่บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ และ ทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพราะตัวแปรดังกล่าว มีอิทธิพลทางตรงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวล และสภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4) รพ.สต. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับ สถานการณ์ในชีวิตประจำวันที่กระตุ้นให้เกิด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อให้คนในครอบครัวเกิดความตระหนักและพยายาม ลดสถานการณ์กระตุ้น

ดังกล่าว เพราะงานวิจัย พบว่า ตัวแปรด้านสถานการณ์มีความสำคัญสูงกว่า ตัวแปรอื่น ๆ ในการเพิ่มสภาวะวิตกกังวล และสภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5) รพ.สต. ควรให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัว ว่า อาการเจ็บป่วยทางกาย เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบและเข้าใจผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย เรื้อรัง ที่ต้องการผู้ใกล้ชิดให้การใส่ใจ ดูแลให้ข้อมูล เรื่องอาการของโรค และช่วยดูแลอาการ การกินยา การเป็นอยู่ จะช่วยลดอาการวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้

บรรณานุกรม

กลุ่มงานรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม. (2555). **รายงานสรุปการอบรมโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติ ในการคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม และการศึกษาดูงาน ในหน่วยงานกำกับดูแลต่างประเทศระหว่างวันที่ 4-13ตุลาคม 2555ณ สำนักงาน กสทช. และประเทศฝรั่งเศส.** สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2556, จาก http://tcp.nbtc.go.th/tci_uploads/userfiles/files/research/FranceReport.pdf

กลุ่มงานรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม. (2556). **สรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน ประจำเดือนสิงหาคม 2556.** สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2556, จาก http://tcp.nbtc.go.th/tci_uploads/userfiles/files/complain/statistics/8-August2013.pdf

กรมการค้าภายใน. (ม.ป.ป.) **คู่มือผู้บริโภครวมพลังสร้างเครือข่ายพลังผู้บริโภคในยุคการค้าเสรี.** กรุงเทพฯ: กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์.

กวินารัตน์ สุทธิสุคนธ์ และคณะ.(2557).**ศึกษาศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นในการจัดการดูแลผู้สูงอายุทุพพลภาพในชุมชน.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.**ปีที่ 8. ฉบับที่ 2.

กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2552). **ทักษะการบำบัดแนวเรื่องเล่าและทักษะการวิจัยแนวเรื่องเล่า: ทักษะสองด้านในเนื้อเดียวกัน.** กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.

จรรยา รับศิริเจริญ. (2552). **การประยุกต์ใช้เทคนิคการสังสรรค์อย่างอิสระในการทำวิจัยเรื่องเล่า: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้กระทำและผู้ถูกกระทำจากความรุนแรงในครอบครัว.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จินตหรา เดชบุรัมย์ และคณะ.(2556).**การพัฒนารปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือขายในชุมชนตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์.**วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 ฉบับที่ 6.

เจริญ หมื่นห่อ.(2012).**การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร. ปีที่ 5 หน้าที่ 43.

ฐิติพงศ์ ศักดิ์ชัยสมบูรณ์.(2555).**การดูแลผู้สูงอายุบูรณาการในชุมชน.**สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล.นครปฐม: บ.ที คิว พี จำกัด.

ทัศนีย์ ญาณะ ,วัชริน สินธวานนท์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์.(2557) **การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.).** กรุงเทพฯ :พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

ทิตยาวดี อินทรางกูร.(2552).**ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาวิธีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครในชุมชนแออัดเทศบาลเมืองบุรีรัมย์.**สังเคราะห์ปัญญาเพื่อพัฒนาR2R. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่งจำกัด.

ธงชัย สันติวงศ์ และฉายศิลป์ เชี่ยวชาญพิพัฒน์. (2524). **เศรษฐศาสตร์ผู้บริโภค.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ธรณินทร์ กองสุข ,สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ,รณชัย คงสกนธ์ ,อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, จิรังกูร รัฐรังสี,เกษรา ภรณ์ เคนบุปผา,จินตนา ลี้จงเพิ่มพูนและอัจฉรา จรัสสิงห์. (2549). **องค์ความรู้โรคซึมเศร้า : ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ.** สำนักงานวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ดารา ทีปะปาล. (2542). **พฤติกรรมผู้บริโภค.** กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.

นัททยา เพ็ชรวัฒนา (บรรณาธิการ). (2555). **เสรีของผู้บริโภค เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรลุ ศิริพานิช.(2552).**รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน** .พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหพัฒนไพศาล.

บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ. (2546). **แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ เรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช.** กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ปณิศา มีจินดา. (2553). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร.

ปฤษณา ชนะวรรษ และคณะ. (2556). **การเรียนรู้ความพอเพียงของชีวิตในเรือนจำและชีวิตหลังได้รับอิสรภาพโครงการกำลังใจฯ : การน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในเรือนจำ.** รายงานการวิจัย : กระทรวงยุติธรรม.

พระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. 2551. (2551, 4 มีนาคม). **ราชกิจจานุเบกษา.** เล่ม 125ตอนที่ 42ก.

พระราชบัญญัติการประกอบกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. 2544. (2544, 16พฤศจิกายน). **ราชกิจจานุเบกษา.** เล่ม 118ตอนที่ 106ก.

พระราชบัญญัติองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทยพ.ศ. 2551. (2551, 14มกราคม). **ราชกิจจานุเบกษา.** เล่ม 125ตอนที่ 8ก.

พระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับกิจการวิทยุกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. 2543. (2543, 7มีนาคม). **ราชกิจจานุเบกษา.**เล่ม 117 ตอนที่ 16ก.

พระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับกิจการวิทยุกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. 2553. (2553, 19ธันวาคม). **ราชกิจจานุเบกษา.** เล่ม 127 ตอนที่ 78ก.

พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์. (2550). **การศึกษาการตระหนักรู้ทางสังคม และการสร้างโมเดลการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ทางสังคมของวัยรุ่นไทย.** ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2547). **แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ เรื่อง โรควิตกกังวล.** กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาญ.(2012). **ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค.**วารสารพยาบาลทหารบก.ฉบับที่ 3.หน้าที่ 20-22.

ไพศาล ภู่ไพบูลย์ อังคณา ตติรัตน์ และ ปนัดดา มีสมบัติงาม. หน้าที่พลเมือง วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตในสังคม ม.1. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.

ภูมินทร์ ชลาชีวะและคณะ(2547).**แนวปฏิบัติบริการสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังสำหรับโรงพยาบาลชุมชน.** กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2553). **พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา.** กรุงเทพฯ : ไอเดียร์สแควร์.

วันเพ็ญ ปัณราช และคณะ.(2010). **ศึกษารูปแบบการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน.** Pacific Rim Int J Nurs Res 2010 ; 14(4). 360-371.

วิสิฐ โสภณอุดมสน. (2545). **ความพึงพอใจของลูกค้าร้านขายยาที่มีต่อบริษัทเบอริงเกอรอินเทลไฮม์ (ไทย) จำกัด**. สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2549). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช.สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.** กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ และ ธราธร รัตนนฤมิตศร. (2546). **การคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม.** รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์สนับสนุนการวิจัยโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ.

สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ และคณะ. (2554). **การศึกษาการจัดรูปองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านกิจการวิทยุกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม.** รายงานวิจัยฉบับสนับสนุนการวิจัยโดยสถาบันคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคมและสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (สบท.).กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ.

ส่วนงานพัฒนากฎกติกาการส่งเสริมการแข่งขัน กลุ่มงานวิชาการและจัดการทรัพยากรโทรคมนาคม สำนักงาน กสทช. (2556). **รายงานสภาพตลาดโทรคมนาคม ไตรมาสที่ 3 ปี 2556.** สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2556, จาก http://nbtc.go.th/wps/wcm/connect/c397cb8041c030fbba58bfeb7946dbfc/mkreport_3Q56.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=c397cb8041c030fbba58bfeb7946dbfc

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์.(2552).**รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน**.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหพัฒนไพศาล.

สารี อ๋องสมหวัง. (2539). **การคุ้มครองผู้บริโภคในต่างประเทศ.** มปท.

สิรินทร ฉันสิริกาญจน. (2552). **รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน** .พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหพัฒนไพศาล.

สุมาลี เอี่ยมสมัย และคณะ.(2555).**ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง.**วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.ปีที่ 4.หน้าที่ 77-87.

สุวัฒนา ใบเจริญ. (2540). **ความพึงพอใจต่อการให้บริการของธนาคารออมสินสาขาขอนแก่น (ภาคค่ำ)**. มหาสารคาม. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เสรี วงษ์มณฑา. (2542). **การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค.** กรุงเทพฯ: ธีรฟิล์มและไซเท็กการพิมพ์.

อังคณาพร สอนง่าย และคณะ.(2551).**ศึกษาการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดพิษณุโลก:ระยะที่1การวิเคราะห์สถานการณ์**.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.ปีที่1.หน้าที่15.

Aaker, D. A. (1996). **Building Strong Brands**. New York, N.Y.: Free Press.

Anilkrishna,B.and other.(2012). **Collborative care to improve the management of depressive disorders : A Community guide systematic review.** Am J Prev Med. 42(5).

Atkinson,Paul and Delamont,Sara(ed.). (2006). **Narrative Methods Volume 1-4**, London: SAGE Publications.

Bardo,J.W., & Hartman,J.J. (1982). **Urban sociology: A systematic introduction**. New York: F.E.Peacock.

Bishop, R., & Glynn, T. (1999). **Culture counts: Changing power relations in education.** Palmerston North, New Zealand: Dunmore Press Limited.

Chapman SA.Keating N, Eales j. (2003). **Client-centered,community-based care for frail seniors.**Health soc care community. P 253.

Dubrin. (1992). **Human relations: A job oriented appoach.** Englewood Chiffs: N.J.Prentice McGraw - Hill.

Eric Miller. (2011). **Theories of Story and Storytelling.** Retrieved from http://www.storytellingandvideoconferencing.com/67.pdf

Good,C.V. (1973). **Dictionnary of education**. New York: McGraw Hill.

Harkness,GA. DeMarco R. (2012). **Community and public health nursing: Evidence for practice**.Philadelphia,PA: Lippincott.P 465.

Kanchanachitra, C., et al. (2007). **Thai Health 2007. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research,** Mahidol University.

Kapferer, J.N. (1992). **Strategic Brand Management**. New York: The Free Press.

Smith,E.W., & others. (1980).**The education's encyclopedia**. New York: Prentice-Hall.

Van Dyne, L.; Ang, S.; Ng, K.Y.; Rockstuhl, T.; Tan,M.L.; Koh, C. (2012). Sub-Dimensions of the Four Factor Model of CulturalIntelligence: Expanding the Conceptualization andMeasurement of Cultural Intelligence. **Social and Personality Psychology Compass 6/4**. 295–313.

Van Manen, M. (1991). **The tact of teaching**. Albany, NY: State University of New York.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ดร.กาญจนา สุทธิเนียม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. ดร.ชลพร กองคำ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. แพทย์หญิงทัศนี กุลจนพงศ์พันธ์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่หนึ่ง
(ฉบับสมบูรณ์)

แบบสัมภาษณ์โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
(ฉบับสำหรับผู้สูงอายุ)

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

ด้วย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนจาก มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) คณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ที่แนบมานี้ โดยปฏิบัติตามคำชี้แจงในแบบสัมภาษณ์ในแต่ละส่วน ซึ่งประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า
ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญ
ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สาเหตุและผลของภาวะซึมเศร้า
ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สาเหตุและผลของภาวะวิตกกังวล
ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสุขใจของผู้สูงอายุ
ตอนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ทั้งนี้ ขอให้ท่านโปรดตอบคำถามที่ผู้สัมภาษณ์ได้ถามท่านตามความเป็นจริง และ *ขอให้ตอบครบทุกข้อ* โดยจะไม่มีการระบุชื่อ สกุล ของท่าน อนึ่ง คณะผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับเพื่อประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำในภาพรวมของกลุ่มผู้ตอบทั้งหมด และการตอบแบบสัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อท่าน ทั้งนี้ขอขอบพระคุณที่ท่านสละเวลาอันมีค่าแก่การวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ข้อมูลของผู้สัมภาษณ์

ชื่อ – นามสกุลของผู้สัมภาษณ์ .....

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (ผู้ถูกสัมภาษณ์)

1. เพศของผู้สูงอายุ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุของผู้สูงอายุ .....ปี

3. อาชีพที่เคยทำก่อนอายุ 60 ปี ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานเอกชน ☐ เจ้าของกิจการ ☐ อื่นๆระบุ.....

4. อาชีพที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ☐ พนักงานเอกชน ☐ เจ้าของกิจการ ☐ ทำการเกษตร ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้สูงอายุ .....
.....

ตอนที่ 1: แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์ต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่าน ขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ตรงหรือใกล้เคียงกับท่านมากที่สุด (โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น)

ความรู้สึก	บ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์)	ค่อนข้างบ่อย (3-4 วันต่อสัปดาห์)	นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)	ไม่เลย
1. ท่านหงุดหงิดกับบางสิ่ง อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกเศร้าหดหู่ใจ				
4. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถขจัดความไม่สบายใจออกไปแม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยให้กำลังใจ				
5. ท่านรู้สึกตนเองมีความดีเท่าเทียมกับคนอื่นๆ				
6. ท่านรู้สึกลำบากใจในการตั้งสมาธิเพื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง				
7. ท่านรู้สึกว่าทุกสิ่งที่ท่านกระทำ ท่านฝืนใจทำ				
8. ท่านรู้สึกว่าอนาคตยังมีความหวัง				
9. ท่านคิดว่าชีวิตท่านมีแต่ความล้มเหลว				
10. ท่านรู้สึกหวาดกลัว				
11. ท่านนอนแต่ไม่หลับ หรือหลับๆ ตื่นๆ				
12. ท่านมีความสุข				
13. ท่านพูดคุยน้อยกว่าปกติ				
14. ท่านรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย				
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน				
16. ท่านมักร้องไห้เสียใจกับชีวิตของตัวเอง				
17. ท่านรู้สึกว่าผู้คนรอบข้างไม่ชอบท่าน				
18. ท่านรู้สึกท้อถอยในชีวิต				

ตอนที่ 2: แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์ต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่าน ขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกระดับความรู้สึกที่ตรงหรือใกล้เคียงกับท่านมากที่สุด (โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น)

ความรู้สึก	บ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์)	ค่อนข้างบ่อย (3-4 วันต่อสัปดาห์)	นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)	ไม่เลย
1. ท่านรู้สึกสงบในชีวิต				
2. ท่านรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ท่านรู้สึกตึงเครียด				
4. ท่านรู้สึกเสียใจ				
5. ท่านรู้สึกสบายใจ				
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้สะดวกสบาย				
8. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
9. ท่านรู้สึกตื่นเต้นง่าย				
10. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย				
11. ท่านรู้สึกอึดอัดใจ				
12. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				
13. ท่านรู้สึกกังวลใจ				
14. ท่านรู้สึกตกใจกลัว				
15. ท่านรู้สึกร่าเริงแจ่มใส				

ตอนที่ 3: แบบสัมภาษณ์สาเหตุและผลของภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง: ขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด (โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น)

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. ท่านมีพ่อแม่ ญาติสนิท หรือพี่น้องคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า			
2. โดยทั่วไปท่านเป็นคนมองตัวเองในแง่ร้าย			
3. เมื่อมีสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ท่านมักเกิดความรู้สึกเศร้าได้ง่าย			
4. ท่านเป็นคนเก็บความรู้สึก ไม่ค่อยแสดงออก			
5. ท่านมีโรคสมองเสื่อม			
6. ท่านมีโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต			
7. ท่านมีโรคพาร์กินสัน			
8. ท่านมีโรคต่อมไทรอยด์			
9. ท่านได้รับยาลดความดันโลหิตสูง			
10. ท่านได้รับยารักษาโรคกระเพาะอาหาร			
11. ท่านได้รับยาขับปัสสาวะ			
12. ท่านได้รับการรักษาโรคมะเร็ง			
13. ท่านมีเรื่องเครียดในชีวิตเสมอจากเรื่องค่าใช้จ่าย			
14. ท่านมีเรื่องเครียดในชีวิตเสมอจากเรื่องการงาน			
15. ท่านมีเรื่องเครียดในชีวิตเสมอจากเรื่องบุตรหลาน			
16. ท่านมีเรื่องเครียดในชีวิตเสมอจากเรื่องการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก			
17. ท่านมีเรื่องเครียดในชีวิตเสมอจากเรื่องการทะเลาะเบาะแว้ง			
18. ท่านมีเรื่องเครียดในชีวิตเสมอจากการไม่มีงานทำ			
19. ท่านมีเรื่องเครียดในชีวิตเสมอจากสาเหตุอื่นๆ (โปรดระบุ.....)			
20. ท่านเป็นคนปรับตัวยาก (เข้ากับคนแปลกหน้าหรือสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ได้ยาก)			

คำชี้แจง: ขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด (โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น)

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. ท่านเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง			
2. ท่านเป็นโรคกระดูกพรุน			
3. ท่านเป็นโรคเบาหวาน			
4. ท่านมีความบกพร่องมากขึ้นกว่าเดิมในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ			
5. บางครั้งท่านรู้สึกอยากตาย			

ตอนที่ 4: แบบสัมภาษณ์สาเหตุและผลของภาวะวิตกกังวล

คำชี้แจง: ขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด (โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น)

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. ท่านมีพ่อแม่ ญาติสนิท หรือพี่น้องคนใดคนหนึ่งเป็นคนวิตกกังวลง่าย			
2. ท่านมักให้ความสนใจเรื่องราวที่เป็นอันตรายและเก็บมาคิดเสมอ			
3. ท่านเป็นคนที่ชอบความสมบูรณ์แบบในทุกเรื่อง			
4. ท่านเป็นคนที่มีความคาดหวังสูง			
5. ท่านมักเจอสถานการณ์ที่กดดันหรือเครียดจากการทำงาน			
6. ท่านมักเจอสถานการณ์ที่กดดันหรือเครียดจากครอบครัว			
7. ท่านมักเจอสถานการณ์ที่กดดันหรือเครียดจากการสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท			
8. ท่านมักเจอสถานการณ์ที่กดดันหรือเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ			
9. ท่านเป็นโรคภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป (Hyperthyroid) โดยมีอาการ เช่น น้ำหนักลดลงอย่างไม่ทราบสาเหตุ			
10. ท่านมีอาการวัยทอง			

คำชี้แจง: ขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด (โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น)

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. <u>ท่านมีอาการใดต่อไปนี้</u> 1.1 หัวใจเต้นเร็วขึ้น			
1.2 ความดันโลหิตสูงขึ้น			
1.3 หายใจเร็วขึ้น			
1.4 ปากแห้ง			
1.5 กล้ามเนื้อเกร็ง			
1.6 ตัวสั่น			
1.7 เหงื่อออก			
1.8 ปวดศีรษะ			
1.9 นอนไม่หลับ			
1.10 คลื่นไส้อาเจียน			
1.11 ปัสสาวะบ่อย			
1.12 ท้องเสีย			
2. <u>ท่านมีอาการใดต่อไปนี้</u> 2.1 ตกใจง่าย			
2.2 หงุดหงิดง่าย			

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
2.3 โกรธง่าย			
2.4 กระสับกระส่าย			
2.5 โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย			
2.6 หวาดวิตก			
2.7 ขาดความสนใจหรือความตั้งใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด			
2.8 ฝันร้าย			
2.9 เหนื่อยหน่ายหรือเบื่อหน่าย			
2.10 ไม่มีสมาธิกับการทำงานหรือการดำรงชีวิต			
3. <u>ท่านมีอาการใดต่อไปนี้</u> 3.1 ลืมง่าย			
3.2 ครุ่นคิด หมกมุ่น			
3.3 การตัดสินใจไม่ดี			
3.4 ความสนใจลดลง			
3.5 การพูดติดขัด			
3.6 มีการรับรู้ผิดพลาด			

ตอนที่ 5: แบบสัมภาษณ์ความสุขใจของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: ขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด (โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น)

ความรู้สึก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. เหตุการณ์ในชีวิตของท่านในครอบครัวช่วงนี้ นับว่าดีมาก				
2. ท่านพึงพอใจกับชีวิตของท่านโดยทั่วไป				
3. ถ้าท่านสามารถย้อนเวลาสู่อดีตได้ ท่านจะไม่เปลี่ยนแปลงสิ่งใดๆเกี่ยวกับชีวิตท่าน				
4. คนอื่นเห็นว่าท่านเป็นคนสำคัญ				
5. ท่านรู้สึกเหมือนตนเองล้มเหลว				
6. เพื่อนๆ บอกว่าท่านเป็นเพื่อนที่ดี				
7. ท่านมีความรู้สึกเป็นคนสำคัญเมื่ออยู่ในครอบครัว				
8. ท่านทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดหวัง				
9. ท่านรู้สึกไม่อยากเป็นมิตรกับคนรอบข้าง				
10. ท่านพยายามเข้าใจผู้อื่น โดยคิดถึงใจเขาใจเรา				
11. ท่านยินดีให้ความร่วมมือกับผู้อื่น				
12. ท่านและเพื่อนเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี				
13. ท่านชอบวิธีประนีประนอมเพื่อรักษาความสัมพันธ์ไว้				

ตอนที่ 6: แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ของท่านมากที่สุด (โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น)

ข้อความ	จริงที่สุด	ค่อนข้างจริง	ไม่ค่อยจริง	ไม่จริงเลย
1. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างรักและห่วงใยในตัวท่าน				
2. บุคคลรอบข้างรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านระบายความเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ				
3. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้าง**ไม่**ให้ความไว้วางใจในตัวท่าน				
4. ท่านได้รับความเคารพนับถือจากคนรอบข้าง				
5. ท่านกังวลว่าจะ**ไม่มี**คนคอยดูแลช่วยเหลือ ในยามที่ท่านต้องนอนเจ็บป่วยอยู่บนเตียง				
6. เมื่อทราบว่าท่านต้องการสิ่งใด (เช่น อาหาร ของใช้ รถรับ-ส่ง ฯลฯ) คนรอบข้างก็มักจะจัดหามาบริการให้ท่านเสมอ				
7. มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือท่านได้หากท่านมีความจำเป็นในด้านการเงิน				
8. เมื่อท่านมีข้อสงสัยหรือปัญหาต่าง ๆ ท่านสามารถซักถามจากคนในครอบครัว				
9. ท่านได้รับคำชมเชยจากลูกหลานซึ่งทำให้ท่านมีกำลังใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น				
10. ท่านมักได้รับคำแนะนำดีๆ ซึ่งช่วยให้ท่านกลับมาใส่ใจดูแลตนเองให้ดีขึ้น				
11. ชุมชนของท่านมีการจัดกิจกรรมซึ่งเปิดโอกาสให้ท่านได้เข้าร่วมโดยสมัครใจ				
12. ท่านมีกลุ่มที่สามารถแลกเปลี่ยนความเห็นหรือทำกิจกรรมร่วมกันได้				
13. ท่านได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวให้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น งานตามประเพณีหรือกิจกรรมทางศาสนา				
14. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีค่าที่ได้ทำบางสิ่งบางอย่างที่เป็นการแบ่งเบาภาระของลูกหลาน				
15. มีคนมาขอคำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ จากท่านเสมอ				
16. ท่านรู้สึกภูมิใจที่มีโอกาสได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น				

ขอขอบคุณอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

แบบสอบถามโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ (ฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว)

เรียน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ด้วย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนจาก มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) คณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้โดยปฏิบัติตามคำชี้แจงในแบบสอบถามในแต่ละส่วน ซึ่งประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตอนที่ 2 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
ตอนที่ 3 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
ตอนที่ 4 ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
ตอนที่ 5 ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล

ทั้งนี้ แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพความเป็นจริงของท่านในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ขอให้ท่านโปรดอ่านคำถามแต่ละข้อให้เข้าใจอย่างชัดเจน ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง และ ***ขอให้ตอบครบทุกข้อ*** โดยไม่ต้องระบุชื่อ สกุล ของท่าน อนึ่ง คณะผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำในภาพรวมของกลุ่มผู้ตอบทั้งหมด และการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อท่าน ทั้งนี้ขอขอบพระคุณที่ท่านสละเวลาอันมีค่าแก่การวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อมูลตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ท่านมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว..... ปี

4. ผู้สูงอายุที่ท่านกำลังดูแลอยู่ (***หากท่านดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 คน ให้ท่านนึกถึงผู้สูงอายุที่ท่านใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด***) มีปัญหาหรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคใด
☐ (1) โรคซึมเศร้า ☐ (2) โรควิตกกังวล ☐ (3) ไม่รู้

5. ผู้สูงอายุที่ท่านกำลังดูแลอยู่ (***ตามที่ระบุในข้อ 4***) มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับท่าน เป็น
☐ (1) พ่อแม่ ☐ (2) พี่น้อง ☐ (3) ปู่ย่าตายาย ☐ (4) ลุงป้าน้าอา
☐ (5) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

6. โปรดพิจารณาว่า ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่ (***ตามที่ท่านได้ระบุในข้อ 4***) สามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้เพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน เพียงช่องเดียวของแต่ละข้อ และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

รายการกิจกรรม	ทำได้ด้วยตนเอง	ต้องมีคนช่วยหรือพอทำได้เองบ้างแต่ต้องมีผู้อื่นช่วยบางครั้ง/บางส่วน	ทำไม่ได้ด้วยตนเอง (ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำทั้งหมด)
1. การรับประทานอาหาร *(การตักอาหารเข้าปากหรือการดื่มน้ำ)*			
2. การแต่งตัว *(การสวมใส่เสื้อผ้า)*			
3. การทำความสะอาดร่างกาย *(การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด)*			
4. การใช้ห้องส้วม *(การลุกนั่งส้วม และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ)*			
5. การเคลื่อนที่ภายในบ้าน *(การลุกจากที่นอน การลงจากเตียง การเดินภายในบ้าน หรือการเคลื่อนย้ายตนเองภายในบ้าน โดยใช้ไม้เท้า รถเข็น หรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน)*			
6. การทำกิจกรรมนอกบ้าน *(ไปร่วมกิจกรรมในชุมชน การไปวัด ตลาด สถานีอนามัย โรงพยาบาล คลินิกหรือสถานที่สาธารณะ)*			

ตอนที่ 2 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหา<u>โรคซึมเศร้า</u>ในผู้สูงอายุ

<u>คำชี้แจง</u>: ท่านคิดว่าข้อรายการต่อไปนี้ <u>เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า</u>ในผู้สูงอายุ<u>ได้หรือไม่</u> (<u>ไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่</u>) โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ<u>*โปรดตอบให้ครบทุกข้อ*</u>

ข้อ	รายการ	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	<u>ไม่เป็น</u>สาเหตุของโรคซึมเศร้า	ไม่รู้
1.	การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์			
2.	การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง			
3.	ความผิดปกติของฮอร์โมน			
4.	ความผิดหวังร้ายแรง			
5.	สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก			
6.	การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด			
7.	การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท			
8.	การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน			
9.	การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง			
10.	ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น			

ท่านคิดว่าข้อรายการต่อไปนี้ สามารถเป็นแนวทางที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้หรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*โปรดตอบให้ครบทุกข้อ*

ข้อ	รายการ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	ไม่รู้
11.	การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต			
12.	การดูแลรักษาสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง			
13.	การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดี ตามความเป็นจริง			
14.	การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่ายๆ			
15.	การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง			
16.	การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้			
17.	การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น			

ตอนที่ 3 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: ท่านคิดว่าข้อรายการต่อไปนี้ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้หรือไม่ (ไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นผู้สูงอายุที่ท่านดูแลอยู่) โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*โปรดตอบให้ครบทุกข้อ*

ข้อ	รายการ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	ไม่รู้
1.	ความผิดปกติของฮอร์โมน			
2.	การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์			
3.	การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่างๆ			
4.	การขาดสารอาหารและวิตามิน			
5.	ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง			
6.	ความกดดันในเรื่องใดๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้			
7.	ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง			
8.	ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว			
9.	ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว			
10.	การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท			

ท่านคิดว่าข้อรายการต่อไปนี้ สามารถ<u>เป็นแนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล</u>ในผู้สูงอายุ<u>ได้หรือไม่</u> โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*<u>โปรดตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	<u>ไม่สามารถ</u>ป้องกันโรควิตกกังวลได้	ไม่รู้
11.	การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว			
12.	การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย			
13.	การมีลูกหลานคอยดูแล			
14.	การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง			
15.	การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ			
16.	การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำความเข้าใจตนเอง			
17.	การทำสมาธิให้เกิดความสงบ			

ตอนที่ 4 ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหา<u>โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล</u>ในผู้สูงอายุ

<u>คำชี้แจง</u>: ท่านคิดว่า สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล <u>ท่านสามารถปฏิบัติตามข้อรายการต่อไปนี้ได้หรือไม่</u> โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*<u>โปรดตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	โรคซึมเศร้า		โรควิตกกังวล	
		ทำได้	ทำไม่ได้	ทำได้	ทำไม่ได้
1.	สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่				
2.	สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด				
3.	รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้				
4.	ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้				
5.	หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้				
6.	ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่				
7.	อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล				
8.	ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง				
9.	คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล				
10.	ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้				
11.	ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม				
12.	บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง				
13.	เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้				
14.	หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ				
15.	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย				
16.	สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ				

ตอนที่ 5 ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา<u>โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล</u>

<u>คำชี้แจง</u>: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*<u>ตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ				
2.	ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล				
3.	การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
4.	ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล				
5.	การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ				
6.	ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล				
7.	ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ				
8.	การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ				
9.	ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป				

ขอขอบคุณอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ (ฉบับสำหรับทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

เรียน ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ด้วย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนจาก มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) คณะผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้โดยปฏิบัติตามคำชี้แจงในแบบสอบถามในแต่ละส่วน ซึ่งประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตอนที่ 2 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
ตอนที่ 3 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
ตอนที่ 4 ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
ตอนที่ 5 ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล

ทั้งนี้ แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพความเป็นจริงของท่านในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ขอให้ท่านโปรดอ่านคำถามแต่ละข้อให้เข้าใจอย่างชัดเจน ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง และ *ขอให้ตอบครบทุกข้อ* โดยไม่ต้องระบุชื่อ สกุล ของท่าน อนึ่ง คณะผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับเพื่อประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำในภาพรวมของกลุ่มผู้ตอบทั้งหมด และการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อท่าน ทั้งนี้ขอขอบพระคุณที่ท่านสละเวลาอันมีค่าแก่การวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อมูลตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ท่านเป็นทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุลักษณะใด
☐ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ☐ (2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)
☐ (3) พยาบาลวิชาชีพ ☐ (4) ผู้ช่วยพยาบาล ☐ (5) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

4. ท่านมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว..... ปี

5. ประเภทของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลในชุมชนของท่าน
กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (พึ่งพาตนเองได้) จำนวน ..... คน
กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (พึ่งพาตนเองได้บ้าง) จำนวน ..... คน
กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้) จำนวน ..... คน

6. การทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชนของท่าน มีทีมงานรับผิดชอบหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี *(โปรดข้ามไปตอบข้อที่ 11)*

ในกรณีที่ตอบข้อ 6. ว่า “มี” โปรดตอบคำถามข้อ 7 – 11 ด้วย

7. ทีมงานประกอบด้วยใครบ้าง *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*

☐ (1) แพทย์ ☐ (2) พยาบาล ☐ (3) นักสังคมสงเคราะห์
☐ (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ (5) นักจิตวิทยา ☐ (6) อาสาสมัครผู้สูงอายุ
☐ (7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ☐ (8) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

8. บทบาทของทีมงาน ประกอบด้วยอะไรบ้าง *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*

☐ (1) ป้องกัน ☐ (2) คัดกรอง ☐ (3) ตรวจวินิจฉัยอาการ
☐ (4) รักษา ☐ (5) บำบัด ☐ (6) ส่งต่อ
☐ (7) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

9. ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วมกับทีมงานของท่าน ประกอบด้วยหน่วยงานใดบ้าง *(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)*

☐ (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ☐ (2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)
☐ (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ☐ (4) ชมรมผู้สูงอายุ
☐ (5) ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน ☐ (6) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

10. ท่านต้องการความรู้และทักษะอะไรบ้าง ในการทำงานร่วมกับทีมงานที่ท่านเลือกในข้อ 9 *(โปรดระบุ)*

.....
.....
.....
.....
.....

11. ท่านต้องการความรู้และทักษะอะไรบ้าง ในการปฏิบัติงานเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ *(โปรดระบุ)*

.....
.....
.....
.....
.....

ตอนที่ 2 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหา<u>โรคซึมเศร้า</u>ในผู้สูงอายุ

<u>คำชี้แจง</u>: เมื่อท่านนึกถึงปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยทั่วไป ท่านคิดว่าข้อรายการต่อไปนี้ <u>เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้า</u>ในผู้สูงอายุ<u>หรือไม่</u> โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*<u>โปรดตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า	<u>ไม่เป็น</u>สาเหตุของโรคซึมเศร้า	ไม่รู้
1.	การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์			
2.	การเปลี่ยนแปลงของสมดุลความสารเคมี ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมอง			
3.	ความผิดปกติของฮอร์โมน			
4.	ความผิดหวังร้ายแรง			
5.	สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดู หรือประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก			
6.	การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรงของญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด			
7.	การตายของคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท			
8.	การตกงานและมีปัญหาด้านการเงิน			
9.	การป่วยด้วยโรคทางกายที่เรื้อรัง			
10.	ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น			

ท่านคิดว่าข้อรายการต่อไปนี้ สามารถ<u>เป็นแนวทางการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้า</u>ในผู้สูงอายุ<u>หรือไม่</u> โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*<u>โปรดตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้	<u>ไม่สามารถ</u>ป้องกันโรคซึมเศร้าได้	ไม่รู้
11.	การเตรียมตัวให้พร้อมรับกับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต			
12.	การดูแลรักษาสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และพอเพียง			
13.	การทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใส มองโลกในแง่ดี ตามความเป็นจริง			
14.	การแสวงหาความสุขสงบให้กับจิตใจด้วยการฝึกฝนการทำสมาธิง่ายๆ			
15.	การมองเห็นคุณค่าตนเอง รักตนเอง และเผื่อแผ่ความรักไปยังบุคคลรอบข้าง			
16.	การหาโอกาสทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้			
17.	การหลีกเลี่ยงที่จะอยู่คนเดียวเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น			

ตอนที่ 3 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหา<u>โรควิตกกังวล</u>ในผู้สูงอายุ

<u>คำชี้แจง</u>: เมื่อท่านนึกถึงปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุโดยทั่วไป ท่านคิดว่าข้อรายการต่อไปนี้ <u>เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวล</u>ในผู้สูงอายุ<u>หรือไม่</u> โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ *<u>โปรดตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล	<u>ไม่เป็น</u>สาเหตุของโรควิตกกังวล	ไม่รู้
1.	ความผิดปกติของฮอร์โมน			
2.	การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์			
3.	การใช้ยาหรือได้รับสารเคมีต่างๆ			
4.	การขาดสารอาหารและวิตามิน			
5.	ความกังวลเรื่องสุขภาพของตนเอง			
6.	ความกดดันในเรื่องใดๆ แล้วไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้			
7.	ลักษณะนิสัยเฉพาะของตัวผู้สูงอายุเอง			
8.	ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัว			
9.	ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเมือง ชุมชน สังคมรอบตัว			
10.	การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท			

ท่านคิดว่าข้อรายการต่อไปนี้ สามารถ<u>เป็นแนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวล</u>ในผู้สูงอายุ<u>หรือไม่</u> โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*<u>โปรดตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้	<u>ไม่สามารถ</u>ป้องกันโรควิตกกังวลได้	ไม่รู้
11.	การสำรวจตนเองหรือถามบุคคลรอบข้างว่าตนเองเครียดมากไปแล้ว			
12.	การได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย			
13.	การมีลูกหลานคอยดูแล			
14.	การมีคนที่ไว้ใจได้ เพื่อระบายความรู้สึกหรือปัญหาให้ฟัง			
15.	การรู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ			
16.	การฝึกสติหรือสำรวจจิตใจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำความเข้าใจตนเอง			
17.	การทำสมาธิให้เกิดความสงบ			

ตอนที่ 4 ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหา<u>โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล</u>ในผู้สูงอายุ

<u>คำชี้แจง</u>: ท่านคิดว่า สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ท่าน<u>สามารถปฏิบัติตามข้อรายการต่อไปนี้ได้หรือไม่</u> โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*<u>โปรดตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	โรคซึมเศร้า		โรควิตกกังวล	
		ทำได้	ทำไม่ได้	ทำได้	ทำไม่ได้
1.	สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลหรือไม่				
2.	สังเกตอาการและบอกได้ถูกต้องชัดเจนว่าผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลในระดับใด				
3.	รักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในขั้นต้นได้				
4.	ดูแลและให้ยาลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของแพทย์ได้				
5.	หาทางช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่าผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้				
6.	ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลเสมือนญาติผู้ใหญ่				
7.	อยู่เป็นเพื่อนและช่วยประคับประคองผู้สูงอายุขณะมีความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล				
8.	ควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำสิ่งที่ไม่คาดหวัง				
9.	คอยรับฟังปัญหาหรือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล				
10.	ช่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้สามารถฝึกสติหรือทำสมาธิได้				
11.	ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเอง และเผชิญกับความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม				
12.	บอกแนวทางให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้สำรวจจิตใจเพื่อทำความเข้าใจตนเอง				
13.	เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุได้				
14.	หาความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ				
15.	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้ทำกิจกรรมที่ชอบและผ่อนคลาย				
16.	สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลได้รู้จักให้กำลังใจตนเองหรือยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ				

ตอนที่ 5 ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา<u>โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล</u>

<u>คำชี้แจง</u>: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และ*<u>ตอบให้ครบทุกข้อ</u>*

ข้อ	รายการ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ท่านคิดว่าตนเองได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลด้วยความเต็มใจ				
2.	ท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล				
3.	การได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ทำให้ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
4.	ท่านพร้อมที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล				
5.	การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลทำให้ท่านได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ				
6.	ท่านยินดีที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล				
7.	ท่านค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลอยู่เสมอ				
8.	การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลกับบุคคลอื่นเป็นเรื่องที่ท่านสนใจ				
9.	ท่านตั้งใจจะพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลให้ดียิ่งขึ้นไป				

ขอขอบคุณอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ค

คู่มือการใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

<u>คู่มือฉบับที่ 1</u>

คู่มือการใช้แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแล

และป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

<u>(ฉบับสำหรับผู้สูงอายุ)</u>

คู่มือการใช้

แบบสัมภาษณ์ โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ (ฉบับสำหรับผู้สูงอายุ)

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สัมภาษณ์สามารถสัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้สะดวกและได้คำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยอาศัยแนวทางที่กำหนดให้พร้อมทั้งอุปกรณ์สำหรับการเลือกคำตอบที่มีหลายตัวเลือกและเป็นมาตราประเมินค่าหลายระดับ

ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ขั้นก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

1. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์จริงผู้สัมภาษณ์ควรอ่านแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับตั้งแต่ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์ในแต่ละตอนให้เข้าใจคำถามแต่ละข้อให้ชัดเจน และระหว่างการสัมภาษณ์ต้องตระหนักตลอดเวลาว่าจะไม่ชี้นำคำตอบให้กับผู้สูงอายุโดยเด็ดขาด ต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุคิดอย่างอิสระถ้าผู้สูงอายุเกิดไม่เข้าใจคำถามบางข้อและมีความจำเป็นต้องอธิบายคำถามเพิ่มเติม เช่น ต้องยกตัวอย่าง ก็ต้องใช้ความระมัดระวังในการอธิบายที่จะไม่ชี้นำคำตอบ

2. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ตามแบบข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สัมภาษณ์แนะนำตนเองและวัตถุประสงค์ของสัมภาษณ์พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับจำนวนแบบสัมภาษณ์ว่ามีกี่ตอน แนวการตอบในภาพรวมส่วนรายละเอียดของแต่ละตอนจะชี้แจ้งอีกครั้งตอนถามในตอนนั้นๆ พร้อมทั้งประเด็นการรับรองว่าข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น (ดูตามคำชี้แจงที่ปรากฏในแบบสัมภาษณ์ได้)

ขั้นการสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ช่วงแรกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 5 ข้อ (ดูรายละเอียดตามแบบสัมภาษณ์)

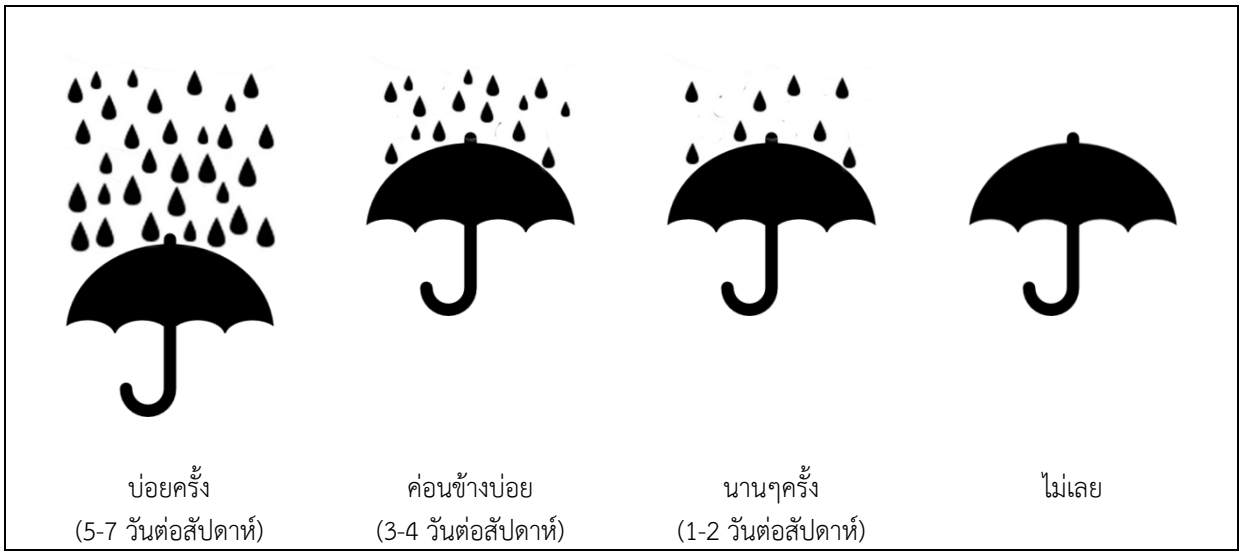
ให้ผู้สัมภาษณ์พูดคุยกับผู้สูงอายุและทำเครื่องหมาย ✓ หรือเขียนคำตอบลงในช่องว่างที่เว้นไว้ <u>ยกเว้นข้อที่1</u> สามารถเลือกเพศของผู้สูงอายุได้เลย <u>สำหรับข้อที่ 2</u> ที่ถามถึงอายุนั้นในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่แน่ใจอายุตนเองให้ถามถึง ปีพ.ศ. เกิด หรือ ปีเกิดตามนักษัตรมาประกอบการตอบได้ <u>สำหรับข้อที่ 3</u> ที่ถามเกี่ยวกับอาชีพที่เคยทำก่อนอายุ 60 ปี นั้นในกรณีที่ผู้สูงอายุเคยทำมาหลายอาชีพขอให้ผู้สัมภาษณ์เขียนในช่องอื่นๆเรียงตามลำดับเวลาตั้งแต่อาชีพแรกจนกระทั่งมาถึงอาชีพสุดท้ายก่อนที่จะอายุ60 ปี

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 18 ข้อ (ดูรายละเอียดตามแบบสัมภาษณ์)

ให้ผู้สัมภาษณ์ถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยต้องเน้นย้ำว่าให้ผู้สูงอายุนึกถึงความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วง1 สัปดาห์ (อาจใช้คำว่า7 วันที่ผ่านมา ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์หรือกล่าวถึงเป็นรอบสัปดาห์ เช่น ถ้าวันที่ไปสัมภาษณ์เป็นวันพุธ ก็ให้ผู้สูงอายุย้อนระลึกถึงจากวันพุธที่แล้วถึงพุธนี้เป็นต้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุย้อนนึกถึงช่วงเวลาทั้งหมดของชีวิตที่ย้อนกลับไป

ไกลเกินไป) และขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ตรงหรือใกล้เคียงกับตัวเองมากที่สุด โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น

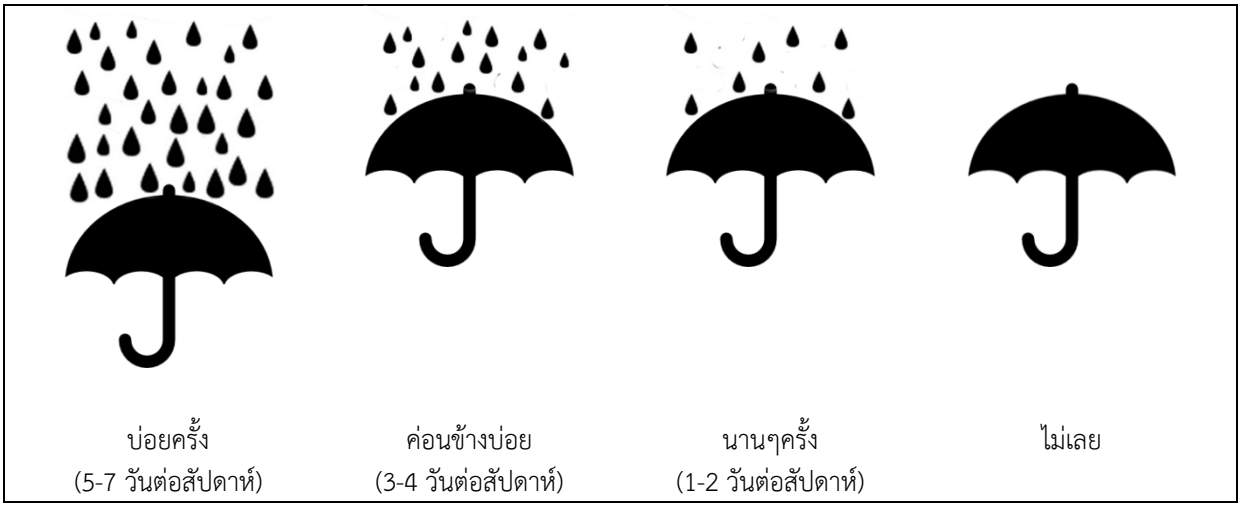
สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ บ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์) ค่อนข้างบ่อย (3-4 วันต่อสัปดาห์) นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) และไม่เลย ซึ่งการเลือกคำตอบนั้นเมื่อผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สัมภาษณ์บอกให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบจากแผ่นป้ายที่แสดงถึงคำตอบทั้ง 4 ตัวเลือกโดยให้นึกถึงปริมาณความมากน้อยจากภาพร่มที่มีฝนตก ดังนี้



ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีจำนวน 15 ข้อ (ดูรายละเอียดตามแบบสัมภาษณ์)

ให้ผู้สัมภาษณ์ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยต้องเน้นย้ำว่าให้ผู้สูงอายุนึกถึงความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ (อาจใช้คำว่า7 วันที่ผ่านมา ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์หรือกล่าวถึงเป็นรอบสัปดาห์ เช่น ถ้าวันที่ไปสัมภาษณ์เป็นวันพุธ ก็ให้ผู้สูงอายุย้อนระลึกถึงจากวันพุธที่แล้วถึงพุธนี้เป็นต้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุย้อนนึกถึงช่วงเวลาทั้งหมดของชีวิตที่ย้อนกลับไปไกลเกินไป) และขอให้ผู้สูงอายุกรุณาฟังคำถามทุกข้ออย่างละเอียดแล้วพิจารณาเลือกความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ตรงหรือใกล้เคียงกับตัวเองมากที่สุด โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น

สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ บ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์) ค่อนข้างบ่อย (3-4 วันต่อสัปดาห์) นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) และไม่เลย ซึ่งการเลือกคำตอบนั้นเมื่อผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สัมภาษณ์บอกให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบจากแผ่นป้ายที่แสดงถึงคำตอบทั้ง 4 ตัวเลือกโดยให้นึกถึงปริมาณความมากน้อยจากภาพร่มที่มีฝนตก ดังนี้



ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สาเหตุและผลของภาวะซึมเศร้า

แบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับผลของภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 ข้อ (ดูรายละเอียดตามแบบสัมภาษณ์)

ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกตอบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวเองที่สุด โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วย 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่รู้ ซึ่งเวลาถามแต่ละข้อแล้วขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านทวนตัวเลือกทั้งสามตัวเลือกทุกครั้งก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบนอกจากนี้ยังเป็นการให้เวลาผู้สูงอายุได้คิดทบทวนก่อนตอบด้วย

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สาเหตุของภาวะวิตกกังวล

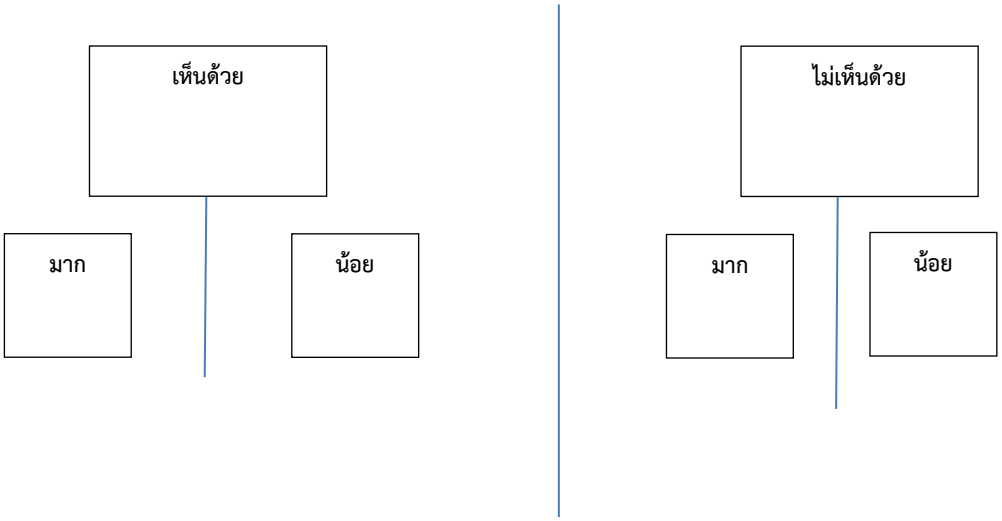
แบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะวิตกกังวล จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับผลของภาวะวิตกกังวล จำนวน 3 ข้อใหญ่ (ดูรายละเอียดตามแบบสัมภาษณ์)

ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกตอบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวเองที่สุด โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วย 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่รู้ ซึ่งเวลาถามแต่ละข้อแล้วขอให้ผู้สัมภาษณ์อ่านทวนตัวเลือกทั้งสามตัวเลือกทุกครั้งก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบนอกจากนี้ยังเป็นการให้เวลาผู้สูงอายุได้คิดทบทวนก่อนตอบด้วย

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสุขใจของผู้สูงอายุ มีจำนวน 13 ข้อ (ดูรายละเอียดตามแบบสัมภาษณ์)

ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกตอบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวเองที่สุด โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ซึ่งการเลือกคำตอบนั้นเมื่อผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สัมภาษณ์บอกให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบแค่ 2 ตัวเลือกก่อน คือ **เห็นด้วย** กับ **ไม่เห็นด้วย** เมื่อผู้สูงอายุเลือกได้แล้วให้ถามต่อว่าที่เห็นด้วย นั้นเห็นด้วย มาก หรือน้อย และถ้าไม่เห็นด้วย ก็ให้ถามต่อว่า ไม่เห็นด้วย มาก หรือน้อย หลังจากผู้สูงอายุเลือกได้แล้วผู้สัมภาษณ์จึงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น (แผนภาพประกอบด้านล่างนี้เป็น

แนวทางสำหรับผู้สัมภาษณ์ว่าให้แบ่งตัวเลือกออกเป็นสองส่วนก่อนเพื่อให้เลือกตอบได้ง่ายขึ้น หรืออาจใช้วิธีการทำป้ายให้ผู้สูงอายุเลือกชี้คำตอบก็ได้)

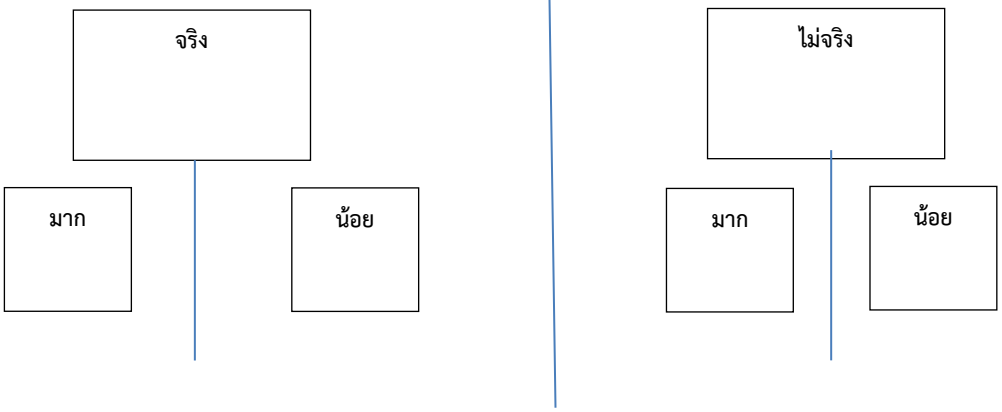


อนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามว่าเห็นด้วยมาก ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถ้าเห็นด้วยน้อยให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ค่อนข้างเห็นด้วย” ในทางกลับกัน ถ้าตอบว่าไม่เห็นด้วยมาก ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่เห็นด้วย” ถ้าตอบไม่เห็นด้วยน้อยให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่ค่อยเห็นด้วย”

ตอนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มีจำนวน 16 ข้อ (ดูรายละเอียดตามแบบสัมภาษณ์)

ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกตอบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วพิจารณาเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวเองที่สุด โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น

สำหรับตัวเลือกของคำตอบในแบบสัมภาษณ์ตอนนี้ประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด ค่อนข้างจริง ไม่ค่อยจริง และไม่จริงเลย ซึ่งการเลือกคำตอบนั้นเมื่อผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้สัมภาษณ์บอกให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบแค่ 2 ตัวเลือกก่อน คือ **จริง** กับ **ไม่จริง** เมื่อผู้สูงอายุเลือกได้แล้วให้ถามต่อว่าที่ตอบจริงนั้น มาก หรือน้อย และถ้าตอบไม่จริง ก็ให้ถามต่อว่าไม่จริง มาก หรือน้อย หลังจากผู้สูงอายุเลือกได้แล้วผู้สัมภาษณ์จึงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความนั้น (แผนภาพประกอบด้านล่างนี้เป็นแนวทางสำหรับผู้สัมภาษณ์ว่าให้แบ่งตัวเลือกออกเป็นสองส่วนก่อนเพื่อให้เลือกตอบได้ง่ายขึ้น หรืออาจใช้วิธีการทำป้ายให้ผู้สูงอายุเลือกชี้คำตอบก็ได้)



อนึ่ง เมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามว่าจริงมาก ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “จริงที่สุด” ถ้าจริงน้อยให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ค่อนข้างจริง” ในทางกลับกัน ถ้าตอบว่าไม่จริงมาก ให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่ค่อยจริง” ถ้าตอบไม่จริงน้อยให้ทำเครื่องหมายในช่อง “ไม่จริงเลย”

จบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์กล่าวขอบคุณ

<u>คู่มือฉบับที่ 2</u>

คู่มือการใช้แบบสอบถาม
แบบสอบถาม โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแล
และป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

<u>(ฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว)</u>

คู่มือการใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

(ฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว)

ความเป็นมาของคู่มือ

ด้วย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือ เพื่อประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูลโครงการ ในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในการตอบแบบสอบถาม (ที่แนบมานี้) จะมีแนวทางการปฏิบัติตามในแบบสอบถามในแต่ละส่วน ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว ในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ลักษณะทั่วไปของแบบสอบถาม

แบบสอบถามโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ (ฉบับสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพความเป็นจริงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ขอให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโปรดอ่านคำถามแต่ละข้อให้เข้าใจอย่างชัดเจน ขอให้ตอบตามความเป็นจริง และ*ขอให้ตอบครบทุกข้อ* โดยไม่ต้องระบุชื่อ สกุล

*** แบบสอบถามนี้ไม่จำกัดเวลาในการตอบ แต่โดยปกติ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 นาที ***

คุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถาม **เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว โดยมีการดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง (จาก 24 ชั่วโมง)** สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม

แนวปฏิบัติในการตอบ

อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม ดินสอหรือปากกา

วิธีการตอบ

- อ่านคำสั่งแต่ละตอนให้เข้าใจก่อน
- ตอบให้ครบทุกข้อ
- หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการเก็บข้อมูล
- ส่งคืนแบบสอบถามแก่ผู้รวบรวม

รายละเอียดของการตอบแบบสอบถามในแต่ละตอน

ลักษณะการตอบแบบสอบนี้ เป็นการให้ผู้ตอบ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) ขีด ✓ ในช่องว่าง หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ที่ตรงกับตัวผู้ตอบ โดยขอให้ตอบครบทุกข้อ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 6 ข้อ ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ (ให้ระบุจำนวนปี) (4) ผู้สูงอายุที่กำลังดูแลอยู่ (ซึ่งเป็นคนเดียวกับที่ได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ฉบับผู้สูงอายุ) มีปัญหาโรคใด (5) ผู้สูงอายุที่กำลังดูแลอยู่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ตอบในรูปแบบใด (6) ให้พิจารณาว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ (ตามที่ได้ระบุในข้อ 4) สามารถทำแต่ละกิจกรรมที่กำหนดให้ จำนวน 6 กิจกรรม ได้เพียงใด โดยมีตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ ทำได้ด้วยตนเอง ต้องมีคนช่วย หรือพอทำได้บ้างแต่ต้องมีผู้อื่นช่วย ทำไม่ได้ด้วยตนเอง

ตอนที่ 2 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1) ให้พิจารณาว่าข้อรายการที่กำหนดให้ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้หรือไม่ จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ไม่รู้

2.2) ให้พิจารณาว่าข้อรายการที่กำหนดให้ สามารถเป็นแนวทางการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้หรือไม่ จำนวน 7 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ไม่รู้

ตอนที่ 3 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน

3.1) ให้พิจารณาว่าข้อรายการที่กำหนดให้ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุหรือไม่ จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล ไม่รู้

3.2) ให้พิจารณาว่าข้อรายการที่กำหนดให้ สามารถเป็นแนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุหรือไม่ จำนวน 7 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ ไม่รู้

ตอนที่ 4 ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ให้ผู้ตอบพิจารณาว่าสามารถปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดให้ได้หรือไม่ โดยตอบแยกแต่ละ โรค ทั้งโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล จำนวน 16 ข้อ ตัวเลือกมี 2 ลักษณะ คือ ทำได้ ทำไม่ได้

ตอนที่ 5 ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ให้ผู้ตอบพิจารณาว่าเห็นด้วยเพียงใดกับข้อรายการที่กำหนดให้จำนวน 9 ข้อ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คู่มือฉบับที่ 3

คู่มือการใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถาม โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแล และป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

(ฉบับสำหรับทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

คู่มือการใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

(ฉบับสำหรับทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

ความเป็นมาของคู่มือ

ด้วย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือ เพื่อประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูลโครงการ ในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการตอบแบบสอบถาม (ที่แนบมานี้) จะมีแนวทางการปฏิบัติตามในแบบสอบถามในแต่ละส่วน ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของคู่มือ

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ลักษณะทั่วไปของแบบสอบถาม

แบบสอบถามโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ (ฉบับสำหรับทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพความเป็นจริงของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ขอให้ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุโปรดอ่านคำถามแต่ละข้อให้เข้าใจอย่างชัดเจน ขอให้ตอบตามความเป็นจริง และ *ขอให้ตอบครบทุกข้อ* โดยไม่ต้องระบุชื่อ สกุล

*** แบบสอบถามนี้ไม่จำกัดเวลาในการตอบ แต่โดยปกติ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 นาที ***

คุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นผู้ที่ทำงานดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม

แนวปฏิบัติในการตอบ

อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม ดินสอหรือปากกา

วิธีการตอบ

- อ่านคำสั่งแต่ละตอนให้เข้าใจก่อน
- ตอบให้ครบทุกข้อ
- หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการเก็บข้อมูล
- ส่งคืนแบบสอบถามแก่ผู้รวบรวม

รายละเอียดของการตอบแบบสอบถามในแต่ละตอน

ลักษณะการตอบแบบสอบนี้ เป็นการให้ผู้ตอบ (ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ) ขีด ✓ ในช่องว่าง หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ที่ตรงกับตัวผู้ตอบ โดยขอให้ตอบครบทุกข้อ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 9 ข้อ ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) การเป็นทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุลักษณะใด (4) ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ (ให้ระบุจำนวนปี) (5) ประเภทของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลในชุมชนของท่าน (6) การทำงานเกี่ยวกับ “สุขภาพจิต” ของผู้สูงอายุในชุมชนของท่าน มีทีมงานรับผิดชอบหรือไม่ ถ้าตอบว่า ไม่มี ให้ไปทำแบบสอบถามต่อในตอนที่ 1 ถ้าตอบว่า มี ให้ตอบต่อในข้อ 7-9 ซึ่งได้แก่ (7) ทีมงานประกอบด้วยใครบ้าง (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ) (8) บทบาทของทีมงาน ประกอบด้วยอะไรบ้าง (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ) (9) ตัวแทนเกี่ยวกับชุมชนที่มีส่วนร่วม ประกอบด้วยหน่วยงานใดบ้าง (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ) (10) ท่านต้องการความรู้และทักษะอะไรบ้าง ในการทำงานร่วมกับทีมงานที่ท่านเลือกในข้อ 9 (โปรดระบุ) (11) ท่านต้องการความรู้และทักษะอะไรบ้าง ในการปฏิบัติงานเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (โปรดระบุ)

ตอนที่ 2 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1) ให้พิจารณาว่าข้อรายการที่กำหนดให้ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้หรือไม่ จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ไม่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ไม่รู้

2.2) ให้พิจารณาว่าข้อรายการที่กำหนดให้ สามารถเป็นแนวทางการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้หรือไม่ จำนวน 7 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ไม่สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ไม่รู้

ตอนที่ 3 ความรู้ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน

3.1) ให้พิจารณาว่าข้อรายการที่กำหนดให้ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุหรือไม่ จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล ไม่เป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล ไม่รู้

3.2) ให้พิจารณาว่าข้อรายการที่กำหนดให้ สามารถเป็นแนวทางการป้องกันปัญหาโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุหรือไม่ จำนวน 7 ข้อ ตัวเลือก 3 ลักษณะ คือ สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ ไม่สามารถป้องกันโรควิตกกังวลได้ ไม่รู้

ตอนที่ 4 ทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ให้ผุ้ตอบพิจารณาว่าสามารถปฏิบัติตามข้อรายการที่กำหนดให้ได้หรือไม่ โดยตอบแยกแต่ละ โรค ทั้งโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล จำนวน 16 ข้อ ตัวเลือกมี 2 ลักษณะ คือ ทำได้ ทำไม่ได้

ตอนที่ 5 ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ให้ผุ้ตอบพิจารณาว่าเห็นด้วยเพียงใดกับข้อรายการที่กำหนดให้จำนวน 9 ข้อ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ภาคผนวก ง

เอกสารประกอบการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental Scanning)

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environmental Scanning)

โครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยสาเหตุทางจิตสังคมและผลของการเป็นภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทย”

วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	กลุ่มเป้าหมาย	แนวคำถามหลัก/คำถามซัก(Probe)	หมายเหตุ
การตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External Scanning)			
เพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายนอกของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว	1. รัฐหรือเอกชนหรือองค์กรอื่นๆมีสวัสดิการในการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร 1.1 ครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนดูแลด้านสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนหรือองค์กรอื่นๆจากหน่วยงานใดบ้าง 1.2 ครอบครัวของท่านได้รับการดูแลด้านสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนหรือองค์กรอื่นๆในด้านอะไรบ้าง (เช่น เงินสนับสนุนให้เปล่า/เงินทุนกู้ยืมประกอบอาชีพ/การดูแลรักษาโรค) 1.3 ครอบครัวของท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของท่านและผู้สูงอายุอะไรบ้างและได้รับจากแหล่งใด 2. ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง 2.1 ท่านคิดว่าปัจจุบันมีปัญหาสังคมอะไรบ้าง เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2.2 ท่านคิดว่าปัญหาสังคมในปัจจุบันดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ ถ้ามี มีผลอย่างไร 3 . ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจในปัจจุบันเป็นอย่างไร 3.1 ท่านคิดว่าปัจจุบันมีปัญหาเศรษฐกิจอะไรบ้าง เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาความเลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการว่างงาน เป็นต้น 3.2 ท่านคิดว่าปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบันดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ ถ้ามี มีผลอย่างไร	

วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	กลุ่มเป้าหมาย	แนวคำถามหลัก/คำถามซัก(Probe)	หมายเหตุ
		4. เทคโนโลยีในปัจจุบันมีผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร 4.1 เทคโนโลยีในปัจจุบันมีผลต่อความสัมพันธ์ของคนในชุมชนอย่างไรบ้าง และผลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร 4.2 ท่านมีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร 4.3 ท่านเห็นว่าเทคโนโลยีในปัจจุบันเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร 5. อิทธิพลสื่อต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5.1 ท่านได้รับข่าวสารจากสื่อประเภทใดมากที่สุด 5.2 ปัญหาสังคมที่พบบ่อยในข่าว หรือสื่อต่างๆ 5.3 ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอะไรบ้างจากสื่อ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุฯ	
	ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อสม./อสผ./พยาบาลวิชาชีพ/ผู้ช่วยพยาบาล)	1. ท่านเห็นว่าปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนหรือองค์กรอื่นๆมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไรบ้าง 1.1 รัฐบาลหรือเอกชนหรือองค์กรอื่นๆมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร 1.2 สวัสดิการที่รัฐหรือเอกชนหรือองค์กรอื่นๆให้กับท่านในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลมีอะไรบ้าง 1.3 รัฐหรือเอกชนหรือองค์กรอื่นๆมีการสนับสนุนองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลหรือไม่/อย่างไรบ้าง 1.4 อุปสรรคที่เกิดจากนโยบายภาครัฐ/หรือแนวปฏิบัติของภาคเอกชนหรือองค์กรอื่นๆที่ทำให้การทำงานของท่านมีความยากลำบาก	

วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	กลุ่มเป้าหมาย	แนวคำถามหลัก/คำถามซัก(Probe)	หมายเหตุ
		มีหรือไม่/ อย่างไร ถ้ามีท่านแก้ปัญหาหรือขจัดอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร 2. ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง 2.1 ท่านคิดว่าปัจจุบันมีปัญหาสังคมอะไรบ้าง เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2.2 ท่านคิดว่าปัญหาสังคมในปัจจุบันดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ ถ้ามี มีผลอย่างไร 3 . ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจปัจจุบันเป็นอย่างไร 3.1 ท่านคิดว่าปัจจุบันมีปัญหาเศรษฐกิจอะไรบ้าง เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาความเลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการว่างงาน เป็นต้น 3.2 ท่านคิดว่าปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบันดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ ถ้ามี มีผลอย่างไร 4. เทคโนโลยีในปัจจุบันมีผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร 4.1 เทคโนโลยีในปัจจุบันมีผลต่อความสัมพันธ์ของคนในชุมชนอย่างไรบ้าง และผลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร 4.2 ท่านมีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร 4.3 ท่านเห็นว่าเทคโนโลยีในปัจจุบันเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร 5. อิทธิพลสื่อต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5.1 ท่านได้รับข่าวสารจากสื่อประเภทใดมากที่สุด 5.2 ปัญหาสังคมที่พบบ่อยในข่าว หรือสื่อต่างๆ 5.3 ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอะไรบ้างจากสื่อ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุฯ	

วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	กลุ่มเป้าหมาย	แนวคำถามหลัก/คำถามซัก(Probe)	หมายเหตุ
	ผู้สูงอายุ (Optional)	1. รัฐมีสวัสดิการในการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร 1.1 ท่านได้รับการดูแลด้านสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐจากหน่วยงานใดบ้าง 1.2 ท่านได้รับการดูแลด้านสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐอะไรบ้าง (เงินสนับสนุนให้เปล่า/เงินทุนกู้ยืมประกอบอาชีพ/การดูแลรักษาโรค) 1.3 ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอะไรบ้าง(จากภาครัฐ) 2. ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง 2.1 ท่านคิดว่าปัจจุบันมีปัญหาสังคมอะไรบ้าง เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2.2 ท่านคิดว่าปัญหาสังคมในปัจจุบันดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ ถ้ามี มีผลอย่างไร 3 . ท่านเห็นว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจในปัจจุบันเป็นอย่างไร 3.1 ท่านคิดว่าปัจจุบันมีปัญหาเศรษฐกิจอะไรบ้าง เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาความเลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการว่างงาน เป็นต้น 3.2 ท่านคิดว่าปัญหาเศรษฐกิจในปัจจุบันดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ ถ้ามี มีผลอย่างไร 4. เทคโนโลยีในปัจจุบันมีผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร 4.1 เทคโนโลยีในปัจจุบันมีผลต่อความสัมพันธ์ของคนในชุมชนอย่างไรบ้าง และผลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร 4.3 ท่านมีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร 4.3 ท่านเห็นว่าเทคโนโลยีในปัจจุบันเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร	

วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	กลุ่มเป้าหมาย	แนวคำถามหลัก/คำถามซัก(Probe)	หมายเหตุ
		5. อิทธิพลสื่อต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5.4 ท่านได้รับข่าวสารจากสื่อประเภทใดมากที่สุด 5.5 ปัญหาสังคมที่พบบ่อยในข่าว หรือสื่อต่างๆ 5.6 ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอะไรบ้างจากสื่อ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุฯ	
การตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Scanning)			
เพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายในของการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว	1. ในชุมชนท่านชื่นชม/ชอบสิ่งใดมากที่สุด 1.1 คน 1.2 กลุ่มคน 1.3 กิจกรรม/ประเพณีวัฒนธรรมมี 1.4 กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพมีอะไรบ้าง เช่น กีฬา การออกกำลังกายตอนเช้า/หรือเย็นร่วมกันในชุมชน 1.5 กิจกรรมในชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลได้มีส่วนร่วมมีอะไรบ้าง 1.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่ท่านดูแล เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่ /กิจกรรมใดมากที่สุด 2. ท่านมีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านอย่างไร 2.1 ผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านเป็นคนอย่างไร 2.2 ท่านรู้สึกอย่างไรกับการมีผู้สูงอายุในครอบครัว 2.3 ท่านมีการเตรียมตัวอย่างไรกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ 2.4 ในครอบครัวของท่านประสบปัญหาระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวหรือไม่ ปัญหาที่พบมีอะไรบ้าง ใครบ้างที่ประสบ	

วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	กลุ่มเป้าหมาย	แนวคำถามหลัก/คำถามซัก(Probe)	หมายเหตุ
		ปัญหาดังกล่าว ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมอย่างไรเมื่อเกิดปัญหาดังกล่าว ใครเป็นผู้ทำหน้าที่ในการแก้ปัญหา และแก้ปัญหาอย่างไร 3. ท่านมีการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุอย่างไร 3.1 เมื่อท่านพบว่าผู้สูงอายุซึมเศร้าหรือมีความวิตกกังวลท่านทำอย่างไร 3.2 ท่านพบอุปสรรคในการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุอะไรบ้าง ท่านแก้ปัญหาอย่างไร 3.3 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล เพราะอะไรจึงรู้สึกเช่นนั้น 3.4 ท่านคิดว่าในอนาคตท่านจะมีแนวทางอย่างไรในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านเพื่อให้มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี	
	ทีมงานผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อสม./อสผ./ พยาบาลวิชาชีพ/ ผู้ช่วยพยาบาล)	1. ในชุมชนของท่านมีระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง 1.1 มีใครบ้างที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 1.2 ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทอย่างไรบ้าง เช่น การป้องกัน การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยอาการ การรักษา การบำบัด การส่งต่อ การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น โดยขอให้เล่ารายละเอียดว่าแต่ละบทบาทต้องทำอย่างไรบ้าง และเกิดผลอย่างไร 2. กิจกรรมที่มีในชุมชน/วัฒนธรรมในชุมชนของท่าน/ทุนชุมชนที่ท่านคิดว่าชุมชนของท่านมีคืออะไรบ้าง 2.1 กิจกรรมในชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลได้มีส่วนร่วมมีอะไรบ้าง	

วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	กลุ่มเป้าหมาย	แนวคำถามหลัก/คำถามซัก(Probe)	หมายเหตุ
		2.2 ผู้สูงอายุที่ป่วยภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลที่ท่านดูแล เข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่ /กิจกรรมใดมากที่สุด 2.3 กิจกรรมต่างๆเหล่านี้ ได้รับการสนับสนุน หรือจัดโดยหน่วยงานหรือองค์กรใด (อปท./NGO/กลุ่มองค์กรในชุมชน) 2.4 ท่านพบอุปสรรคในการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุอะไรบ้าง ท่านแก้ปัญหานั้นอย่างไร 2.5 ท่านรู้สึกอย่างไรในการทำงานหรือมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชน เพราะอะไรจึงรู้สึกเช่นนั้น 3. ท่านต้องการการสนับสนุนอะไรจากภาครัฐ หรือชุมชนในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (เช่น สวัสดิการ ความรู้ การยกย่อง) 4. ท่านคิดว่าในอนาคตการดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนควรมีแนวทางอย่างไร	
	ผู้สูงอายุ (Optional)	1. ในชุมชนของท่านมีการจัดกิจกรรมอะไรบ้างที่สำคัญๆ และแต่ละกิจกรรมเป็นอย่างไร 1.1 กิจกรรมทางวัฒนธรรมประเพณีมีอะไรบ้าง 1.2 กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น กีฬา การออกกำลังกายตอนเช้า/หรือเย็นร่วมกันในชุมชน 1.3 กิจกรรมอื่นๆ เช่น การปลูกต้นไม้ บำเพ็ญประโยชน์ 1.4 ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดบ้างในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 2. การดูแลและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ	

วัตถุประสงค์ของการตรวจวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	กลุ่มเป้าหมาย	แนวคำถามหลัก/คำถามซัก(Probe)	หมายเหตุ
		2.1 ท่านมีวิธีดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร 2.2 เวลาที่ท่านมีเรื่องวิตกกังวล ท่านทำอย่างไร 2.3 ใครที่ท่านจะปรึกษา พูดคุยในยามที่มีความวิตกกังวลมากที่สุด (ทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว ซึ่งอาจเป็นเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ผู้เข้ามาดูแล อาสาสมัครต่างๆ) 3. ท่านมีวิธีการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อเป็นการป้องกัน และบรรเทาโรคภัยไข้เจ็บอย่างไร 4.สถานที่พักผ่อน/พบปะพูดคุยของคนในชุมชน 4.1 มีหรือไม่ 4.2 ท่านเคยเข้าไปร่วมหรือใช้สถานที่นั้นเพื่อการพักผ่อน/พบปะพูดคุยหรือไม่ 5.ปัญหาในชุมชนมีอะไรบ้าง 5.1 ด้านเศรษฐกิจ เช่น ความยากจน/รายได้ อาชีพ 5.2 ด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น ยาเสพติด การมั่วสุมของเด็กวัยรุ่น ตู้เกม การพนัน การลักขโมย 5.3 การเมือง เช่น ความขัดแย้งหลังจากการเลือกตั้งในท้องถิ่น(อบต./เทศบาล,กำนัน ผญบ.)	

**หมายเหตุ

ให้ชุมชนเป็นหน่วยที่จะทำการศึกษา

Internal scanning = ในระดับชุมชน

External scanning = ในระดับนอกชุมชน (ประเทศ/จังหวัด/ชุมชนอื่นๆ)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิติเตียน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมต่างๆลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ภาวะวิตกกังวล (State anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลโดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขณะนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ความกดดันของเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งความขัดแย้งที่มีอยู่ ซึ่งบุคคลไม่อาจหยุดความคิดคาดการณ์ที่เกินความเป็นจริงได้ ทำให้มีความรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นอุปนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

ภาคผนวก จ

เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 1
ระหว่างวันที่ 4 – 5 พฤศจิกายน 2557

คู่มือวิทยากร

โครงการประชุมปฏิบัติการ “การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

4-5 พฤศจิกายน 2557

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและวิธีการดูแลภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลในผู้สูงอายุด้วยการให้คำปรึกษาแนวจิตวิทยาและหลักธรรมทางพุทธศาสนา

2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของชุมชนในการสร้างรูปแบบและกลไกเพื่อดูแลผู้สูงอายุด้านภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

กิจกรรม1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุด้วยหลักธรรมทางพุทธศาสนา

จุดประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุและสังเคราะห์หลักธรรมที่ใช้ในการดูแล

อุปกรณ์ 1. Flip charts

2. กระดาษขนาด 3 × 5 นิ้ว

3.ปากกา

วิธีดำเนินการ

1. แบ่งกลุ่มตามจังหวัดแล้วแจกกระดาษขนาด 3 × 5 นิ้ว ให้เขียนว่าวิธีการทางพุทธที่ใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าโดยให้เขียนอย่างย่อๆ

2. ผู้นำกระบวนการให้สมาชิกในกลุ่มเขียนและจัดกลุ่มที่ซ้ำกัน

3. แต่ละกลุ่มนำเสนอในกลุ่มรวม

4.วิทยากรหลักสรุปประเด็นว่ามีหลักธรรมใดบ้างและบรรยายเพิ่มเติม ข้อเสนอแนะเพื่อการใช้หลักธรรมในอนาคต

กิจกรรม 2 โมเดลในอดีต – ปัจจุบันของการดูแลผู้สูงอายุด้านวิความตกกังวลและซึมเศร้า

จุดประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจอดีต – ปัจจุบันของการดูแลผู้สูงอายุด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้าและร่วมกันสร้างสร้างภาพอนาคตเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการของแต่ละชุมชน

อุปกรณ์ 1. กระดาษพรู๊ฟและปากกาเขียน Flip charts

2.เอกสารประกอบ ได้แก่ สรุปกิจกรรมช่วงบ่ายของการลงพื้นที่และเอกสารสรุปรูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการ

1. แบ่งกลุ่มตามจังหวัด

2.ผู้นำกระบวนการ(facilitator) อธิบายภาพสรุปรูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

3.สร้างรูปแบบปละกลไกในอดีตที่เชื่อมโยง

3.1 ให้สมาชิกแต่ละคนช่วยกันลากเส้นเชื่อโยงระหว่างองค์กรและบุคคลที่ทำกิจกรรมร่วมกันโดยระหว่างการเชื่อมโยงให้อธิบายกิจกรรม

3.2 เมื่อทุกคนได้สร้างรูปแบบและกลไกฯแล้วอาจมีการเพิ่มเติมองค์กร บุคคล หรือกิจกรรมจากที่มีอยู่

3.3 ผู้นำกระบวนการสรุปรูปแบบและกลไกฯ

รูปแบบ หมายถึง ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่าง องค์กรผู้ให้บริการ และองค์กรในชุมชนที่ทำงานร่วมกัน อย่างมีความสำเร็จ ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ

กลไก หมายถึง เครื่องมือและโครงสร้างทางกายภาพ หรือสังคม ที่จาเป็นต่อความสำเร็จ ในการดูแล และป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ในผู้สูงอายุ ได้แก่ เครื่องมือวัดอาการเครียดและวิตกกังวล เครือข่ายกิจกรรมทางสังคมและศูนย์ข้อมูลการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล การให้บริการฝึกผู้ดูแล และอื่นๆ เป็นต้น

4. เชื่อมโยงรูปแบบและกลไกกับผลกิจกรรมช่วงบ่ายของการลงพื้นที่ครั้งแรกสร้างภาพอดีต-ปัจจุบัน

4.1 นำเสนอผลข้อ1 “ทำอย่างไรให้คนในชุมชนเข้าใจความวิตกกังวลและซึมเศร้า”แล้วให้สมาชิกใส่องค์กร บุคคล และกิจกรรม

4.2 นำเสนอผลข้อ2 “ทำอย่างไรให้คนในชุมชนลดภาวะเสี่ยวจากความวิตกกังวลและซึมเศร้า” แล้วให้สมาชิกใส่องค์กร บุคคล และกิจกรรม

เอกสารประกอบการประชุม

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

จัดโดย

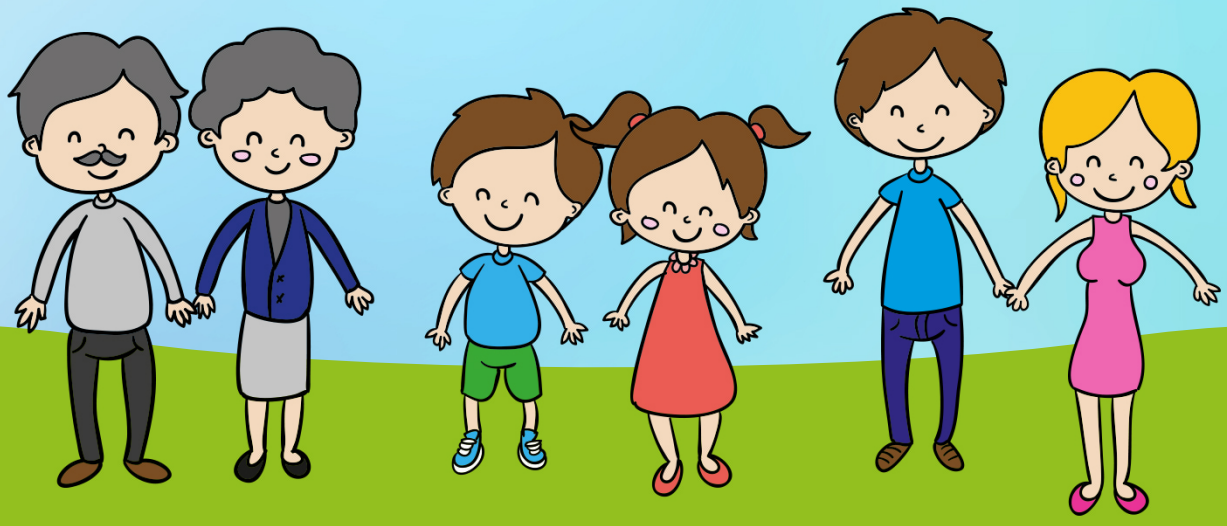
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
คณะมนุษยศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์
และสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ร่วมกับ

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ระหว่างวันที่ 4 – 5 พฤศจิกายน 2557

ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ พระราม 6 กรุงเทพฯ



เอกสารประกอบการประชุม

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

(ฉบับสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการฯ)

โดย

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์

และ สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ร่วมกับ สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 4 – 5 พฤศจิกายน 2557

ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ พระราม 6 กรุงเทพฯ

สารบัญ

หน้า

กำหนดการโครงการฯ..... 1

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ..... 2

แนวคิดและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ (โดย พ.ต.อ. วินัย ธงไชย)..... 4

โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ และ
รูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ..... 32

1. จังหวัดน่าน..... 33
2. จังหวัดราชบุรี..... 35
3. จังหวัดสกลนคร..... 37
4. จังหวัดนครราชสีมา..... 39
5. จังหวัดฉะเชิงเทรา..... 41
6. จังหวัดสงขลา..... 43

สรุปผลการระดมความคิด (เรียงตามลำดับ) จากกลุ่มทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว..... 45

1. จังหวัดน่าน..... 46
2. จังหวัดราชบุรี..... 47
3. จังหวัดสกลนคร..... 48
4. จังหวัดนครราชสีมา..... 49
5. จังหวัดฉะเชิงเทรา..... 50
6. จังหวัดสงขลา..... 51

กำหนดการ

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

โดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

และ สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 4 – 5 พฤศจิกายน 2557

ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ซอยเรวดี ถนนพระรามหก สามเสนใน พญาไท จตุจักร กรุงเทพ

วันที่ 4 พฤศจิกายน 2557

08:30 – 09:00 น.	ลงทะเบียน
09:00 – 09:30 น.	พิธีเปิด
09:30 – 12:00 น.	**แนวคิดและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ** *(โดย วิทยากร: พ.ต.อ.วินัย ธงไชย นักจิตวิทยาคลินิค กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ)*
12:00 – 13:00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13:00 – 14:30 น.	**แนวคิดทางพุทธเพื่อการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ** *(โดย วิทยากร: อ.สิทธิพร ครามานนท์ และ อ.สัณห์ชาย โมสิกรัตน์)*
14:30 – 16:30 น.	**กิจกรรมสรุปผลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อได้โมเดลการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน** *(โดย วิทยากรประจำกลุ่ม: คณะผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)*
16:30 – 17:30 น.	**การนำเสนอโมเดลการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน**
17:30 – 19:00 น.	รับประทานอาหารเย็น
19:00 น. เป็นต้นไป	พักผ่อนตามอัธยาศัย

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2557

08:30 – 09:00 น.	ลงทะเบียน
09:00 – 12:00 น.	**กิจกรรมสร้างภาพอนาคตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการของแต่ละชุมชน** *(โดย วิทยากรประจำกลุ่ม: คณะผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)*
12:00 – 13:00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13:00 – 15:00 น.	**การนำเสนอภาพอนาคตและแผนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน**
15:00 น. เป็นต้นไป	เดินทางกลับภูมิลำเนาโดยสวัสดิภาพ

หมายเหตุ :

1. อาหารว่างเช้าเวลา 10:30 น. อาหารว่างบ่ายเวลา 15:00 น.
2. ตารางกิจกรรมอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

รายชื่อผู้เข้าร่วม

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

โดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

และ สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 4 – 5 พฤศจิกายน 2557

ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ซอยเรวดี ถนนพระรามหก สามเสนใน พญาไท จตุจักร กรุงเทพ

รายชื่อทีมคณะผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. รศ.ดร.ดุษฎี โยเหลา
2. อ.ดร.นิยะดา จิตต์จรัส
3. ผศ.ธีระชน พลโยธา
4. อ.ดร.ฐาศุกร์ จันประเสริฐ
5. อ.ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน
6. อ.ดร.ภิญญาพันธ์ เพียซ้าย
7. อ.ดร.ครรชิต แสนอุบล
8. อ.ดร.นฤมล พระใหญ่
9. อ.ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง
10. อ.ดร.อมราพร สุรการ
11. อ.ปิยรัฐ ธรรมพิทักษ์
12. นางสาวณภัทรรัตน์ ไชยอัครกัลป์ (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)
13. นางสาวปานรดา บุษรารัตน์ (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)
14. นางสาวปัทมา เกตุอ่ำ (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)
15. นางสาวอารยา เชียงของ (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)
16. นางสาวชลธิดา ศรภักดี

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการจากแต่ละพื้นที่

พื้นที่ อบต.โพรงอากาศ จังหวัดฉะเชิงเทรา

1. นางโสลัดดา ศฤงชัยธวัช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
2. นางลำเจียก สงค์เจริญ อสม./อผส.
3. นางวาสนา ภู่อร่าม อสม.
4. นางบุญนำ ภู่อร่าม อสม.

พื้นที่ รพ.สต.ส้าน จังหวัดน่าน

1. อนงค์ พูใบ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. สุมิดา แก้วติน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.ส้าน

3. นายพิษณุ กองตา อผส
4. นายภาสกร ศรีสวรรค์ อสม.

พื้นที่โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี

1. นางจีรวรรณ กลิ่นหอม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลบางแพ
2. นางณัฐนันท์ ธไนศวรรยางค์กูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
3. น.ส. ปริศณา เปรมพุ่ม ตำแหน่ง อสม.
4. นางโสภา วิชัยกุล ตำแหน่ง อผส.

พื้นที่ตำบลระโนด จังหวัดสงขลา

1. นางสมร ศรอินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นายธีระวุฒิ หมื่นห่อ นักพัฒนาชุมชน
3. นางพรเพ็ญ แสงแก้ว หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข
4. นางพรปวีณ์ กิติคุณ อสม.

พื้นที่ จังหวัด สกลนคร

1. นาง จริยา เครือคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางสาว ทิวาพร นวนมณี พยาบาลชำนาญการ รพ. สต. บ้านแมดดงชน
3. นายคำผล ยะไชยศรี ประธาน อสม บ้านแมดดงชน
4. นางละเอียด มุลน้อยสุ อสม บ้านแมดดงชน

พื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

1. นางผุสดี ด่านกูล ผอ.ศูนย์การแพทย์ป่าสาละวัน
2. นางพัชรา เสกรัมย์ จิตอาสา
3. นางประไพพรรณ นอบกาย จิตอาสา
4. นางสุภาวดี ไชยานุกูล จิตอาสา

แนวคิดและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ

(โดย วิทยากร: พ.ต.อ.วินัย ธงไชย
นักจิตวิทยาคลินิค
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ)

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

พ.ต.อ. วินัย ธงชัย

นักจิตวิทยาคลินิก

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ

ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก

ความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจ ซึ่งปราศจากอาการของโรคจิต โรคประสาท หรือลักษณะผิดปกติอื่น ๆ ทางจิตใจ และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ

ความหมายของสุขภาพจิต (ต่อ)

ฝน แสงสิงแก้ว

สภาพของชีวิตที่เป็นสุขมีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

สรุป

สุขภาพจิต หมายถึง สภาพของบุคคลที่มีอารมณ์มั่นคง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ปรับตัวเข้ากับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมได้ดี เมื่อมีปัญหาทางอารมณ์เกิดขึ้น ก็สามารถเผชิญได้อย่างมีเหตุผล

ปี 2552 คนไทยอายุยืนขึ้นเฉลี่ย 72 ปี

- ผู้ชาย 68 ปี
- ผู้หญิง 75 ปี

ปี 2556 คนไทยอายุยืนขึ้นเฉลี่ย 75 ปี

- ผู้ชาย 71 ปี
- ผู้หญิง 78 ปี

ประชากรไทยมี 67 ล้านคน
เป็นผู้สูงอายุ 17 ล้านคน (ร้อยละ 25)

ร้อยละ 80 มีโรคประจำตัว

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่
โรควิตกกังวลและความเครียด 26.42%
โรคจิตเภท 25.73%
โรคสมองเสื่อม 18.47%
โรคซึมเศร้า 18.24%

ประเภทความผิดปกติทางจิตของบุคคล

๑. ระบบ **International Classification of Diseases (ICD-10)**

๒. ระบบ **Diagnostic and Statistical Manual of Disorder (DSM-IV)**

จำแนกความผิดปกติทางจิต

๑. กลุ่มโรคประสาท

๒. กลุ่มโรคจิต

๓. กลุ่มโรคทางอารมณ์

๔. กลุ่มบุคลิกภาพแปรปรวน

*การจำแนกพวกโรคจิตกับพวกโรคประสาท

- **Reality Testing**
  - **@ Orientation**
- **Perception**
  - **@ Hallucination**

- **Personality Change**
  - **@ Observation**
  - **@ Interview**
- **Insight**
  - **@ Observation**

Anxiety Disorder.

1. มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่าง ๆ
   * เหงื่อแตก
   * ใจสั่น ใจเต้นเร็ว
   * ตัวสั่น
   * หายใจเร็ว
   * ท้องไส้ปั่นป่วน

2. ความวิตกกังวลมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน

3. กระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

โรคในกลุ่ม anxiety disorder

* Generalized anxiety disorder.
* Panic disorder and agoraphobia
* Specific phobia and social phobia
* Obsessive-compulsive disorder
* Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder

Generalized Anxeity Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการเด่นเป็นอาการวิตกกังวล

การวินิจฉัย

1. มีความวิตกกังวลมากเกินกว่าเหตุ ในหลาย ๆ เรื่อง
2. มีความรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลนี้ได้
3. มีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ
(ในเด็กมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ)
4. อาการกังวลจะไม่เป็นเฉพาะกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
5. อาการเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน

Panic disorder and Agoraphbia

ลักษณะอาการทางคลินิก

* มีอาการของ panic attack เกิดขึ้นบ่อย ซ้ำ ๆ อย่างน้อย 2 ครั้ง

* อาการมักเกิดขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น

* ผู้ป่วยมักกังวลว่าอาการจะเกิดขึ้นหรือกังวลถึงผลที่ตามมาจากอาการ เช่นกลัวจะเป็นบ้า กลัวควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวว่าตนเองกำลังจะตาม

เกณฑ์การวินิจฉัย แบ่ง Panic disorder and agoraphobia ได้ 3 กลุ่ม

*** Panic disorder without agoraphobia**

*** Panic disorder with agoraphobia**

*** Agoraphobia without history of panic diorder**

การวินิจฉัย

1. มีทั้งข้อ 1 และ 2

(1) มี recurrent panic attack โดยคาดไม่ได้ว่าจะเกิดเมื่อไร

(2) อย่างน้อยใน 1 ครั้งของ panic attack จะมีอาการต่อไปนี้ตามมาเป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือน

- กังวลอยู่ตลอดเวลาว่าจะมีอาการเกิดขึ้นมาอีก

- กังวลว่าอาการจะบ่งถึงโรคอะไรที่ร้ายแรง หรือกลัวจะเป็นอะไรไป

- มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน โดยเกี่ยวเนื่องกับการมีอาก

2. อาการ panic attack ไม่ได้เกิดจากสารหรือจากสภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกาย

Specific and Social Phobia

Specific phobia = Simple phobia เป็นความกลัวต่อสัตว์ สิ่งของ สถานที่หรือสถานการณ์บางอย่าง

Social phobia เป็นความกลัวที่มีต่อการที่จะต้องไปอยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยอาจถูกจ้องมองจากผู้อื่น

การวินิจฉัย

Specific phobia

1. มีความกลัวอย่างมากแบบไม่มีเหตุผลต่อสิ่งของหรือสถานการณ์บางอย่าง จนอาจเกิดอาการ **panic** ได้

2. ผู้ป่วยทราบว่าสิ่งที่กลัวนั้นไม่มีเหตุผล

3. มีพฤติกรรมที่พยายามจะหลบหลีกต่อสิ่งที่กลัวนั้นจนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำ

4. ต้องมีอาการนานอย่างน้อย 6 เดือน

Social Phobia.

1. มีความกลัวอย่างมากต่อการไปอยู่ในที่มีคนแปลกหน้ากลัวว่าตนเองอาจจะทำอะไรที่น่าอับอายหรือขายหน้า ตนอาจเกิดอาการ **panic**

2. ทราบว่าสิ่งที่กลัวนั้นไม่มีเหตุผล

3. มีพฤติกรรมที่จะหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์นั้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

4. ต้องมีอาการนานอย่างน้อย 6 เดือน

Obsessive-Compulsive Disorder

อาการย้ำคิด (obsession) คือการที่มีความคิด หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองซ้ำ ๆ โดยไร้เหตุผล ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลใจ ความไม่สบายใจอย่างมาก และผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่แปลกปลอมต่อตนเอง (ego-dystonic)

อาการย้ำทำ (compulsion) คือการกระทำอย่างมีเป้าหมายชัดเจนซ้ำ ๆ เพื่อป้องกัน หรือช่วยลดความไม่สบายใจจากความย้ำคิดข้างต้น และเป็นการกระทำที่ไร้เหตุผล

การวินิจฉัย

1. มีอาการคิดซ้ำ ๆ ทำซ้ำ ๆ ในลักษณะที่จัดได้ว่าเป็นอาการย้ำคิด (obsession)หรือย้ำทำ (compulsion)

2. ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการที่เป็นมากเกินควร หรือไร้เหตุผล

3. อาการก่อให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยอย่างมาก หรือมีผลกระทบต่อชีวิตต่อชีวิตประจำวัน การงาน หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

4. อาการย้ำคิดย้ำทำ จะต้องไม่จำกัดอยู่กับเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

Posttraumatic Stress Disorder

Acute Stress Disorder

เป็นโรควิตกกังวลที่เกิดภายหลังจากที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง ก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชที่เฉพาะ

ลักษณะอาการทางคลินิก

เป็นการเกิดอาการต่าง ๆ หลังจากเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย หรือเกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิด เช่นหวาดกลัวอย่างรุนแรง สิ้นหวัง คิดและฝันร้ายซ้ำ ๆ เป็นต้น ซึ่งอาการทั้งหมดเป็นติดต่อกันยาวนานระยะเวลาหนึ่งและรุนแรงจนทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน

การวินิจฉัย

1. ผู้ป่วยเคยเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยต่อตัวเองและผู้อื่น
2. เหตุการณ์นั้นทำให้เกิดความกลัวที่รุนแรง หรือรู้สึกสิ้นหวัง
3. คิดคำนึงถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ ทั้งขณะหลับและตื่น
4. มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเหตุการณ์นั้นหรือสิ่งที่เกี่ยวพันกับเหตุการณ์นั้น
5. มีอาการตื่นเต้น ตกใจง่ายทั้ง ๆ ที่ไม่เคยเป็นมาก่อน
6. อาการรุนแรงจนเกิดปัญหากับหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และชีวิตประจำวัน

ถ้ามีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัย นาน 2 วัน ถึง 4 สัปดาห์ ให้วินิจฉัยเป็น **Acute stress disorder**

ถ้ามีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัย นานมากกว่า 4 สัปดาห์ ให้วินิจฉัยเป็น **Postteraumatic stress disorder**

Symptomatology Of Mood Disorder

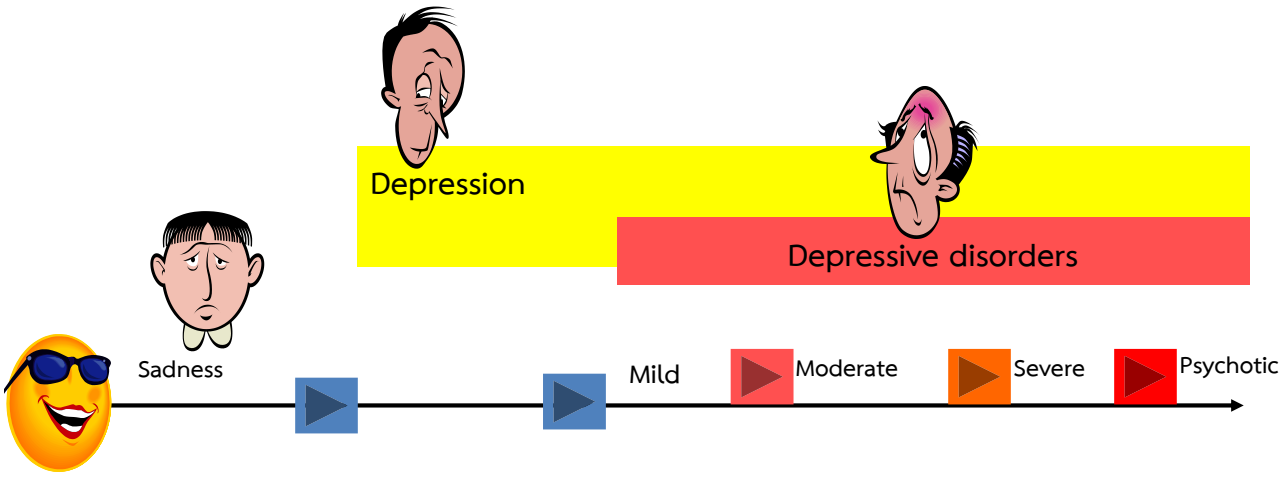
Symptomatology

- Psychomotor retardation
- Mood
  - Depression
  - Anhedonia

- Thought
  - Low self esteem
  - Guilty feeling
  - Suicidal Idea
- Neurovegetative symptom

24

Continuum of Depression

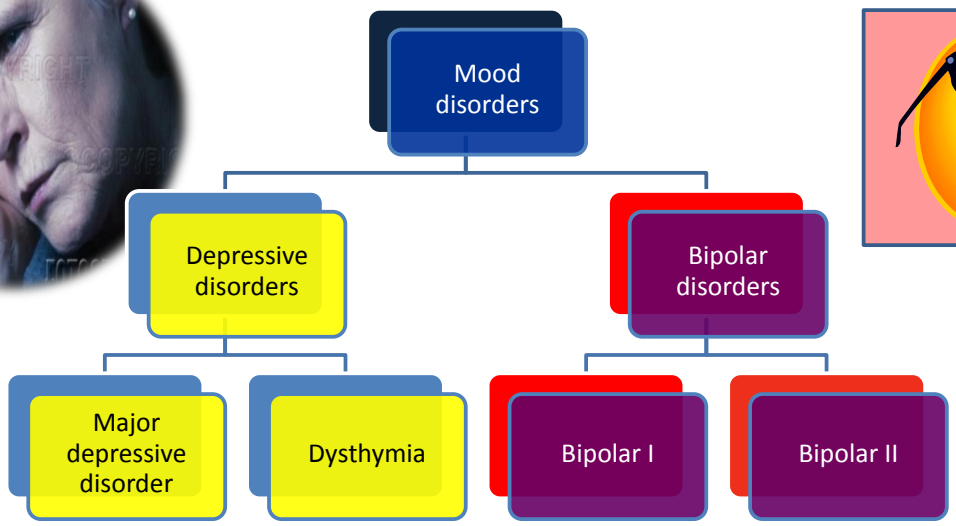


25

อารมณ์เศร้า	ภาวะซึมเศร้า Depression	โรคซึมเศร้าSadness Depre disorder
เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น เป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัย เมื่อเผชิญกับ การสูญเสีย การพลาดในสิ่งที่หวัง การถูกปฏิเสธ และมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน (Gotlib 1992)	- อาการเศร้าที่มากเกินควร และนานเกินไป - ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล - มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิดอยากตาย -พบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจวัตรประจำวันและการสังคมทั่วไป (Stifanis 2002)	ภาวะซึมเศร้าที่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 • depressive episode (F32) • recurrent depressive episode(F33 • dysthymia(F34.1) หรือ เกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV • Major depressive disorder, • Dysthymic disorder

26

การจำแนกโรค



Depression disorder

Major Depression Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

มีอาการเศร้า ซึมเศร้าหดหู่ สะเทือนใจร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิ ห่อเหี่ยว ไม่มีความสุขสบายใจ อารมณ์หงุดหงิดและมักรุนแรงจนผู้ป่วยบอกว่าไม่ เหมือนคนเดิม ความอดทนต่ำ

อาการด้าน neuovegetative ที่พบบ่อย ได้แก่ นอนไม่หลับ โดยเฉพ และ terminal insomnia มักเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียทั้งวัน อาจมีประจำเดือ ผิดปกติ

อาการด้าน psychomotor อาจมี psychomotor retardation เช่น เชื่องช้า เฉื่อยชาลง พูดน้อย คิดนาน อาจซึม อยู่เฉย ๆ ได้นาน ๆ บางรายมี psychomotor agitation โดยมากพบในผู้ป่วยช่วงวัยต่อ

มีสมาธิลดลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเล ตัดสินใ ไม่แน่นอนใจ ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกและชีวิตในทางลบ รู้สึกชีวิตไม่มีค่า ไม่มี ความต่อใคร บางรายมีความรู้สึกผิด โทษตัวเอง

มีความคิดทำร้ายตนเอง	พบ	60%
ฆ่าตัวตาย	พบ	15%

การวินิจฉัย

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ โดยอย่างน้อยต้อง ข้อ (1) หรือข้อ (2) อยู่ 1 ข้อ

(1) ซึมเศร้า

(2) ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก

(3) เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน หรือน้ำหนักขึ้น

(4) นอนไม่หลับ หรือนอนนานกว่าปกติ

(5) psychomotor agitation หรือ retardation

(6) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง

(7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิด

(8) สมาธิลดลง ลังเลใจ

(9) คิดเรื่องความตาย หรือฆ่าตัวตาย

2. ไม่เคยมีประวัติของ mania หรือ hypomania

การจำแนกกลุ่มย่อย

สามารถจำแนกกลุ่มตามอาการเด่นได้เป็น

1. Melancholic features ⟶ endogeneous มีอาการเด่น ได้แก่ ไม่มีความสุข หรือสนุกมากอย่างไม่เคยเป็น มีอาการด้าน **psychomotor** และมีหลงผิด

2. Psychotic features มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย มีความรุนแรงของอาการขั้น **severe** แต่ก่อนเรียก **depression psychosis** แบ่งออกได้

2.1 Mood-congruent psychotic features

2.2 Mood-incongruent psychotic features

การวินิจฉัยแยกโรค

Bereavement

บุคคลที่สูญเสียผู้ใกล้ชิดแล้วมีอาการ **MDD.** ได้ แต่ถ้ามีลักษณะดังต่อไปนี้ถือว่าเป็น **MDD.**

1. มีอาการเศร้านานเกิน **2** เดือน

2. รู้สึกผิดหรือคิดฆ่าตัวตาย

3. หมกมุ่นมากกับความคิดว่าตนเองไร้ค่า

4. มี **psychomotor retardation**

5. หน้าที่การงานบกพร่องมากหรือนานเกินไป

6. มี **hallucination**

Dysthymic disorder

ลักษณะอาการทางคลินิก

มีอาการคล้าย MDD. แต่มีความรุนแรงน้อยกว่า อาการที่พบบ่อยคือ ทา·
อารมณ์และความคิด เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกลบ มักโทษตนเอง

การวินิจฉัย

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าแทบทุกวัน เป็นนานกว่า 2 ปี (เด็กและวัยรุ่น อาจหงุ
หงิด นานอย่างน้อย 1 ปี

2. ขณะซึมเศร้าต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป

(1) เบื่ออาหารหรือกินจุ

(2) นอนไม่หลับหรือนอนหลับมาก

3. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง

4. low self esteem

5. สมาธิไม่ดี หรือตัดสินใจลำบาก

6. ท้อแท้

3. ในช่วงที่เป็นตลอด 2 ปี ต้องไม่มีช่วงที่หายติดต่อกันนานเกินกว่า 2
เดือน

การดำเนินโรค

มักเริ่มเกิดอาการตั้งแต่วัยเด็กตอนปลาย หรือวัยรุ่น อาการเป็นแบบค่อ
เป็นค่อยไป และเป็นเรื้อรัง อาการขึ้นลงเป็นช่วง ๆ ระยะเวลาที่เป็นตั้งแต่ 2-20 ปี
โดยเฉลี่ยเป็นนาน 5 ปี

Bipolar Disorder

เป็นโรคทางอารมณ์แปรปรวนที่คนไข้มีอาการ **mania** หรือ **hypomania** สลับกับ **MDD.**

แต่มีคนไข้บางรายมีแต่อาการ **mania** อย่างเดียว แต่ยังคงวินิจฉัยว่าเป็น **Bipolar disorder** เพราะการดำเนินโรค ประวัติในครอบครัว ตลอดจนการตอบสนองต่อการรักษาเหมือนกับ **BD.**

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ

1. อาการด้านอารมณ์ มีความสุขสนุกมาก ไม่สำรวม คึกคะนอง ดูขาดความยับยั้งช่างใจ ไม่ค่อยคำนึงถึงคนอื่นหรือกฎเกณฑ์ของสังคม ถ้าถูกห้ามจะหงุดหงิดมาก ฉุนเฉียว

2. อาการด้านพฤติกรรม คึกคัก มีกำลังวังชา ขยันมากกว่าปกติแต่มักทำไ
ไม่ดี นอนลดลง ชอบพูดทักทายคนอื่นแม้กับคนแปลกหน้า พูดมาก พูดเร็ว กิจกร
ทางเพศเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายสิ้นเปลือง

3. อาการด้านความคิด มีความคิดสร้างสรรค์มากมาย มีโครงการกิจกรรม
เกินตัว เชื่อมั่นตนเองมากร่วมกับมีการตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่ฟังผู้อื่น บางครั้ง
พบมี **distractibility** หรือ **flight of idea**

ในรายที่เป็นมากรุนแรงอาจมี **hullucination** หรือ **delusion** โดยเนื้อหามักเกี่ยวกับอำนาจวิเศษ ศาสนา

การวินิจฉัย

1. ผู้ป่วยมี elevate, expansive หรือ irritable mood นานเกิน 1 สป.
2. มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 3 อาการ (มากกว่า 4 อาการ หากเป็นอารมณ์หงุ
    1. inflated self-eseem หรือ grandiosity
    2. ความต้องการนอนลดลง
    3. พูดมากกว่าเคย หรือพูดไม่หยุด
    4. flight of idea หรือรู้สึกว่าความคิดแล่นเร็ว
    5. Distractibility
    6. hight activity หรือ psychomotor agitation
    7. เข้ายุ่งเกี่ยวมากเกินควรกับเรื่องที่ทำให้ตนเองซะใจ แต่มักมีผลเ
       ตามมา
3. อาการเข้าไม่ได้กับ mixed episode
4. อาการรุนแรงจนรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติสุข

สำหรับ Hypomania

1. มีอาการเหมือนในข้อ 2 ของ BD. เป็นนานอย่างน้อย 4 วัน
2. อาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมชัดเจน แต่ไม่รุนแรงจนรบกวนการดำเ

ชีวิตตามปกติสุข

Bipolar I	**mania สลับกับ major depressive disorder**
Bipolar II	**hypomania สลับกับ major depressive disorder**
Rapid cycling	**มีอาการมากกว่า 4 episode ต่อปี**
Double depression	**เดิมเป็น dysthymic ต่อมาเป็น MDD. อีก**

Cyclothymia

จัดเป็น chronic, less severe form ของ BD.

คนไข้มีอากรนานอย่างน้อย 2 ปี โดยอาจมีช่วงปกติ แต่ไม่นานเกิน 2 เดือน

ลักษณะทางคลินิก

คนไข้จะมีอาการ hypomania สลับกับอาการ depression ที่ไม่รุนแรงถึงขั้น MDD.

ประมาณครึ่งหนึ่งของคนไข้มีอาการด้าน depression เป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาเป็นค่อนข้างสั้นเมื่อเทียบกับ BD.

การดำเนินโรค

เริ่มในอายุน้อย ประมาณ 1 ใน 3 เปลี่ยนเป็น BD. II ในช่วงหลังของโรค

สิ่งที่ต้องประเมินต่อเมื่อเข้าได้กับโรคซึมเศร้า เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องที่สุด

1. Exclude โรคทางกายและยาที่ทำให้มีอารมณ์เศร้า
2. Exclude Bipolar disorder
   ตัวอย่างคำถามประเมินอาการ Mania/Hypomania
3. ประเมินว่ามีภาวะโรคจิตร่วมด้วยหรือไม่ ตัวอย่างคำถามประเมินอาการ hallucination, delusion
4. ประเมินการฆ่าตัวตาย โดยใช้ 8Q หรือ 10Q

ข้อสังเกตการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทยเกือบครึ่งหนึ่งมาพบแพทย์ครั้งแรกด้วยอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ มึนศีรษะ เจ็บหน้าอก ใจสั่น ปวดท้อง เพลีย ไม่มีแรง อารมณ์เครียดและอาการนอนไม่หลับ โดยอาจไม่รู้ว่าตนเองมีอารมณ์เศร้าด้วย
- จึงมักได้รับการตรวจจากแพทย์ทั่วไป ซึ่งเมื่อตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติทางร่างกายก็มักถูกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกังวลไปทั่ว
- ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายโดยหาสาเหตุไม่พบ ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ควรได้รับการสอบถามอาการร่วมของโรคซึมเศร้าเพิ่มเติม

พิเชฐ อุดมรัตน์ ,การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าในเวชปฏิบัติ : คำถามและคำตอบ,การวินิจฉัยและการรักษาโรคทางจิตเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2551)

วิธีการรักษาโรคซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน

- Psychotherapy (จิตบำบัด)
  - Cognitive Behavioral Therapy
  - Interpersonal Psychotherapy
- Pharmacotherapy (การรักษาด้วยยาต้านเศร้า)
  - TCAs, SSRIs, SSRE, atypical drugs
- ECT (การรักษาด้วยไฟฟ้า)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิค 3 ครั้ง/สัปดาห์ติดต่อกันนาน 16 สัปดาห์ พบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้า ลดการกลับซ้ำของโรคได้พอๆกับการรักษาด้วยยา (Babyak 2000)

การรักษาด้วยจิตบำบัด

- Mild to Moderate depression: การให้จิตบำบัดพบว่ามีประสิทธิผลกว่าการไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ เลย
- การรักษาด้วยจิตบำบัด เช่น CBT หรือ IPT พบว่ามีประสิทธิผลในการรักษาเหมือนการรักษาด้วยยา แต่ใช้เวลามากและนาน
- การทำจิตบำบัด ควรจะทำในที่ที่มีผู้มีความชำนาญและประสบการณ์เท่านั้นจึงจะมีประสิทธิผลในการรักษา
- Severe depression: การบำบัดด้วยยาร่วมกับ IPT หรือ CBT ทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าการให้จิตบำบัดอย่างเดียว

After care and relapse prevention

1. รักษาด้วยขนาดยาที่เหมาะสมและนานพอในระยะ Acute-phase
2. รักษาจนอาการซึมเศร้าหายดี ไม่มีอาการตกค้างหลงเหลือ
3. หลังจากที่ทุเลาดีแล้วต้องให้ยาต่อเนื่อง 4-6 month (Forshall1999)
4. มีโปรแกรมป้องกันการกลับซ้ำ

Well Being Forever

Thank You For Your Attention

แบบวัดโรคซึมเศร้า

ชื่อ-สกุล .....อายุ ..... ปี วันที่ทดสอบ.....

อาการพฤติกรรมความรู้สึก	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	ไม่เลย
1. รู้สึกเบื่ออาหาร				
2. นอนไม่หลับหรือต้องใช้ยาช่วยให้หลับ				
3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย				
4. คิดมาก กังวล				
5. รู้สึกสบายใจ				
6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย				
7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ				
8. อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร				
9. รู้สึกเศร้า หดหู่				
10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย				
11. ร้องให้หรืออยากร้องไห้				
12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กๆ น้อยๆ				
13. ชีวิตไม่มีความสุข				
14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า				
15. รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า				
16. ตำหนิหรือกล่าวโทษตนเอง				
17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง				
18. คิดอยากตาย				
19. คนอื่นทักว่าคุณดูเครียด				
			ไม่เคย	เคย
20. พยายามฆ่าตัวตาย				

แบบประเมินความเครียด

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านหัวข้อข้างล่างนี้ แล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมามีเหตุการณ์ในข้อใด เกิด ขึ้นกับตัวท่านบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ใน ข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านให้ ประเมินว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วทำเครื่องหมายให้ ตรงช่องตามที่ท่านประเมิน โดย

ข้อคำถาม	ตัวเลือก				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก
1 กลัวทำงานผิดพลาด					
2 ไปไม่ถึงเป้าที่วางไว้					
3 ครอบครัวมีความขัดแย้งในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4 เป็นกังวลเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5 รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6 เงินไม่พอใช้จ่าย					
7 กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8 ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9 ปวดหลัง					
10 ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11 ปวดศีรษะข้างเดียว					
12 รู้สึกวิตกกังวล					
13 รู้สึกคับข้องใจ					
14 รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					
15 รู้สึกเศร้า					
16 ความจำไม่ดี					
17 รู้สึกสับสน					
18 ตั้งสมาธิลำบาก					
20 เป็นหวัดบ่อย					

ประวัติวิทยากร

ชื่อ พันตำรวจเอก วินัย ธงชัย (WINAI THONGCHAI)

ตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิก (สบ.๔)

ที่ทำงาน งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ที่ตั้ง 492/1 งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ ถนน ราชดำริ แขวง วังใหม่ เขต ปทุมวัน กรุงเทพ 10330

วุฒิการศึกษา - การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษา) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก) จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นิติศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาจิตวิทยาคลินิก ของกองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ใบอนุญาตเลขที่ จ.ค. 131

ประสบการณ์ในการทำงาน

กรรมการคณะกรรมการวิชาชีพนักจิตวิทยาคลินิก กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554-56

กรรมการบริหารสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ปี 2556

กรรมการสอบคัดเลือกด้านบุคลิกภาพสำหรับบุคคลภายนอกเข้ารับราชการตำรวจ ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตั้งแต่ ปี 2540-2546

กรรมการสอบคัดเลือกด้านบุคลิกภาพ สำหรับบุคคลผู้สอบเข้าเรียนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตั้งแต่ปี 2536 ถึงปัจจุบัน

กรรการสอบคัดเลือกด้านบุคลิกภาพและสัมภาษณ์ สำหรับบุคคลผู้สอบเข้าเรียนคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตั้งแต่ปี 2540 ถึงปัจจุบัน

กรรมการสอบคัดเลือกด้านบุคลิกภาพ สำหรับบุคคลผู้สอบเข้าเรียนคณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตั้งแต่ปี 2540 ถึงปัจจุบัน

กรรมการสอบคัดเลือกด้านบุคลิกภาพ สำหรับบุคคลผู้สอบเข้าทำงาน ในธนาคารแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2536 ถึงปัจจุบัน

กรรมการสอบคัดเลือกด้านบุคลิกภาพ สำหรับบุคคลผู้สอบเข้าทำงาน ในบรรษัทบริหารทรัพย์สินไทย ตั้งแต่ปี 2545 – 2546

อาจารย์พิเศษ ของคณะแพทยศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตั้งแต่ปี 2540 ถึงปัจจุบัน

อาจารย์พิเศษ ของภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตั้งแต่ ปี 2549 ถึงปัจจุบัน

ผลงานการทำงาน

งานวิจัย การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารซิลิโคนและลักษณะความเป็นชายของผู้ป่วย Penile Siliconoma ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจ ปี 2534

งานวิจัย การศึกษาคุณลักษณะบุคลิกภาพ 16 ด้าน ในนักเรียนพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ปี 2539

งานวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ ของนักเรียนนายร้อยตำรวจ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ปี 2545

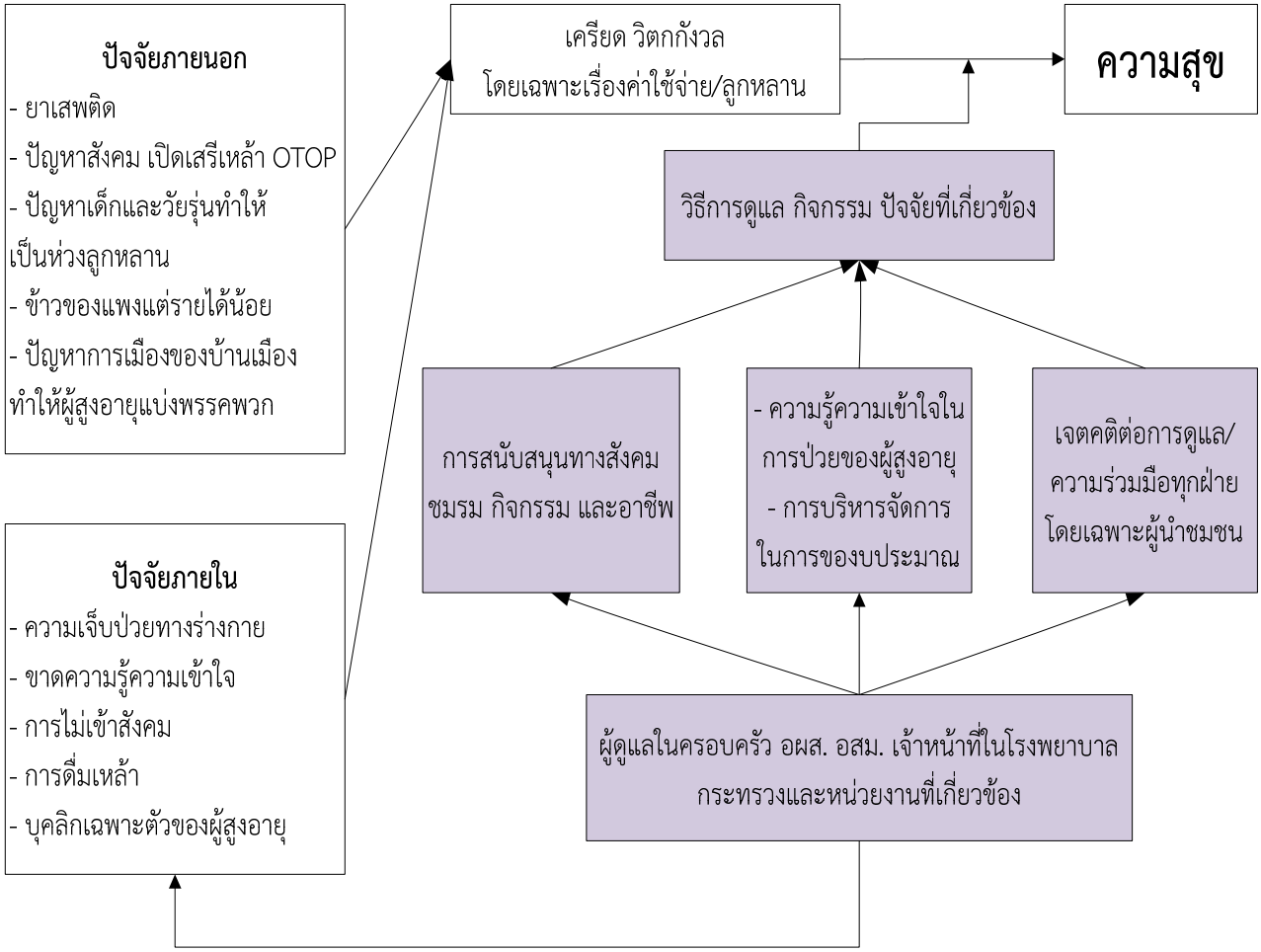
งานวิจัย การศึกษาบุคลิกภาพของข้าราชการตำรวจ ผู้ปฏิบัติหน้าที่เก็บกู้วัตถุระเบิด ปี 2550

“โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้า
และวิตกกังวลในผู้สูงอายุ”

และ

“รูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหา
โรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ”

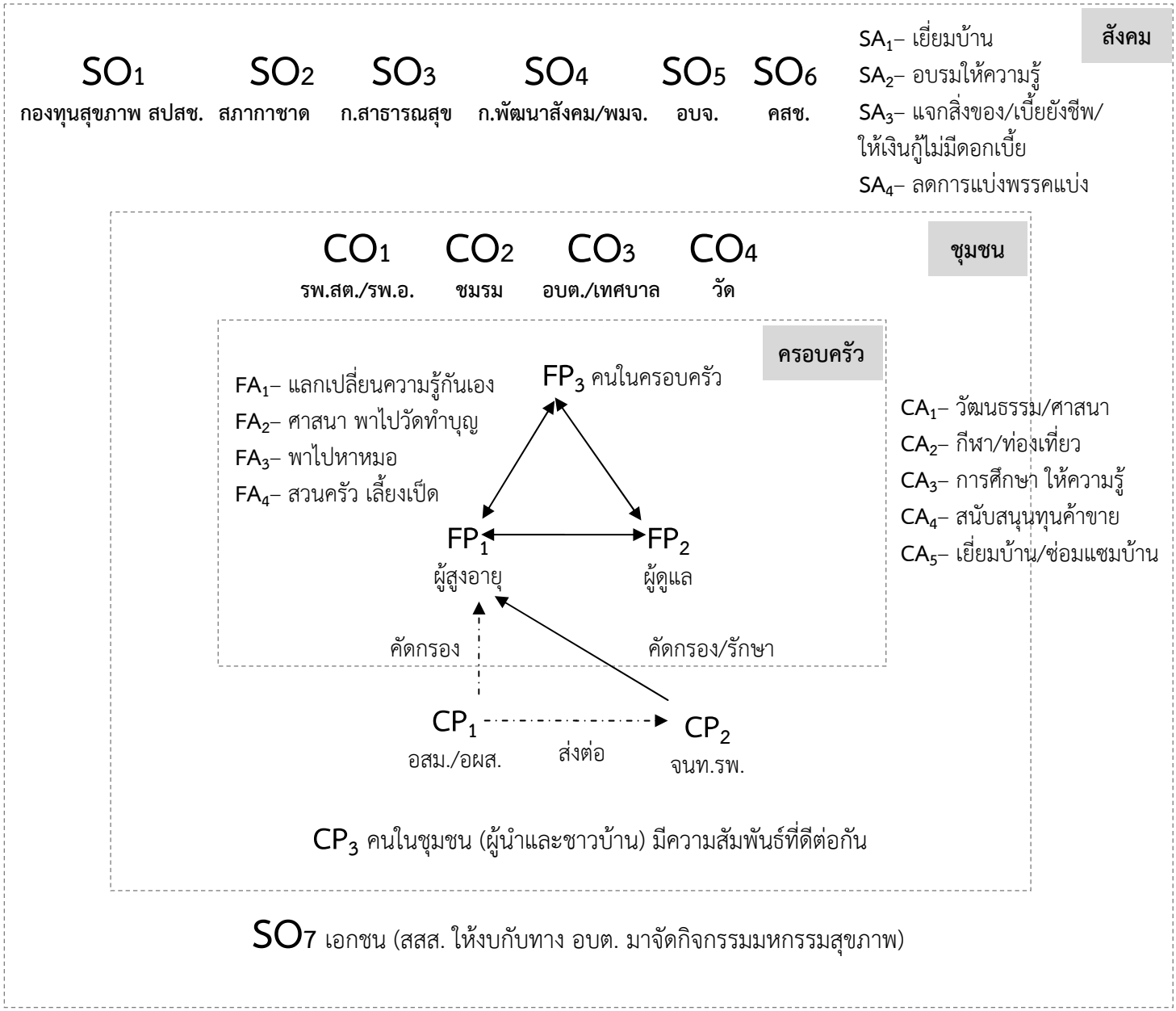
โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: ส้าน น่าน



สัญลักษณ์ เกี่ยวกับผู้ดูแล/จนท.

เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

รูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหา
โรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: ส้าน น่าน



สัญลักษณ์

O หน่วยงาน องค์กร

P คน

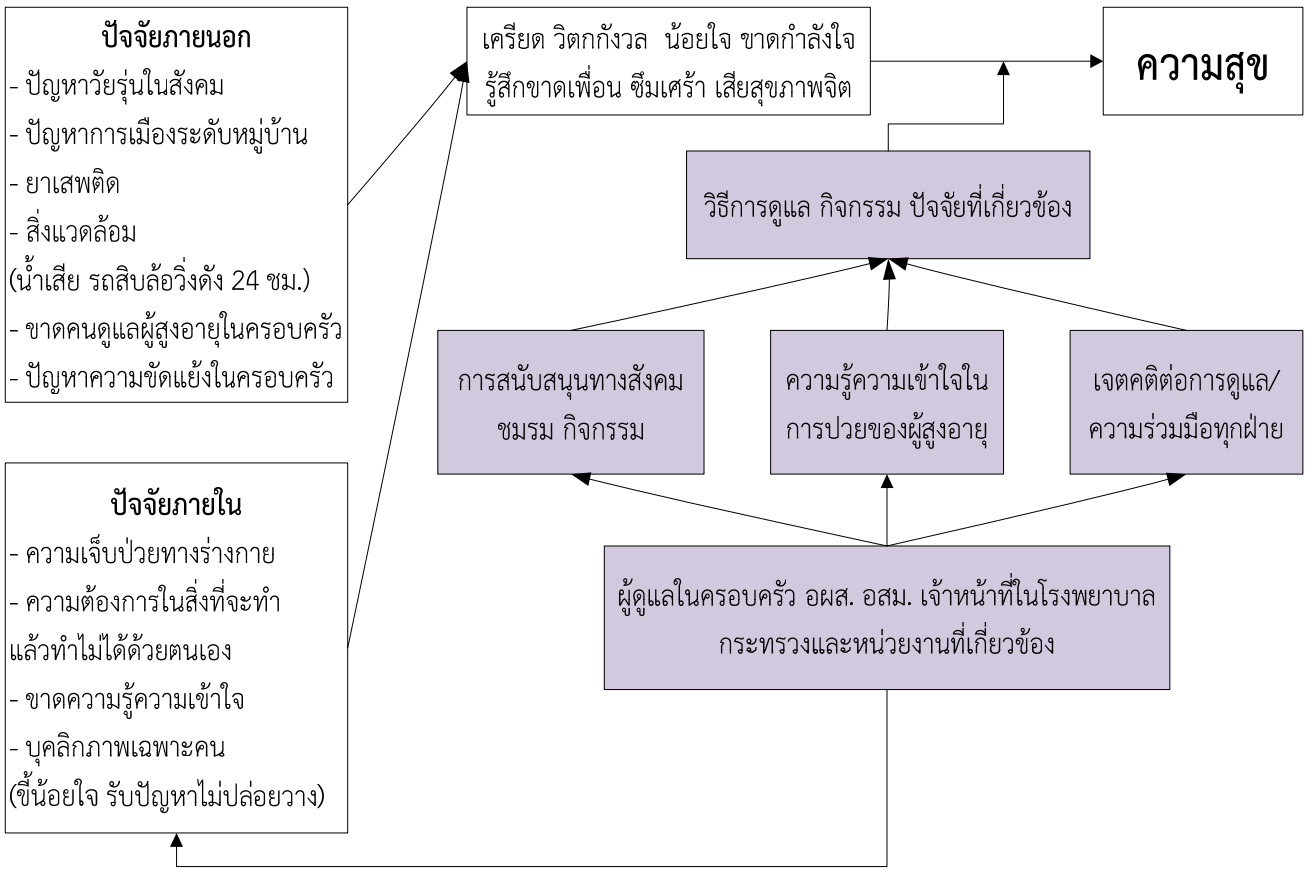
A กิจกรรม

ระดับของสังคม ครอบครัว และชุมชน

ทำหน้าที่แต่ไม่พบผล

ทำหน้าที่และพบผล

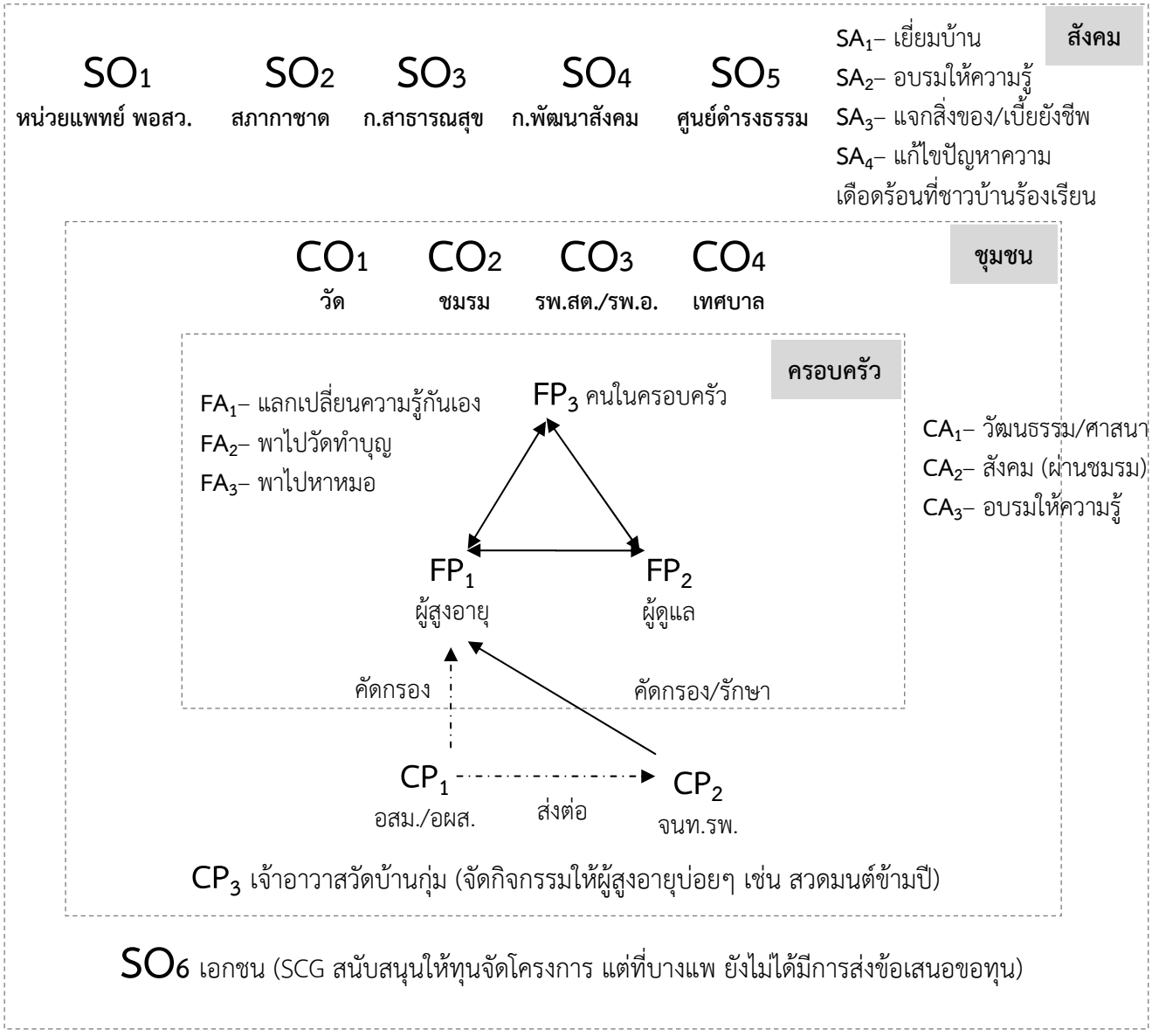
โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: บางแพ ราชบุรี



สัญลักษณ์ เกี่ยวกับผู้ดูแล/จนท.

เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

รูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหา
โรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: บางแพ ราชบุรี



สัญลักษณ์

O หน่วยงาน องค์กร

P คน

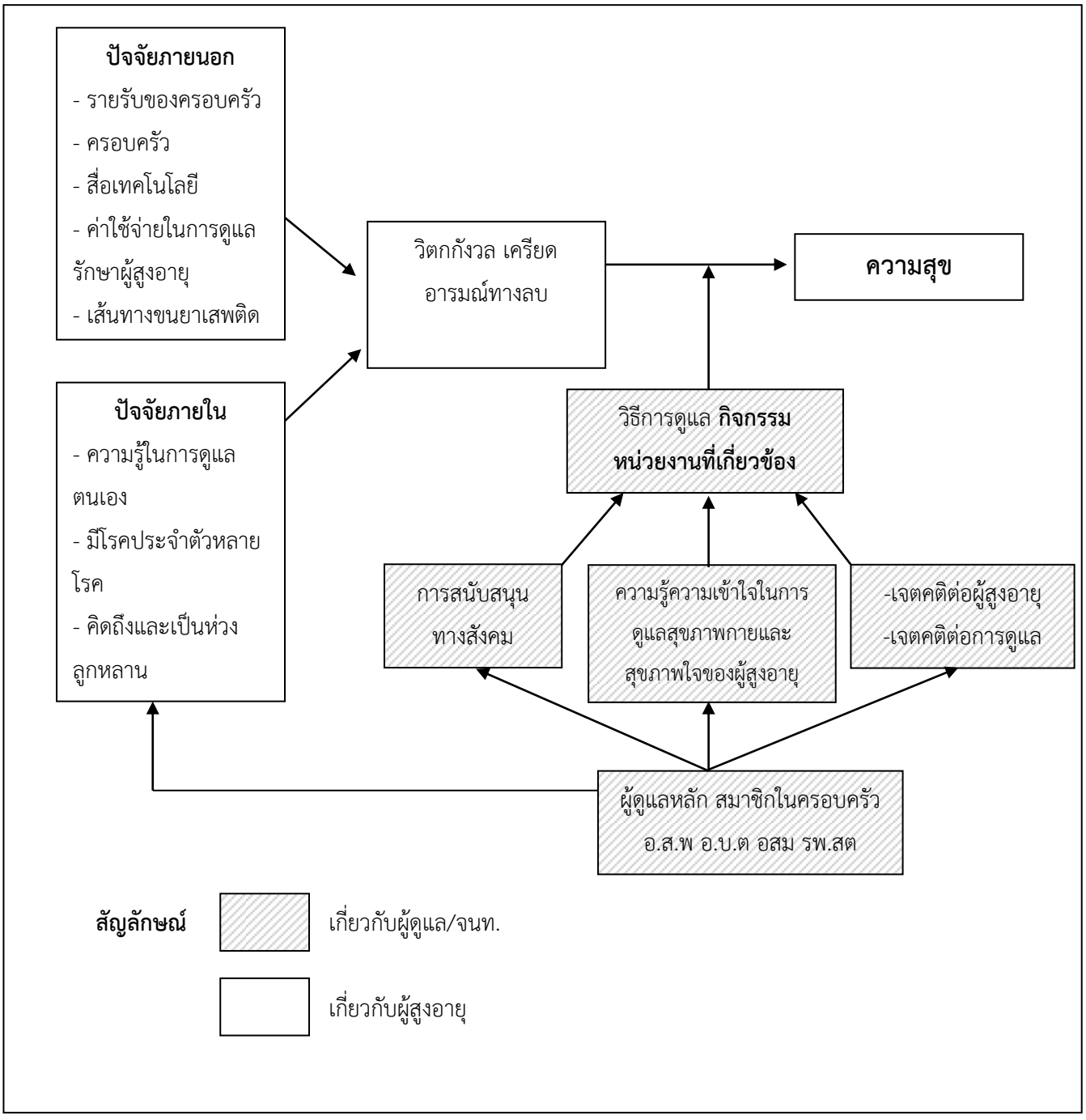
A กิจกรรม

ระดับของสังคม ครอบครัว และชุมชน

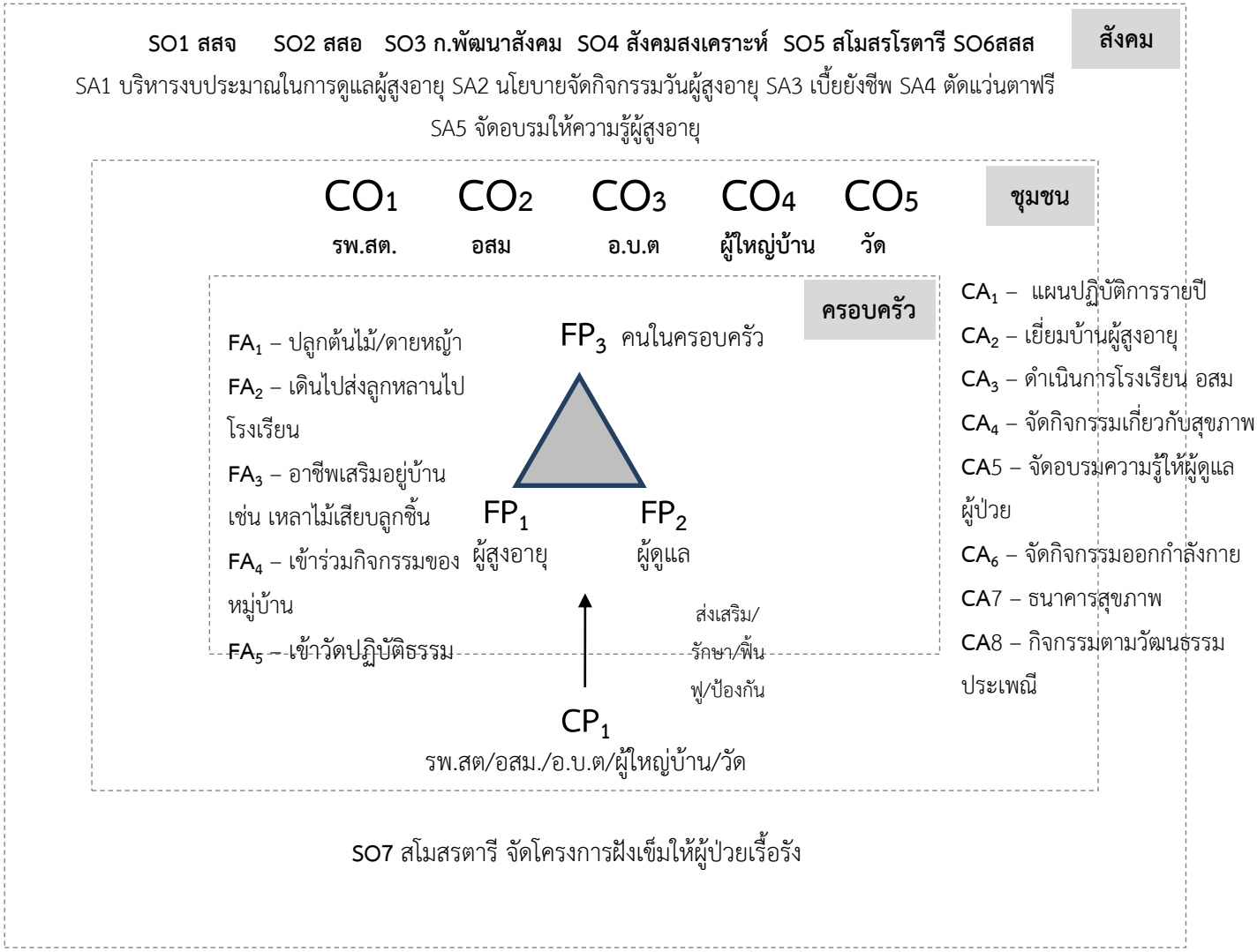
ทำหน้าที่แต่ไม่พบผล

ทำหน้าที่และพบผล

โมเดล : สาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ : บ้านแมด จ. สกลนคร



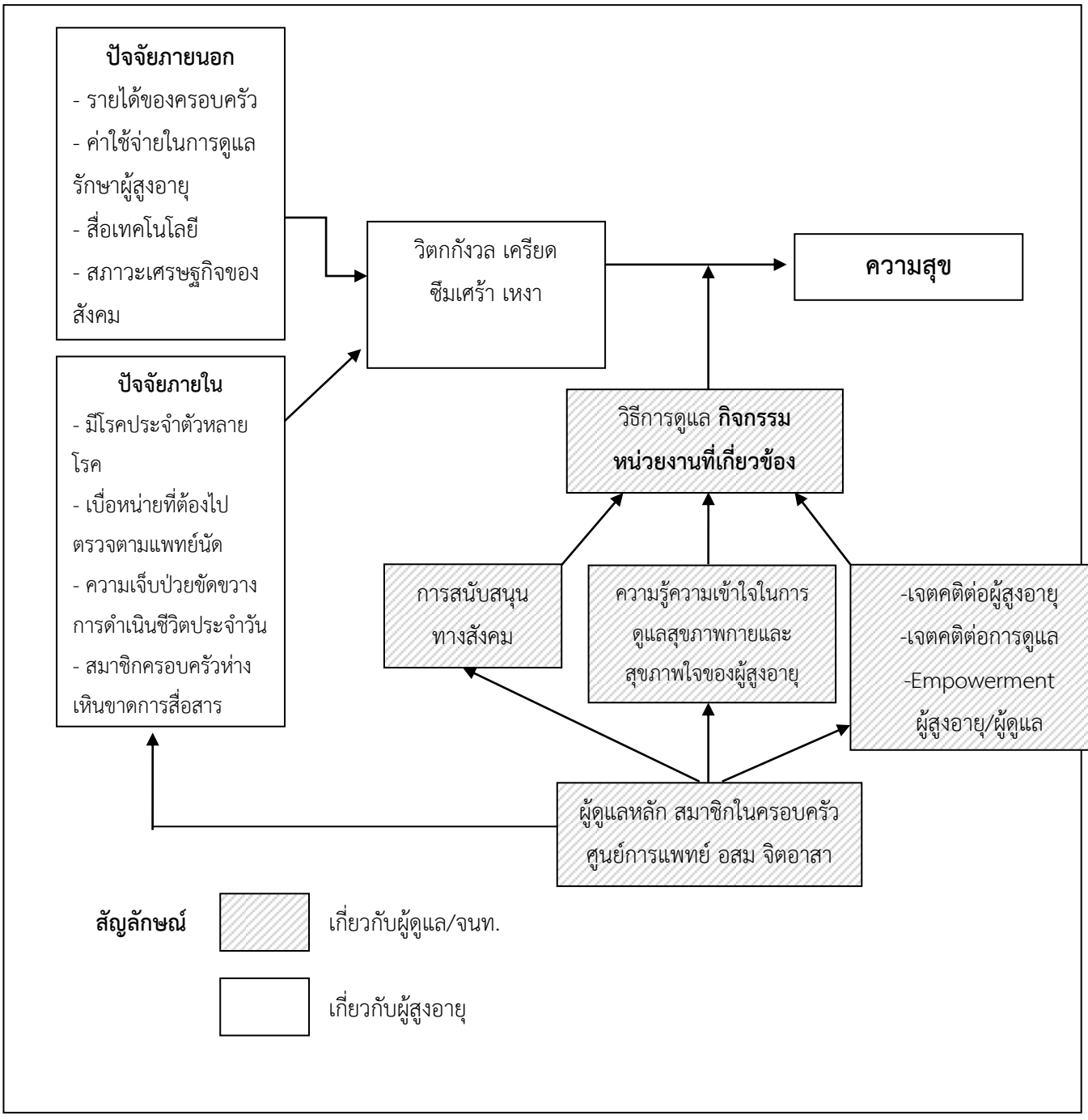
รูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและ
วิตกกังวลในผู้สูงอายุ : บ้านแมด จ.สกลนคร



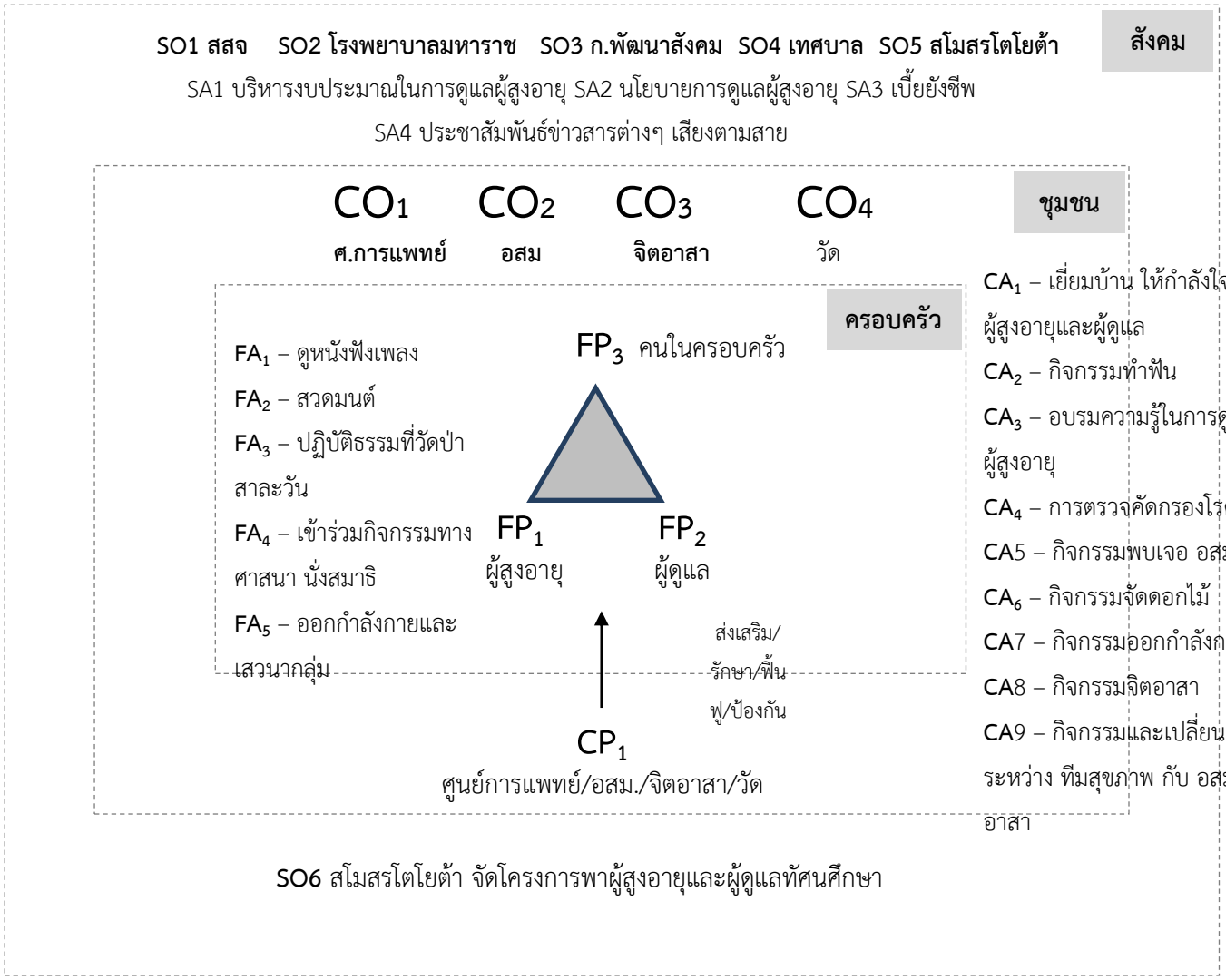
สัญลักษณ์

O	หน่วยงาน องค์กร	S	ระดับสังคม
P	คน	C	ระดับชุมชน
A	กิจกรรม	F	ระดับครอบครัว
	ระดับของสังคม ครอบครัว และชุมชน		

โมเดล : สาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้า วิตกกังวลในผู้สูงอายุ : ชุมชนเมือง จ.นครราชสีมา



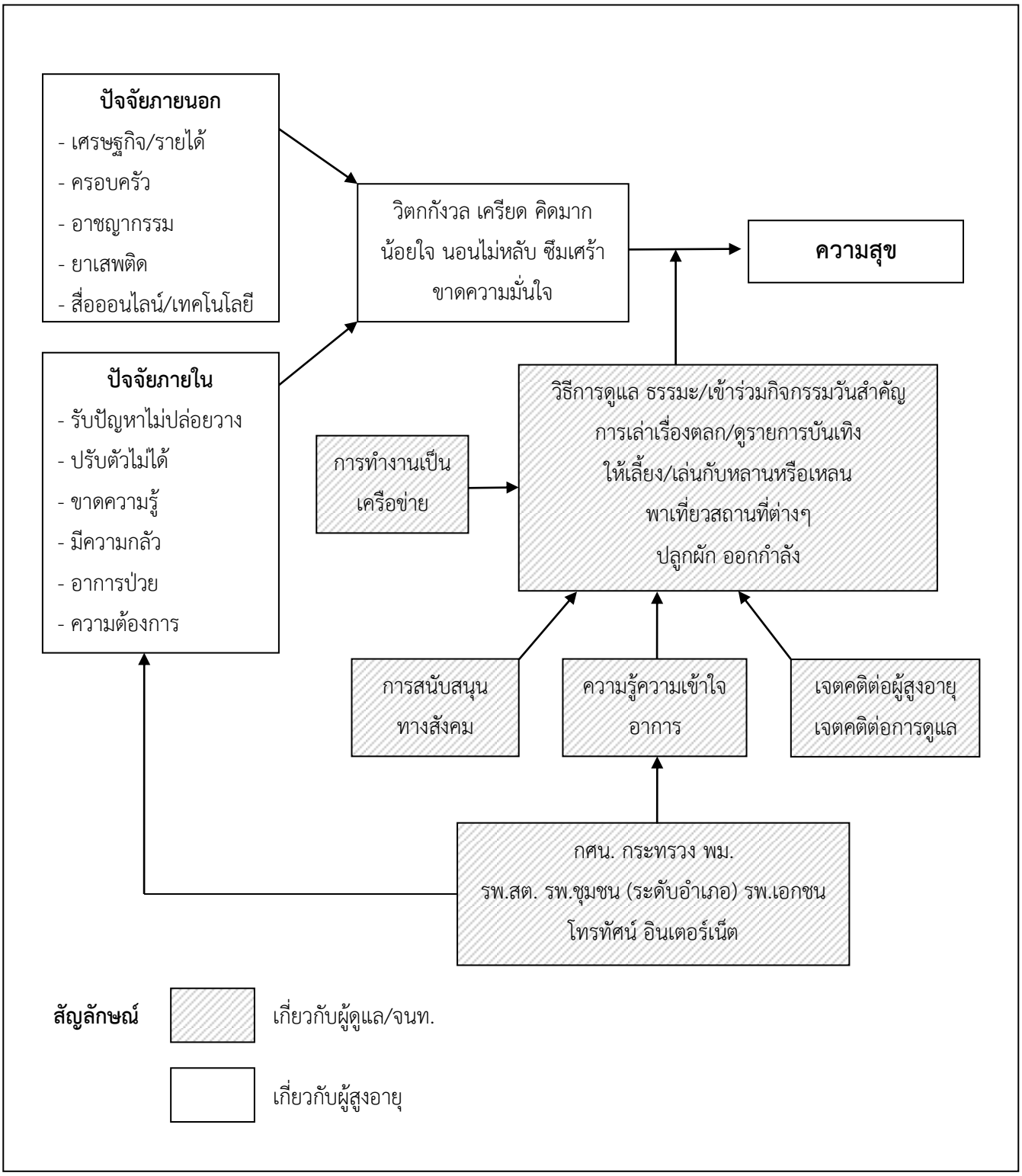
รูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและ
วิตกกังวลในผู้สูงอายุ : ชุมชนเมือง จ.นครราชสีมา



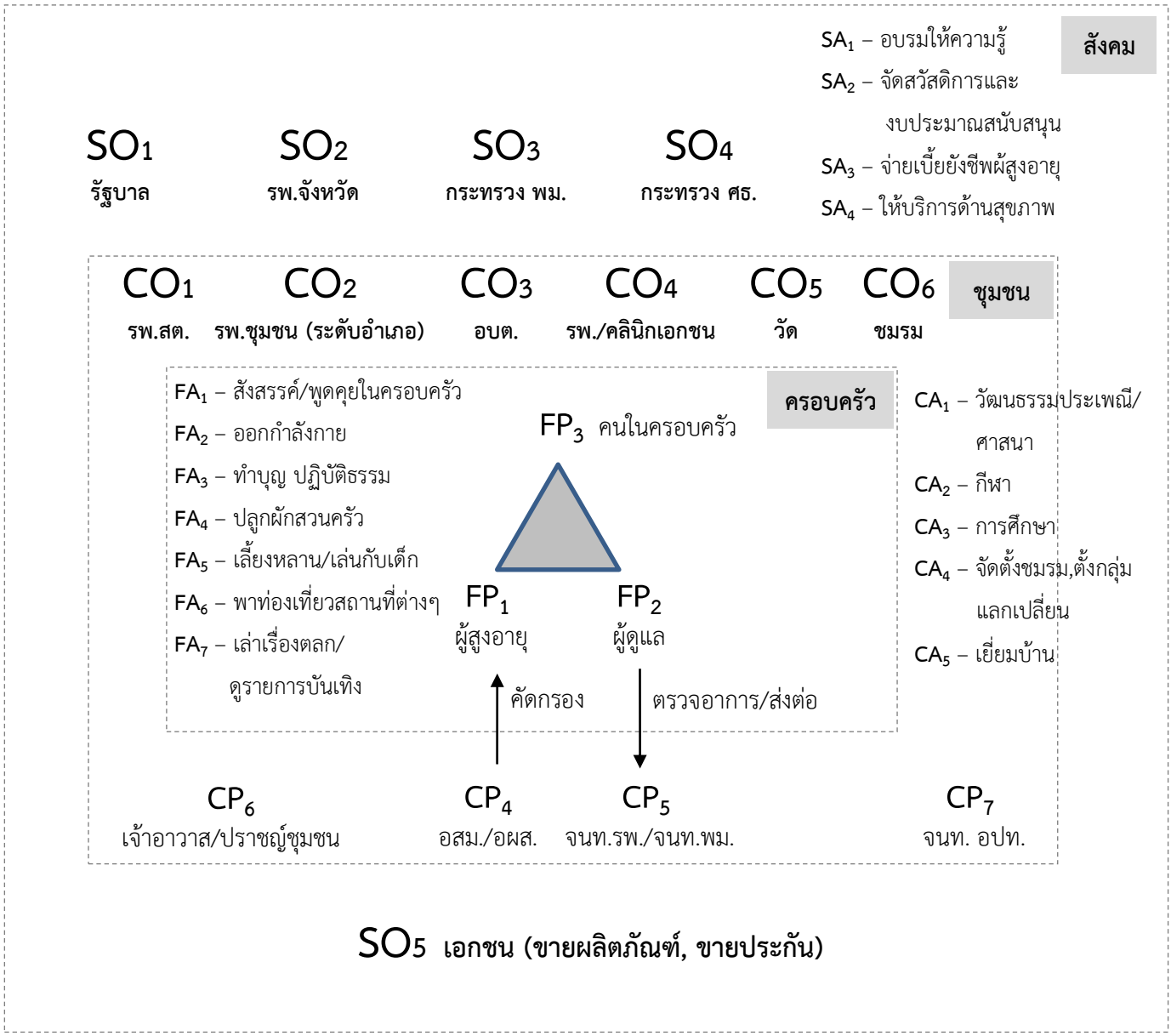
สัญลักษณ์

O	หน่วยงาน องค์กร	S	ระดับสังคม
P	คน	C	ระดับชุมชน
A	กิจกรรม	F	ระดับครอบครัว
	ระดับของสังคม ครอบครัว และชุมชน		

โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ : โพรงอากาศ ฉะเชิงเทรา



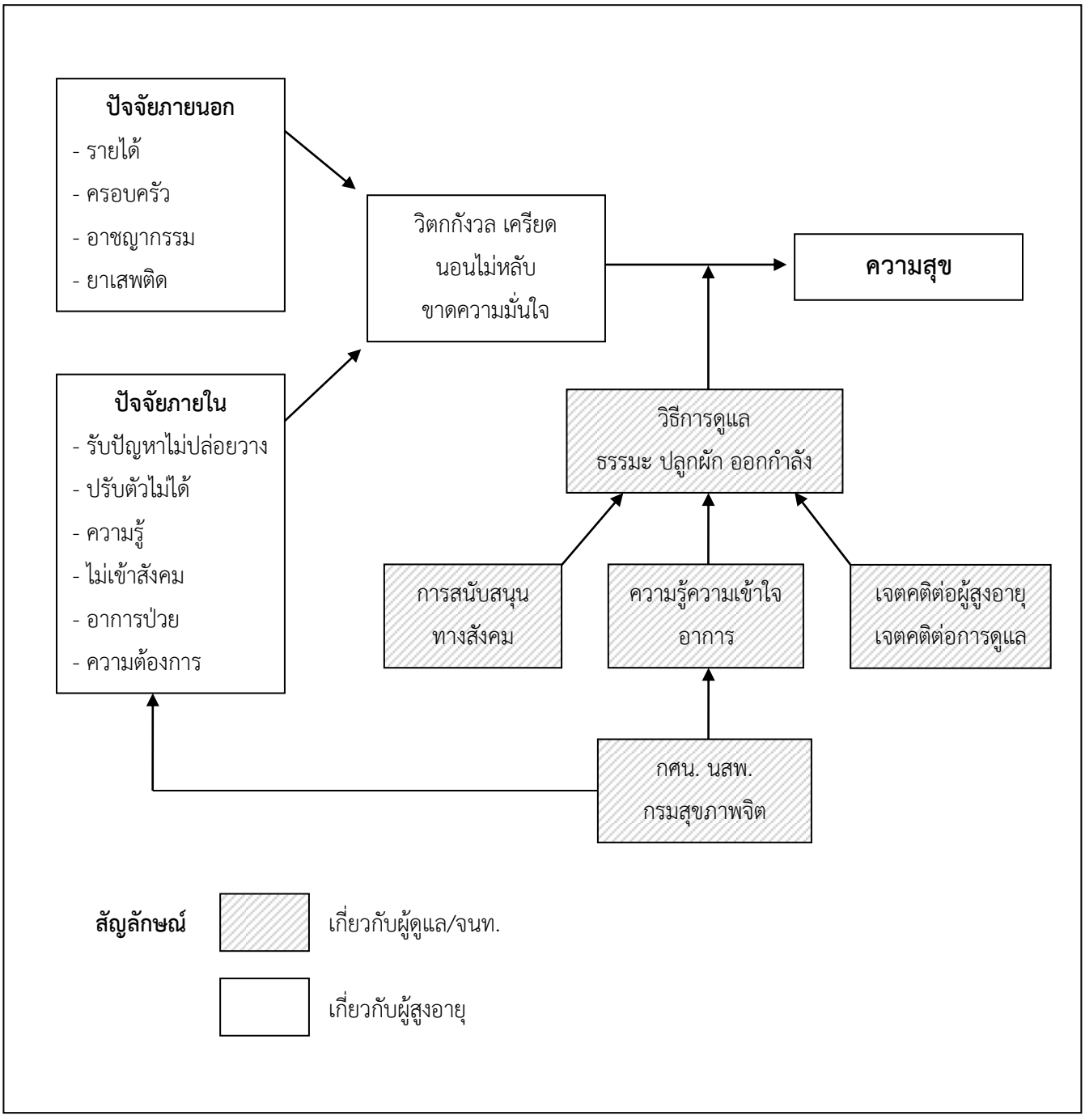
รูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและ
วิตกกังวลในผู้สูงอายุ : โพรงอากาศ ฉะเชิงเทรา



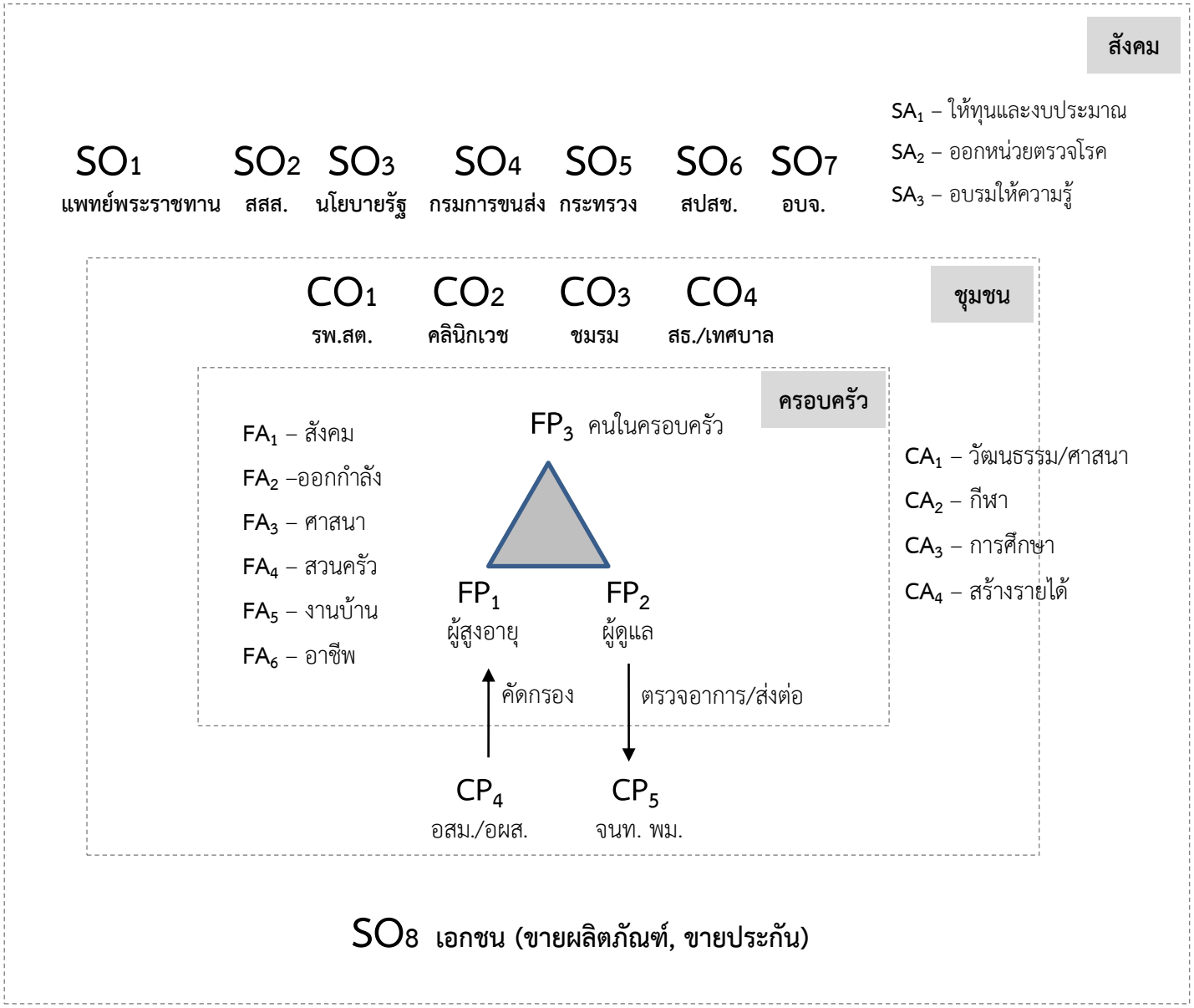
สัญลักษณ์

O	หน่วยงาน องค์กร	S	ระดับสังคม
P	คน	C	ระดับชุมชน
A	กิจกรรม	F	ระดับครอบครัว
	ระดับของสังคม ชุมชนและครอบครัว		

โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ : ระโนด สงขลา



รูปแบบและกลไกการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและ
วิตกกังวลในผู้สูงอายุ : ระโนด สงขลา



SO8 เอกชน (ขายผลิตภัณฑ์, ขายประกัน)

สัญลักษณ์

O	หน่วยงาน องค์กร	S	ระดับสังคม
P	คน	C	ระดับชุมชน
A	กิจกรรม	F	ระดับครอบครัว
	ระดับของสังคม ชุมชนและครอบครัว		

<u>สรุปผลการระดมความคิด (เรียงตามลำดับ)</u>

จากกลุ่มทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว

สรุปผลการระดมความคิด (เรียงตามลำดับ)
จากกลุ่มทีมงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว

ส้าน จังหวัดน่าน

1. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนรู้เรื่องและเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. สร้างแกนนำครอบครัวให้มีความรู้เรื่องโรคเหล่านี้ แล้วนำไปดูแลบุคคลในครอบครัวตัวเอง เพื่อให้ความช่วยเหลือ (ทีมผู้ใหญ่บ้าน อสม. เยาวชน)
2. ให้ทีมหมอมาอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุและทีมผู้ดูแลเรื่องโรคซึมเศร้า โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุชุมชน เสียงตามสายของหมู่บ้าน ทำแผ่นพับแจกคนในชุมชนเข้าใจเรื่องโรคเหล่านี้ จัดบอร์ดความรู้ในชุมชน/ จัดนิทรรศการในงานต่างๆ ในชุมชน
3. อสม.มีความรู้ ให้คำแนะนำคำปรึกษาแต่ละครอบครัวเรื่องโรคซึมเศร้า อาการที่จะเกิดโรคซึมเศร้า

2. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนลดความเสี่ยงหรือป้องกัน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. จัดเวทีประสานความร่วมมือแกนนำชุมชน เพื่อหาแนวทางป้องกันโรคเหล่านี้
2. จัดเวทีสร้างความเข้าใจให้กับบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุและผู้ป่วยเหล่านี้ คนในครอบครัวให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ชวนทำกิจกรรมครอบครัว
3. อสม. อผส. เยี่ยม สังเกตการณ์ แนะนำสร้างสุขภาพจิต
4. จัดกิจกรรมในชุมชนโดยทุกคนมีส่วนร่วมชักชวนเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหมู่บ้านและระดับตำบล

3. ทำอย่างไรให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมาย (ฝัน) ของการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1. พัฒนาศักยภาพของทีม (การให้คำปรึกษา) ให้ผู้ดูแลมีความรู้มีข้อมูลในการช่วยเหลือส่งต่อ เข้าอบรม มีสุขภาพจิตที่ดี โดยมีการออกกำลังกาย ให้ดูแล้วเราไม่ใช่คนอ่อนแอคนขี้โรค
2. สร้างแกนนำผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการดูแลทุกอย่างในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. ให้ อบต. ตั้งงบประมาณขับเคลื่อนในเรื่องงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ให้ผู้นำและภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ บทบาทหน้าที่
5. สร้างทีมคู่บัดดี้ เช่น ผู้สูงอายุกับเยาวชน แลกเปลี่ยนความรู้พูดคุย

บางแพ จังหวัดราชบุรี

1. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนรู้เรื่องและเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ความรู้ โดยฝึกสังเกตอาการกับกลุ่มเป้าหมาย
2. พูดคุยกับผู้สูงอายุบ่อยๆ ให้กำลังใจ ปลอบใจ ยามที่ผู้สูงอายุท้อแท้ (คัดกรอง)
3. นำความรู้ที่ได้มาแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน
4. ศึกษาเพิ่มเติมและถามผู้รู้จากแหล่งความรู้อีกครั้ง (ส่งต่อหาหมอ)

2. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนลดความเสี่ยงหรือป้องกัน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกัน เช่น ไปทำบุญ ฟังเทศน์ นั่งสมาธิ ฟังธรรมะ ออกกำลังกาย จัดอาหารมากินด้วยกัน ซึ่งอาจจะจัดโดยชมรมผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสนใจเข้ามาร่วมจัด
2. กลุ่มเป้าหมายไปเยี่ยมเยียนแลกเปลี่ยนกันไปซึ่งกันและกันตามความสมัครใจ (ผู้สูงอายุไปเยี่ยมเยียนกันเอง “เพื่อนช่วยเพื่อน”)
3. ให้ลูกๆ ที่อยู่ห่างไกลโทรมาคุยบ่อยๆ และมาหาบ้าง
4. อบรมเพื่อสร้างอาชีพที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ เพื่อให้มีรายได้ เช่น จักสาน เสียบปลาหวาน มัดลูกตุ้ม โดยอาจจะให้มีคนมาลงทุน วางอุปกรณ์ให้ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกันทำเป็นงานอดิเรก (ผู้สูงอายุไม่ต้องลงทุนแต่ลงแรง) ซึ่งปกติมี กศน. มาเสริมอาชีพอยู่แล้ว แต่มีเงื่อนไขว่าต้องรวมกลุ่มกัน 20 คน ซึ่งบางครั้งรวมไม่ได้ ทำให้ไม่ได้สอนกัน (ถ้าจะให้ดี ควรช่วยหาตลาดให้ด้วย)

3. ทำอย่างไรให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมาย (ฝัน) ของการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1. สมาชิกกลุ่มผู้ดูแลทั้งหมดทุกฝ่ายทุกคน ทั้ง อสม. อผส. และผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว ต้องร่วมมือร่วมใจกัน (ทำตามข้อ 1-2)
2. ขอความอนุเคราะห์จากกลุ่มเครือข่าย เช่น โรงพยาบาล สภากาชาดไทย หรือถ้าเป็นด้านอาชีพสามารถขอความอนุเคราะห์จาก กศน. เพื่อฝึกอาชีพ ถ้าเป็นด้านการตลาด ก็ต้องการแหล่งรับซื้อ ผู้ที่เข้ามาช่วยบริหารจัดการ (เคยทำเรื่องการพัฒนาอาชีพมาแล้ว แต่ไม่มีตลาด ก็เลยไม่สามารถทำต่อได้ เช่น กวนกาละแม)
3. หางบสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุเพื่อกิจกรรมต่างๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เทศบาล/อำเภอ

บ้านแมด จังหวัดสกลนคร

1. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนรู้เรื่องและเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้
2. อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน พระและหมอเหยา (ใช้เครื่องมือประเมินได้)
3. อบรมการให้คำปรึกษาและเทคนิคคลายเครียดแก่ อสม.

2. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนลดความเสี่ยงหรือป้องกัน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. สร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ตั้งกลุ่มให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. ส่งเสริมให้คนมองโลกเชิงบวก
4. วิธีบริหารจัดการความเครียดที่ถูกต้อง

3. ทำอย่างไรให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมาย (ฝัน) ของการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1. สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ (ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ)
2. สร้างแผน (Action Plan) และการประเมินผล
3. จัดกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติในการดูแลผู้สูงอายุ
4. สร้างความเข้มแข็งในครอบครัวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ชุมชนเมือง จังหวัดนครราชสีมา

1. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนรู้เรื่องและเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
2. วิธีการช่วยเหลือ
3. การพัฒนาสื่อเกี่ยวกับสภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า
4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing)

2. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนลดความเสี่ยงหรือป้องกัน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว
2. เยี่ยมบ้านและให้กำลังใจ
3. วิธีการเสริมแรงเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง (กิจกรรมกลุ่ม+รายบุคคล)
4. การเก็บข้อมูลเพื่อติดตามผล
5. การสร้างเครือข่ายบ้านใกล้เรือนเคียง

3. ทำอย่างไรให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมาย (ฝัน) ของการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1. มีเป้าหมายร่วมกัน (ดูแลตนเองเพื่อดูแลซึ่งกันและกัน)
2. สร้างความสามัคคี
3. Empowerment
4. การจัดการความเครียดของจิตอาสา

โพรงอากาศ จังหวัดฉะเชิงเทรา

1. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนรู้เรื่องและเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. ให้ความรู้
2. รวมตัวหมอ อ.ส.ม. อ.ผส. ไปเยี่ยมผู้สูงอายุ
3. แนะนำบุตรหลานให้เข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ
4. ชวนกันไปงาน ปรึกษา

2. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนลดความเสี่ยงหรือป้องกัน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1. ครอบครัวเจอกัน พูดคุยกับผู้สูงอายุ
2. ช่วยกันดูแลเพื่อนบ้าน
3. จัดลานกีฬา และ หากิจกรรมยามว่างให้ทำ
4. ชวนกันระวังอันตราย จากคนแปลกหน้า และคนที่มีลักษณะอันตราย
5. ตั้งกลุ่มแลกเปลี่ยนแต่ละหมู่บ้าน

3. ทำอย่างไรให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมาย (ฝัน) ของการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1. ทีมงานรับผิดชอบหน้าที่
2. รับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ
3. เยี่ยมเป็นทีมที่บ้านผู้สูงอายุประจำทุกเดือนหรือมีเวลาว่างตรงกัน โดยมีของไปเยี่ยมบ้าง
4. ชักจูงญาติหรือผู้ป่วยทำตามเจ้าหน้าที่
5. ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่มาตรวจเยี่ยม และช่วยเหลือในชุมชน
6. จัดให้มีการสรงน้ำตามประเพณี

ระโนด จังหวัดสงขลา

1. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนรู้เรื่องและเข้าใจเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

5. ให้ความรู้ อ.สม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ
6. ให้ข้อมูลกับชุมชนเกี่ยวกับความชุกชมของโรค และสอดแทรกความรู้ (ลักษณะอาการ ผลที่ตามมา) ในการประชุมต่าง ๆของหมู่บ้าน
7. จัดทำเอกสารแผ่นพับ ประชาสัมพันธ์
8. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์
9. จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในการแนะนำเกี่ยวกับโรค

2. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนลดความเสี่ยงหรือป้องกัน ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

6. ดึงความสามารถ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน เปิดศูนย์เรียนรู้ต่างๆ
7. จัดกิจกรรมในชุมชนตามเทศกาลต่างๆ เช่น รดน้ำดำหัวในวันสงกรานต์ กีฬาผู้สูงอายุ กิจกรรมยกย่องเชิดชูเกียรติ
8. จัดให้มีกิจกรรมสร้างรายได้ เช่น ปลูกผัก สานตะกร้า ทำน้ำยาล้างจาน

3. ทำอย่างไรให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมาย (ฝัน) ของการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

1. ทีมต้องมีจิตอาสา ในการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา
2. ให้ความรู้แก่ทีมดูแลผู้สูงอายุ และให้ปฏิบัติจริง (อบรมระยะสั้น)
3. ต้องยอมรับในผู้สูงอายุและตระหนักถึงหลักสัจธรรม ตั้งใจดูแล เป็นผู้ให้ที่มีความสุข คิดบวก
4. สร้างเครือข่ายการทำงาน มีการดูแลต่อเนื่อง บูรณาการงด้วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบ
5. เพิ่มค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุ

ภาคผนวก ฉ

คู่มือเทคนิคการใช้เรื่องเล่า (Story telling)
“เรื่องเล่าเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ”

คู่มือเทคนิคการใช้เรื่องเล่า (Storytelling)
“เรื่องเล่าเกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุ”

ผู้ให้สัมภาษณ์ (เจ้าของเรื่องเล่า) : ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันที่มีภาวะหรือเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิติเตียน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมต่างๆลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ภาวะวิตกกังวล (State anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลโดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขณะนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ความกดดันของเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งความขัดแย้งที่มีอยู่ ซึ่งบุคคลไม่อาจหยุดความคิดคาดการณ์ที่เกินความเป็นจริงได้ ทำให้มีความรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นอุปนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ : ประมาณ 1ชั่วโมง (อาจมากกว่าหรือน้อยกว่าขึ้นอยู่กับปริมาณเนื้อหาที่เล่า)

ขั้นตอนการในการสัมภาษณ์ด้วยเทคนิคการใช้เรื่องเล่า

<u>ขั้นเริ่มต้นการสัมภาษณ์</u>

1. ผู้สัมภาษณ์แนะนำตนเองและให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุแนะนำตนเองรวมทั้งพูดคุยเบื้องต้นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและบรรยากาศที่ดีของการสัมภาษณ์

2. ผู้สัมภาษณ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ดังนี้ “เพื่อให้ได้เรื่องเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของท่านเพื่อนำไปพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายและใจที่ดีต่อไป”

3. ขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์เพราะอาจจดไม่ทันและให้สัญญาว่าเทปนี้จะไม่นำไปเผยแพร่ นอกจากผู้สัมภาษณ์จะนำมาเปิดฟังเพื่อเขียนบรรยายเรื่องเล่าให้ถูกต้องตรงตามที่ผู้เล่าเรื่องเล่ามาเท่านั้น

<u>ขั้นเกริ่นนำ</u> โดยใช้แนวคำถาม ดังนี้

1. สถานภาพการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันของพี่/น้อง

1.1 ตอนนี้ดูแลใครอยู่และเกี่ยวข้องกับ (พี่/น้อง) อย่างไร

1.2 (พี่/น้อง) เคยเจอเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลหรือไม่ (ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์ตอบว่า “<u>ไม่เคยเจอเหตุการณ์ให้ยุติการสัมภาษณ์”</u> แต่ถ้าตอบว่า “<u>เคยเจอเหตุการณ์ให้ดำเนินการสัมภาษณ์ในขั้นต่อไป”</u>)

ขั้นการสัมภาษณ์เรื่องเล่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของตนเอง อย่างน้อยคนละ 1 เรื่องเล่า โดยดำเนินไปตามโครงสร้างของเรื่องเล่าที่ดีจะมี 9 องค์ประกอบ และมี 5 ประเด็นที่ควรเล่าเรื่องไปพร้อมๆ กัน เริ่มจาก 1 + 2 + 3 + 4 ⇨ 5+6 ⇨ 7 ⇨ 8 + 9 ตามลำดับ

โดยมีแนวคำถามสำหรับการเล่าเรื่อง ดังนี้

1) **เมื่อไหร่** (เรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ (พี่/น้อง) กำลังจะเล่านี้เกิดขึ้นเมื่อไหร่)
2) **ที่ไหน** ((พี่/น้อง) ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมว่าเรื่องนี้เกิดขึ้นที่ไหน)
3) **ใครกับใคร** (เคยถามแล้วตอนเกริ่นนำ แต่อาจถามเพิ่มว่าในสถานการณ์การดูแลนั้นมีใครอยู่ในเหตุการณ์บ้าง)
4) **อะไร** แบ่งเป็น
   4.1 ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่าผู้สูงอายุที่ (พี่/น้อง) ดูแลมีหรือแสดงอาการอย่างไรบ้าง
   4.2 ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่า (พี่/น้อง) ทำอะไรกับผู้สูงอายุที่ดูแลเมื่อท่านมีอาการดังกล่าว
5) **การโต้ตอบ** (ช่วยเล่าในรายละเอียดว่ามีการโต้ตอบระหว่าง (พี่/น้อง) กับผู้สูงอายุ อย่างไรบ้าง เช่น (พี่/น้อง) กระทำอย่างไรกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการโต้ตอบในสิ่งที่ (พี่/น้อง) กระทำต่อท่านอย่างไร และ (พี่/น้อง) กับท่านมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร)
6) **ความรู้สึก** ((พี่/น้อง) มีความรู้สึกอย่างไรที่ได้ดูแลผู้สูงอายุตามวิธีที่เล่ามาและคิดว่าผู้สูงอายุที่ดูแลรู้สึกอย่างไร)

7) **การกระทำ**

7.1 (พี่/น้อง) ช่วยเล่าให้ฟังหรือสรุปถึงกระบวนการดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจว่ามีขั้นตอนในการดูแลอย่างไรบ้าง (อาจเป็นการสรุปเรื่องเล่าของข้อ 4+5+6) โดยแสดงเป็นขั้นตอน

7.2 ถ้า (พี่/น้อง) จะมีกระบวนการดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง ให้เล่าเป็นขั้นตอนที่คาดว่าจะทำ

8) **ผลลัพธ์** ((พี่/น้อง) ช่วยเล่าให้ฟังถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีการดังที่เล่ามาว่าเกิดอะไรบ้าง)

***ผลลัพธ์** หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำซึ่งในที่นี้คือผลที่เกิดขึ้นทันทีหรือเกิดขึ้นไล่เลี่ยหลังจากที่ผู้ดูแลได้มีการกระทำหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ

9) **การเปลี่ยนแปลง** ((พี่/น้อง) ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่าผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างหลังจากที่ได้ดูแลด้วยวิธีการดังที่เล่ามาเทียบกับก่อนการดูแลด้านจิตใจ)

***การเปลี่ยนแปลง** หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำซึ่งในที่นี้คือผลจากการดูแลผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นต้นซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจต้องอาศัยระยะเวลาระยะหนึ่งจึงจะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงนั้น

2. หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ให้เขียนรายละเอียดจากการสัมภาษณ์ลงใน “แบบบันทึกการเขียนเรื่องเล่า” (เขียนประมาณ 1-2 หน้า ดังเอกสารแนบ)

แบบบันทึกการเขียนเรื่องเล่า

คำชี้แจง : ให้ผู้สัมภาษณ์เขียนเรื่องเล่าที่รับฟังจากผู้เล่าที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว โดยตั้งชื่อเรื่องเล่าและเขียนรายละเอียด

เรื่อง.....
ชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของเรื่องเล่า.....
ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

เขียนเรื่องเล่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นี่ :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ตัวอย่างแบบบันทึกการเขียนเรื่องเล่า
“การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล”

คำชี้แจง : ให้ผู้สัมภาษณ์เขียนเรื่องเล่าที่รับฟังจากผู้เล่าที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนในครอบครัว โดยตั้งชื่อเรื่องเล่าและเขียนรายละเอียด

เรื่อง **การดูแลเอาใจใส่ เป็นหัวใจในการคลายความเศร้า**
เจ้าของเรื่องเล่า โดย **หลานสาวคุณตา (นามสมมติ)**
เขียนเรื่องเล่า โดย **นางสาวณภัทรรัตน์ ไชยอัครกัลป์**
เขียนเรื่องเล่าของผู้สูงอายุที่นี่ :

เรื่อง การดูแลเอาใจใส่ เป็นหัวใจของการคลายความเศร้า เป็นเรื่องราวของหลานสาวกับคุณตาวัย 70 ปี กว่า ๆ ที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เนื่องจากมีอาการของโรคอัมพฤกษ์ ร่วมกับความดันโลหิตสูง ทำให้ในชีวิตประจำวันไม่สามารถดูแลตัวเองได้เหมือนดังเดิม

หลานสาวได้เล่าว่า ย้อนไปประมาณปีพ.ศ.2535 ขณะที่ลูกทั้ง 7 และหลาน ๆ กำลังร่วมกันรดน้ำดำหัวคุณตา และคุณยาย คุณตาก็เกิดอาการปากเบี้ยว แขน ขา ตกไปหนึ่งข้าง ทุกๆ คนเกิดอาการตกใจ และรีบพาคุณตาไปโรงพยาบาล หลังจากที่กลับจากโรงพยาบาล คุณตาก็มีอาการอัมพฤกษ์ไปหนึ่งข้าง และพูดไม่ชัด เนื่องจากปากไม่สามารถขยับได้เหมือนเดิม ผู้ที่รับหน้าที่ดูแลคุณตา ก็คือ คุณป้าที่ยังไม่มีครอบครัว และตัวหลานสาวที่เป็นผู้ร่วมดูแล

การเตรียมตัวในการดูแลคุณตา เริ่มจากซื้อเตียงใหม่ให้คุณตา (เนื่องจากก่อนหน้านี้ คุณตาชอบนอนบนพื้น) รวมทั้งทำเครื่องออกกำลังกายด้วยแขน (ลักษณะเป็นเชือกผู้ติดกับเพดาน สามารถใช้มือดึงเชือกขึ้นลงได้) เพื่อให้คุณตาได้บริหารแขนในทุก ๆ เช้า

ในช่วงแรก ๆ ที่คุณตาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คุณตาก็จะนอนนิ่ง ๆ แล้วมีน้ำตาไหลบ้าง เวลากลางคืนก็มีอาการนอนไม่หลับ โดยช่วงเวลาประมาณ 21.00 -22.00 น. คุณตาก็จะเรียกหลานที่นอนข้าง ๆ ให้ตื่นขึ้นมา และพยายามจะเล่าเรื่องต่าง ๆ ให้ฟัง ผ่านคำพูดที่ไม่ค่อยชัดจากอาการปากเบี้ยวของโรคอัมพฤกษ์ว่า *“ตาจะสอนร้องเพลงชาติในสมัยก่อน อยากร้องเป็นไหม” “ตาจะเล่านิทานชาดกให้ฟัง อยากฟังเรื่องไหนล่ะ”* หลานสาวก็จะพูดใส่คุณตาด้วยน้ำเสียงสลึมสลือว่า *“ไม่อยากฟัง จะนอน พรุ่งนี้ต้องไปโรงเรียนนะตา”* ตาก็จะเงียบไป สักพักก็จะเรียกใหม่ เป็นอย่างนี้ในหลาย ๆ คืน

นอกจากนี้ ในช่วงกลางวัน คุณตาก็จะเรียกคุณป้าตลอดเวลา ให้มาดูว่า ตาถ่าย หรือปัสสาวะบ้างหรือไม่ ในช่วงแรกป้าก็จะพูดกับคุณตาด้วยน้ำเสียงมีอารมณ์เล็กน้อย เนื่องจากคุณป้าต้องขายของ และบางครั้งเมื่อมาหาตามที่คุณตาเรียกก็พบว่าไม่มีอะไร หลังจากที่คุณป้าพูดกับคุณตาด้วยน้ำเสียงแบบนั้น คุณตาก็จะมีอารมณ์โกรธสะท้อนออกมาทางคำพูด และน้ำเสียงที่ดังว่า

“ถ้าไม่อยากดูแลก็ไม่ต้องมาดูแล พ่อก็ไม่ได้อยากเป็นแบบนี้!!”

พอเวลาผ่านไปประมาณ 2 เดือน คุณป้าก็เริ่มเข้าใจคุณตาว่า คุณตารู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ก็มาบอกกับหลานสาวว่า ให้ช่วยกันดูแลคุณตา ถ้าหากคุณตาอยากได้สิ่งใด ก็ให้ตามใจและพยายามช่วยเหลือท่านให้มากที่สุด

สิ่งที่หลานสาวเลือกทำ ก็คือ พูดคุยกับคุณตาในเรื่องที่คุณตาชอบ และให้ความสำคัญกับสิ่งที่คุณตาเคยเล่าให้ฟัง โดยจะแสดงออกกับคุณตาด้วยการเข้าไปกอดคุณตา และถามคุณตาว่า *"ตาอยากฟังนิทานเรื่องไหนหรือเปล่า เดี๋ยวเล่าให้ฟังนะ ที่ตาเคยเล่าให้ฟังเมื่อก่อน ยังจำได้อยู่น้า"* นอกจากนี้ยังนวดขาและแขนให้กับคุณตา พร้อมกับพูดว่า *"ตารีบหายนะ จะได้ไปรับที่โรงเรียนอีก รอให้ตาไปรับอยู่ทุกวันเลย"* เมื่อหลานสาวพูดคุยกับคุณตาด้วยประโยคเหล่านี้ ทุกครั้งคุณตาก็จะมีรอยยิ้มกว้าง และหัวเราะออกมาอย่างร่าเริง

คุณป้าก็ได้ปรับเปลี่ยนตัวเองในการดูแลคุณตา คือ พูดกับคุณตาด้วยน้ำเสียงที่ปกติ และพยายามให้คุณตาฝึกช่วยเหลือตัวเอง และให้คำชม หลังจากนั้นคุณตาก็มีรอยยิ้ม และอารมณ์ดี ไม่มีอาการนอนไม่หลับ

แต่ในบางครั้งคุณตาก็ยังมีอาการนอนนิ่ง ๆ หันหลังให้กับหน้าบ้าน (ที่เป็นร้านค้า) เมื่อคุณป้าสังเกตเห็นอาการนั้น จึงคิดว่าคุณตาอาจจะมีอาการอายคนอื่น ๆ ที่มาซื้อของ จึงได้ไปซื้อบ้านที่อยู่ใกล้ๆ กันอีกหลังหนึ่งสำหรับดูแลคุณตา โดยในตอนกลางวันช่วงเดือน เมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม เป็นช่วงก่อนเปิดเทอม คุณป้าต้องไปช่วยคุณป้าอีกท่านขายของในตอนกลางวัน หลานสาวก็ต้องไปโรงเรียนทำให้ช่วงเวลานั้นคุณตาต้องอยู่บ้านคนเดียว ในช่วงเย็นที่หลานกลับมา คุณตาก็จะมีอาการงอแง อารมณ์เสียบ้าง เนื่องจากบางครั้งต้องนอนบนปัสสาวะตัวเอง ทำให้รู้สึกเครียด

คุณป้าก็ได้คิดวิธีการที่จะช่วยให้คุณตาไม่ต้องนอนบนปัสสาวะตัวเอง ด้วยวิธีการง่าย ๆ นั่นคือ ใช้ถุงพลาสติกผูกไว้กับอวัยวะเพศของคุณตา เมื่อคุณป้ากลับมาก็สามารถนำไปทิ้งได้ ที่นอนคุณตาก็ไม่มีกลิ่น และไม่ทิ้งให้คุณตาต้องอยู่คนเดียวอีก

หลานสาวได้เล่าให้ฟังว่า สาเหตุที่คุณป้าดูแลคุณตาเอง โดยที่ไม่จ้าง เนื่องจากคุณป้าคิดว่า การดูแลถึงแม้จะหนักแต่เป็นหน้าที่ของลูก ที่ต้องตั้งใจในการดูแลและเอาใจใส่ เป็นการตอบแทนบุญคุณที่ถึงแม้ว่าในช่วงแรก ๆ จะยังปรับตัวไม่ทัน แต่เมื่อเข้าใจในอาการของคุณตาแล้ว คุณป้าก็ดูแลคุณตาด้วยหัวใจ คิดวิธีการทั้งเครื่องมือช่วยเหลือ การทำอาหาร และการเอาใจใส่ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

สุดท้ายหลานสาวก็เชื่อว่า ถึงแม้ร่างกายของคุณตาจะไม่กลับมาแข็งแรงดังเดิม แต่หัวใจของคุณตาก็แข็งแกร่งด้วยการดูแลอย่างเข้าใจจากลูกหลานทุกคน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตคุณตา

ภาคผนวก ช

เอกสารกิจกรรม
“ฐานเรียนรู้...ดูแลสูงวัย”

เอกสารประกอบกิจกรรม
ฐานเรียนรู้...ดูแลสูงวัย

จัดทำโดย
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ณ ต.โพรงอากาศ อ.บางน้ำเปรี้ยว
จ.ฉะเชิงเทรา
วันพุธที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2557

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ฐานที่ 1 การสร้างเรื่องเล่า	3
ฐานที่ 2 การแสดงบทบาทสมมติ	8
ฐานที่ 3 รู้ไว้ใช่ว่า...มีค่าแน่นอน	12
กิจกรรมย่อย 3.1 บ้านที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	14
กิจกรรมย่อย 3.2 ข้อมูลหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ	23

ฐานที่ 1
การสร้างเรื่องเล่า

ฐานที่ 1

“การสร้างเรื่องเล่า”

<u>จุดประสงค์</u>

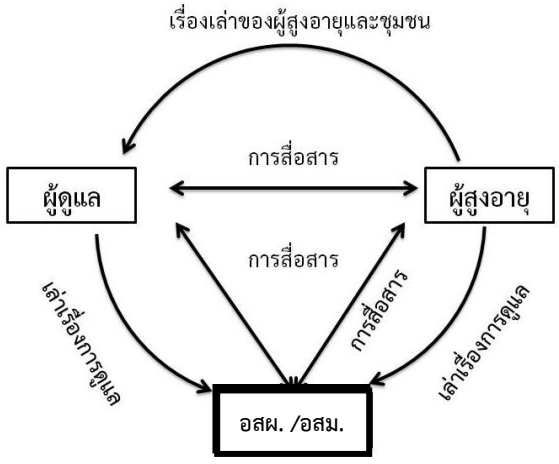
1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและ อสม. สร้าง เรื่องเล่าในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า (ประเภทของเรื่องเล่า เรื่องเล่าที่นำมาเล่าในกลุ่ม เป็นเรื่องจากประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้สูงอายุด้านจิตใจ หรือเรื่องเล่าที่จะมีประโยชน์ในการสร้างความรู้สึกที่ดีให้ผู้สูงอายุ คนในครอบครัว และผู้ดูแล อาจเป็นเรื่องเล่าดังต่อไปนี้ ก) เรื่องเล่าการดูแลผู้สูงอายุ ให้คลายความวิตก และซึมเศร้า ข) เรื่องเล่าที่เกี่ยวกับความรักในครอบครัว ค) เรื่องเล่าที่เกี่ยวกับชุมชน ง) เรื่องเล่าที่แสดงความภูมิใจของผู้สูงอายุ จ) เรื่องเล่าที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น)

2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาล มีทักษะในสื่อสารเรื่องเล่า

<u>ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม</u> 1 ชั่วโมง (ข้อ 1-3 ประมาณ 10 นาที/ข้อ 4 ประมาณ 10 นาที/ข้อ 5-7 ประมาณ 35-40 นาที)

<u>อุปกรณ์ และ ผู้สนับสนุน</u>

1. ตัวอย่างเรื่องเล่าที่สมบูรณ์ 1 เรื่อง แจกสมาชิกทุกคน
2. ดินสอ
3. ของรางวัลชนะเลิศ เรื่องเล่า
4. วิทยากรที่เชี่ยวชาญด้าน จิตเวช(หมอ พยาบาล) สำหรับผู้สูงอายุ หรือ มีประสบการณ์ด้านผู้สูงอายุมานาน



รูปประกอบ 1 แสดงเรื่องเล่า และการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่าง ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และอสผ./อสม

ขั้นตอนการทำกิจกรรม

1. วิทยากรประจำฐานแนะนำตนเอง ผู้ช่วย และจุดประสงค์ของฐาน

2. ให้กลุ่มที่เข้าฐาน แนะนำตนเอง

3. วิทยากรเล่าเรื่องตัวอย่าง “หัวใจของแม่เหมือนดอกโลหิตแห่งหัวใจ”

3.1 หลังเล่าเสร็จวิทยากรใช้คำถาม “เรื่องนี้ มีใจความสำคัญอะไร” “เรื่องเล่าควรมีรายละเอียดอย่างไรบ้าง” และ “เรื่องนี้น่าจะเป็น ประโยชน์ แก่ใคร และเป็นประโยชน์อย่างไร”

4. ให้ ทำกิจกรรมเป็นคู่ (แยกไปทำเป็นคู่) ให้แต่ละคนเล่า “เรื่องเล่า” ของตนเอง โดยฝ่ายเล่าจะเป็นผู้เล่า และผู้ฟังจะทำหน้าที่จด และซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูลครบ

4.1 ชื่อเรื่อง

4.2 เรื่องเกิดกับใคร เมื่อไหร่ ที่ไหน อย่างไร

4.3 เล่าเรื่อง ซึ่งเป็นขั้นตอน ตั้งแต่เกิดจนสิ้นสุด ว่า ใครแสดงพฤติกรรมอะไร อีกฝ่ายหนึ่งแสดงอะไรกลับมา

4.4 เมื่อทั้งสองต่างเล่าเรื่องแล้ว ให้ช่วยกันเลือกว่า จะเล่าเรื่องใดให้กลุ่มฟัง

5. (กลับเข้ากลุ่มใหญ่) ให้ตัวแทนกลุ่มเล่าเรื่อง 1 เรื่อง ให้กลุ่มอื่นฟัง ระหว่างการเล่าเรื่องมีการถามคำถามได้

6. วิทยากรกลุ่มช่วยกัน สรุปประเด็นในเรื่องเล่า เช่นประเด็นเรื่อง “วิธีการดูแลจิตใจผู้สูงอายุ” “การสร้างความรักในครอบครัว” “การปลอบและสร้างกำลังใจ” และให้ความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้สมาชิกได้เรียนรู้จากเรื่องเล่า

<u>ตัวอย่าง 1 “ครอบครัวเดียวกัน”</u>

ผู้สูงอายุ : “ฉัน น่าจะตายๆ ไปเสีย”

ผู้ดูแล : “น้า ไม่เป็นไรมากหรอก หมอบอก โรคแบบนี้กินยาตามหมอให้ ก็จะหาย”

“น้าถามลูกหรือยัง ว่าลูกเค้าอยากให้พ่ออยู่ไหม หนูยังไม่อยากให้พ่อหนูตายเลย หนูอยากดูแลพ่อให้นานๆ”

7. กลุ่มแลกเปลี่ยนความเห็นถึงประโยชน์ของกิจกรรม และความเป็นไปได้การใช้เรื่องเล่าในการทำภารกิจการดูแลผู้สูงอายุ

หมายเหตุ ผู้เล่าเรื่องจะได้รับรางวัล จากการร่วมกันตัดสินของกลุ่มในด้าน 1.) ประโยชน์ 2.) ลีลาการเล่าเรื่อง

ตัวอย่าง เรื่องเล่าเกี่ยวกับความรัก

เรื่อง หัวใจแม่เหมือนดอกโลหิตแห่งหัวใจ

(ดอกไม้ชนิดหนึ่ง ตอนดอกตูมจะมีติ่งคล้ายหยดน้ำ มีสีแดงคล้ายหยดเลือด แต่เมื่อดอกเริ่มบาน ตัวหยดจะเปิดออกเป็นสีขาว เห็นไส้สีขาวอยู่ข้างใน เป็นดอกไม้สวยติดอันดับ 7 ของโลก)

แม่คนหนึ่งมีลูกชาย 3 คน ทั้งหมดโตเป็นผู้ใหญ่กันหมดแล้ว วันหนึ่งลูกสะใภ้ของลูกชายคนกลางมาหาและขอคำแนะนำ

ลูกสะใภ้ “แม่คะ ฉันอยากรู้ว่า ความรักของแม่ เป็นอย่างไร เป็นรักที่กว้างใหญ่ เป็นรักที่ไม่สิ้นสุดใช่ไหมคะ” เธอถามขณะที่ทิ้งตัวลงบนเก้าอี้ แม่คิดอยู่ครู่หนึ่งแล้วเล่าว่า

แม่ “แม่จำได้ว่า ตอนที่คลอดลูกชายคนโต เค้าเป็นเด็กที่ผมดกดำมาก ตอนนั้นแม่คิดในใจว่า ลูกคนนี้คงเป็นนักคิด

ตอนคลอดลูกชายคนกลาง สามีของเธอ เป็นการคลอดที่ลำบากมาก เค้าทั้งเตะ ถีบ ตอนที่อยู่ในท้อง พอคลอดนะ ก็ร้องและดิ้นตลอดเวลา เค้าเป็นเด็กเลี้ยงยาก

ลูกคนเล็กเป็นคนหัวแข็ง ดื้อ ถ้าใครไปบอกเค้าว่าอะไรไม่ดี เค้าจะขอลองดูก่อน ขอทำผิดพลาดด้วยตัวเอง แต่แม่รักเค้าสามคนเหมือนกัน”

ลูกสะใภ้ถามว่า “ แม่คะ แม่จะรักลูกที่ไม่ควรค่าแก่การรัก ได้หรือไม่คะ”

แม่มองไปที่ดอกไม้ในแจกัน แล้วถามว่า “ลูกจ๋า ลูกรู้จักดอกไม้นี้ไหม ?”

ลูกสะใภ้ตอบว่า “รู้จักค่ะ มันคือดอกโลหิตแห่งหัวใจ”

แม่ตอบว่า “ความรักของแม่เหมือนดอกโลหิตแห่งหัวใจ ทุกครั้งที่ลูกเจ็บ แม่เจ็บด้วย ทุกครั้งที่ลูกทุกข์ แม่ทุกข์ด้วย ทุกครั้งที่ลูกทำร้ายตัวเอง แม่เจ็บด้วย”

ลูกสะใภ้ตอบว่า “หนูยังไม่เข้าใจค่ะ”

แม่บอกว่า “มองไปที่ดอกไม้สิ เธอเห็นอะไร”

ลูกสะใภ้ว่า “ในดอกหนึ่งล่วงไป จะมีดอกใหม่บานขึ้นเสมอ”

แม่ถามว่า “ลูกเห็นอะไรอีก”

ลูกสะใภ้ว่า “มีเมล็ดอยู่ในนั้น”

แม่ “มันเป็นเมล็ดแห่งความหวัง นี่เป็นความลับ ของความรักของแม่ ความรักของแม่เปรียบเหมือน ความหวังที่มีต่อลูก แม้ว่าหัวใจของแม่จะเจ็บปวด แต่ยังมีความหวังเสมอ นี่แหละความรักที่ไม่สิ้นสุด”

ลูกสะใภ้ “หนูเข้าใจแล้วค่ะ” แล้วจับมือแม่แตะไปที่ท้องของเธอ สัมผัสได้ถึงเด็กที่เตะเบา ๆที่ท้อง

แม่ “**ความรักของแม่เริ่มแล้ว**”

ฐานที่ 2

การแสดงบทบาทสมมติ

ฐานที่ 2

การแสดงบทบาทสมมติ

<u>จุดประสงค์</u> เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับอาการและวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เกิดความรู้สึกร่วมไปตามบทบาทสมมติที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งเกิดแรงบันดาลใจในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

<u>ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม</u> 1 ชั่วโมง

<u>อุปกรณ์</u>

1. เค้าโครงเรื่องเล่า จำนวน 3 เรื่อง
2. ของรางวัล

ขั้นตอนการทำกิจกรรม

1. วิทยากรประจำฐานแนะนำกิจกรรมและจุดประสงค์ของฐานและให้กลุ่มที่เข้าฐาน แนะนำตนเอง

2. วิทยากรประจำฐานให้กลุ่มที่เข้าฐานอ่านเรื่องเล่าเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เตรียมไว้ทั้ง 3 เรื่อง และให้ตัดสินใจร่วมกันในกลุ่มเพื่อเลือกเรื่องเล่ามาแสดงเพียง 1 เรื่อง จากนั้นขออาสาสมัครออกมาแสดงบทบาทสมมติ ส่วนสมาชิกท่านอื่นให้อยู่ในบทบาทของผู้ชมการแสดงอย่างตั้งใจ

3. วิทยากรประจำฐาน นำอาสาสมัครแยกไปอธิบายเรื่องเล่าที่ได้เลือกแสดง บทบาทที่จะต้องแสดง พร้อมกับทำความเข้าใจเพื่อเตรียมตัวในการแสดงบทบาทสมมติต่อไป (ในระหว่างนั้นผู้ช่วยวิทยากรประจำฐานจะทำการพูดคุยกับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ เกี่ยวกับเรื่องราวทั่วๆไปในการดูแลผู้สูงอายุ)

4. เมื่อเริ่มแสดงวิทยากรประจำฐานทำหน้าที่เกริ่นนำเพื่อนำเข้าสู่การรับชมบทบาทสมมติ เช่น กล่าวนำว่าการแสดงครั้งนี้มีจำนวนกี่ฉาก ตัวละครมีใครบ้าง เป็นต้น

5. อาสาสมัคร เริ่มทำการแสดงบทบาทสมมติตั้งแต่ต้นจนจบ

6. วิทยากรประจำฐานให้สมาชิกภายในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน หลังจากที่ได้รับชมบทบาทสมมติในประประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

6.1 ความรู้สึกของอาสาสมัครต่อการสวมบทบาทสมมติในตัวละครนั้นว่ารู้สึกอย่างไรบ้าง

6.2 จากบทบาทสมมติที่ได้รับชมไปนั้น ผู้ชมได้เห็นอะไรบ้างที่แสดงถึงอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เช่น อาการหรือพฤติกรรมอย่างไรของผู้แสดงที่สะท้อนว่ากำลังวิตกกังวล หรือ กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้า

6.3 บทบาทหรือวิธีการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่ปรากฏในการแสดง มีอะไรบ้าง

6.4 ถ้าเป็นตัวท่าน จะทำอย่างไรหากต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังบทบาทสมมติในเรื่อง เพราะเหตุใดถึงเลือกวิธีการดูแลเช่นนั้น

7. วิทยากรประจำฐาน สรุปประเด็นจากการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกภายในกลุ่ม พร้อมทั้งเพิ่มเติมองค์ความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

8. มอบของรางวัลให้กับอาสาสมัครที่แสดงบทบาทสมมติ

หมายเหตุ หากในฐานนั้นมีเวลาเหลือสามารถให้อาสาสมัครแสดงบทบาทสมมติซ้ำอีกหนึ่งรอบโดยนำความรู้ใหม่ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนในกลุ่มระหว่างเพื่อนสมาชิกด้วยกันและวิทยากรประจำฐานมาใช้แสดงเพิ่มเติม

บทบาทสมมติ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จากเรื่องเล่า

เรื่องที่ 1 **หน้าที่ของลูก**

สถานที่ ห้องพักผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ตัวละคร 1. คุณพ่อ (นายโพรง)
2. ลูกสาว (น้ำเปรี้ยว)

สถานการณ์ นายโพรงอายุประมาณ 70 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีอาการเป็นอัมพฤกษ์ร่วมด้วย ได้นอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลจนมีอาการซึมเศร้าและนอนร้องไห้เสมอ จนน้ำเปรี้ยวลูกสาวสังเกตเห็นได้จึงได้เข้าไปคุยกับพ่อ และสัญญากับพ่อว่าจะช่วยดูแลรักษาพ่ออย่างดี ไม่ทอดทิ้งพ่อ และให้พ่อให้สัญญากับน้ำเปรี้ยวด้วยว่า พ่อจะต้องดูแลตัวเองอย่างดี กินยาตรงเวลา กินอาหารที่ดีและเป็นประโยชน์ และต้องออกกำลังกายตามที่หมอสั่ง เมื่อนายโพรงได้ยินเช่นนั้นจึงมีกำลังใจและต่อสู้จนสามารถกลับมาเดินและช่วยเหลือตัวเองได้อีกครั้ง

เรื่องที่ 2 **การดูแลเอาใจใส่ช่วยให้ใจบาน**

สถานที่ เตียงนอนภายในบ้าน

ตัวละคร 1. คุณยาย (นางฟัก)
2. ลูกสะใภ้ (นางข้าว)
3. ลูกชาย (นายต้น)

สถานการณ์ ยายฟักอายุประมาณ 85 ปี นอนป่วยเป็นอัมพาตเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยมีภาวะที่เกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล บ่นเป็นประจำว่าท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ และวิตกกังวลว่า ไม่มีคนรัก ต้องเป็นภาระของลูกหลาน โดยมีลูกสะใภ้คือ นางข้าว ที่คอยดูแลทั้งร่างกาย และจิตใจ ถึงแม้ว่านางข้าวจะคอยดูแลอย่างใกล้ชิด แต่อาการของยายฟักก็ไม่ดีขึ้น เพราะยายฟักอยากให้ลูกชายตนเอง (สามีนางข้าว) มาช่วยดูแล และอยู่ข้างๆ

เรื่องที่ 3 **รักแม่ต้องดูแล**

สถานที่ ห้องนั่งเล่นที่บ้าน

ตัวละคร 1. คุณยาย (นางแกงส้ม)
2. ลูกสาว (น.ส.ไข่เจียว)
3. อสม. (นางแตงกวา)

สถานการณ์ ยายแกงส้มเป็นคนคิดมาก ขี้โมโห หงุดหงิดง่าย เพราะมีลูกชายติดการพนัน มักมาขอเงินจากยายแกงส้มบ่อย ๆ แต่ไม่เคยดูแล มีเพียงลูกสาว คือนางสาวไข่เจียว ที่คอยดูแล แต่ในช่วงกลางวันนางสาวไข่เจียวก็ต้องไปทำงาน และเมื่อกลับถึงบ้าน ก็จะเจอยายแกงส้มแสดงอารมณ์หงุดหงิดและต่อว่าเป็นประจำ นางสาวไข่เจียวจึงไปปรึกษากับนางแตงกวา ที่เป็นอสม. เกี่ยวกับวิธีการดูแล โดยอสม. ได้ให้คำแนะนำว่า ให้พยายามหากิจกรรมทำร่วมกัน และหากมีเวลานางแตงกวาก็จะมาช่วยดูแล ทำให้ยายแกงส้มมีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ

ฐานที่ 3
รู้ไว้ใช่ว่า...มีค่าแน่นอน

ฐานที่ 3

รู้ไว้ใช่ว่า....มีค่าแน่นอน

จุดประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และทราบช่องทางการติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. คลิปวีดีโอเกี่ยวกับ บ้านผู้สูงอายุ
2. แผ่นพับข้อมูลการติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ
3. ปากกา
4. กระดาษ
5. ของรางวัล

ขั้นตอนการทำกิจกรรม

ในฐานนี้จะมีการแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่

กิจกรรมย่อยที่ 3.1 บ้านที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมย่อยที่ 3.2 ข้อมูลหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

โดยแต่ละกิจกรรมย่อย มีขั้นตอนการทำกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมย่อยที่ 3.1 บ้านที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

1. วิทยากรประจำฐานแนะนำรายละเอียดของฐาน เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมชมวีดิทัศน์ บ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมชมวีดิทัศน์ กรณีตัวอย่าง บ้านคุณยายระเบียบ และ ตุณตาประดิษฐ์ แก้วสอดสี
4. ให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านเรื่องเล่าการปรับปรุงบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
    - 4.1 วิมานในห้องเช่า
    - 4.2 จัดให้ เลยต้องทำ
    - 4.3 ถูก และ ดี
5. วิทยากรประจำฐานให้ผู้เข้ารับการอบรม สะท้อนความคิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่อไปนี้
    - 5.1 จากข้อมูลวีดิทัศน์ที่ได้ชมและเรื่องเล่าทั้ง 3 เรื่อง ท่านชอบตรงไหนเพราะอะไร
    - 5.2 การปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งที่สำคัญที่สุดท่านคิดว่าคืออะไร เพราะเหตุใด
6. ให้ผู้เข้ารับการอบรมตอบคำถาม "ท่านจะนำความรู้ที่ได้รับไปเปลี่ยนแปลงอะไรได้บ้าง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมสำหรับตัวท่าน เขียนให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้"

การปรับปรุงบ้านที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

วีดิทัศน์ ชุดที่ 1 บ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
เวลา 5 นาที 40 วินาที

บ้านที่ปลอดภัยและมีความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางร่างกายหลายอย่างไม่ว่าจะเป็นประสาทสัมผัสและความแข็งแรงของร่างกาย หากต้องอาศัยอยู่ในบ้านที่มีลักษณะไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ นำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตในบ้านอย่างสะดวก คล่องตัว และมีความปลอดภัย ควรทำดังนี้

1. ระบบล็อคประตู ทั้งภายในและภายนอกต้องสมบูรณ์แข็งแรง ใช้งานง่าย ที่เปิดปิดประตูต้องเป็นคันโยก มีตาแมวเพื่อป้องกันผู้บุกรุกที่อาจไม่ประสงค์ดี

2. ธรณีประตู เป็นแบบต่ำสุด และเป็นแบบโค้งมน

3. พื้นบ้านควรเป็นระดับเดียวกัน เพื่อสะดวกในการเดิน และหากต้องใช้รถเข็นควรทำเป็นทางลาด

4. แสงสว่างต้องเพียงพอแก่การมองเห็น ควรติดตั้งที่เปิดปิดไฟไว้บริเวณใกล้ประตู เพื่อสะดวกต่อการให้แสงสว่างก่อนใช้พื้นที่

5. ห้องรับแขก ถือเป็นศูนย์กลางของบ้าน ไม่ควรมีสิ่งกีดขวางหรือมีเฟอร์นิเจอร์มากเกินไปให้เกะกะ ให้

6. เฟอร์นิเจอร์ที่เลือกใช้ ควรมีความโค้งมน ไม่มีเหลี่ยมคม ควรเลือกเก้าอี้ที่มีพนักพิง มีที่วางแขนทั้งสองด้าน ช่วยพยุงหลังให้ตั้งตรง และเพื่อสะดวกในการลุกขึ้นของผู้สูงอายุ

7. ของใช้ในครัว ควรมีความเป็นระเบียบหยิบใช้ได้ง่าย เพราะผู้สูงอายุเข้าครัวบ่อย ความสูงของชั้นวางของเหนือศีรษะควรพอดีกับการเอื้อมถึง บริเวณอ่างล้างจานและเตาแก๊สควรมีแสงสว่างให้เพียงพอ ไม่ควรติดตั้งเตาแก๊สใกล้หน้าต่างที่มีม่าน เพราะอาจทำให้เกิดไฟไหม้ได้ ควรติดตั้งระบบตัดแก๊สอัตโนมัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยเรื่องไฟไหม้

8. บันไดขึ้นสู่ชั้นสอง ต้องมีความแข็งแรงไม่มีสิ่งของวางระเกะระกะ ที่สำคัญพื้นบันไดต้องไม่ลื่น

9. ห้องนอนเป็นห้องที่ใช้มากที่สุด ต้องมีความเป็นส่วนตัว และมีขนาดไม่เล็กจนเกินไป จัดให้มีพื้นที่มากพอ เพื่อให้เดินรอบเตียงได้สะดวก มีโต๊ะข้างเตียงขนาดพอดี ไว้วางโทรศัพท์หรือของใช้ที่จำเป็น หน้าต่างห้องนอนไม่ควรสูงจนเกินไป และมองออกไปเห็นวิวทิวทัศน์ที่ดี เพราะสามารถเสริมกำลังใจผู้สูงอายุได้

10. ห้องน้ำเป็นห้องที่พบว่าเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุมากที่สุด ประตูควรมีความมั่นคง ควรเลือกแบบที่เปิดออกด้านนอก ที่ล็อกสามารถเปิดออกจากด้านนอกได้ เพื่อความสะดวกในการเข้าช่วยเหลือเมื่อเกิดอุบัติเหตุ กระจกในห้องน้ำควรติดตั้งในตำแหน่งที่ตั้งใกล้กับที่อาบน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นตัวเองได้ ควรปูพื้นกันลื่น หรือใช้กระเบื้องชนิดไม่ลื่น ที่นั่งขับถ่าย ควรเลือกแบบนั่งได้แบบชักโครก ความสูงให้พอเหมาะ และควรทำราวจับสำหรับช่วยลุกนั่งและพยุงตัวยืน สำหรับอ่างอาบน้ำ ควรทำราวยึดสำหรับการยืนและป้องกันการลื่น รวมถึงการเดินเข้าออกที่อาจเกิดอุบัติเหตุได้ ที่อาบน้ำถ้าเป็นแบบฝักบัวก็จะปลอดภัย แต่ต้องป้องกันปัญหาเรื่องน้ำร้อน การ

ติดตั้งฝักบัวแบบปรับระดับจะช่วยได้ หัวก๊อกแบบคันโยกจะใช้งานได้ง่ายกว่า ที่สำคัญควรติดตั้งสัญญาณฉุกเฉินในห้องน้ำด้วย

11. ห้องแต่งตัว ควรมีโต๊ะเครื่องแป้งและกระจก หากผู้สูงอายุได้ส่องกระจกก็จะช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น โดยกระตุ้นให้ได้รับรู้ถึงสภาพปัจจุบันของตัวเอง

12. ควรติดเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินและที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ไว้กับโทรศัพท์ภายในทุกเครื่อง ควรวางโทรศัพท์ไว้ในตำแหน่งที่สามารถหยิบใช้ได้สะดวก หรือให้ผู้สูงอายุมีโทรศัพท์ไว้ติดตัวตลอดเวลา

13. ควรเก็บยาสามัญประจำบ้านหรือยาประจำตัวผู้สูงอายุไว้ในที่ ๆ ปลอดภัย หรือมีฉลากการใช้ยาติดกับบรรจุภัณฑ์

14. จัดให้มีที่จ่ายไฟฟ้าที่จำเป็นสำหรับทุกห้อง ควรมีระบบป้องกันการใช้ไฟฟ้าเกิน เป็นระบบตัดไฟแบบอัตโนมัติ ระบบฟิวส์ หรือระบบสายดิน

ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบ้าน นอกจากต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและความสะดวกในการใช้งาน ควรคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เพราะผู้สูงอายุมักจะมีความเคยชินกับสภาพแวดล้อมเดิม หรืออาจมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุงบ้าน ดังนั้น ก่อนจะทำสิ่งใด ควรอธิบายถึงความปรารถนาดีที่ตนมีต่อผู้สูงอายุด้วยท่าทีที่นุ่มนวลอ่อนโยน และต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็น จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัว และทำให้การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบ้านสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อาจประหยัดค่าใช้จ่ายได้ ด้วยการใช้วัสดุที่มีอยู่ เช่น ทำราวจับก็ใช้ไม้ไผ่ ทำส้วมชักโครกแทนส้วมซึมก็อาจทำเป็นเก้าอี้เจาะรูวางลงไปบนโถส้วมแทนได้ เป็นต้น

ที่มา : www.doctor.or.th

วีดิทัศน์ 2 บ้านคุณยายระเบียบ แก้วสอดสี อายุ 70 ปี และคุณตาประดิษฐ์ แก้วสอดสี อายุ 84 ปี
เวลา 16 นาที

ปัญหาของบ้าน

บ้านอยู่ริมคลองภาษีเจริญ เขตบางแค กรุงเทพมหานคร เป็นบ้านอายุ 38 ปี บ้านที่ใต้ถุนโล่งในสมัยอดีตต่อมาต่อเติมด้านล่างและปิดผนังทั้งหมด บ้านที่เคยสะดวกเหมาะสมสำหรับคนในบ้านเริ่มเป็นอุปสรรคสำหรับพ่อแม่ที่ชราภาพ เนื่องจากการดำเนินชีวิตไม่สะดวก โดยเฉพาะกับคุณตาซึ่งมีภาวะทุพพลภาพ ปัญหาของบ้านมีดังนี้

1. ทางเข้าด้านหลังบ้านมีระดับที่แตกต่างกันค่อนข้างมาก มีทางลาดลาดไว้แล้ว แต่มีความชันและองศาค่อนข้างมาก สิ้นสุดของทางลาดไปชนกับผนังกำแพงของตัวบ้านพอดี ทำให้อาจไม่ปลอดภัยแวลารถวิลล์แชร์เข็นลงมาจากด้านบน

2. ห้องน้ำจะแยกระหว่างห้องส้วมกับห้องน้ำอาบน้ำ ทำให้เวลาที่ต้องพาคุณตาประดิษฐ์ไปอาบน้ำหรือขับถ่าย ต้องย้ายไปย้ายมาไม่สะดวก เวลายกขาก็มีปัญหาที่ธรณีประตู และค่อยข้างสูงจากระดับพื้น ราวเริ่มจะหลุด

3. พื้นต่างระดับจากห้องนั่งเล่น ห้องดูทีวี มายังห้องครัวที่ใช้เดินค่อนข้างบ่อย ตรงนั้นจะมีระดับต่างกันอาจปัดให้ล้อวิลแชร์ล้อหน้าเบี้ยว แล้วก็ไถลลื่นไปได้

4. ศาลาริมน้ำหน้าบ้าน เนื่องจากพื้นต่างระดับไม่สามารถทำให้คุณตาออกไปได้ เก้าอี้ม้ายาวค่อนข้างสูงไม่สะดวกในการนั่ง และอีกฝั่งหนึ่งไม่มีราวจับ ซึ่งอาจจะทำให้คุณยายพลัดตกลงไปในน้ำได้

5. ห้องพระ เริ่มจากบันไดตรงลูกตั้งลูกนอน ค่อนข้างสูง แต่กิจวัตรประจำวันของคุณยายคือเอาอาหารไปถวายพระ หากจะย้ายห้องพระลงมาข้างล่างคุณยายก็ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
เพราะดูไม่งาม พระต้องอยู่ด้านบน

การแก้ปัญหา

1. ทางเข้าหลังบ้าน เพิ่มทางลาด ทำชานพักปขึ้นมาเท่ากับพื้นที่ด้านหน้าถนนแล้วค่อยลาดลงไป อัตราความชันที่เหมาะสม คือ 1 : 12

2. ศาลาริมน้ำเพิ่มเติมให้เข้าได้และออกได้ ทำทางลาดไปบรรจบกับประตูศาลาริมน้ำ เปลี่ยนพื้นของศาลาริมน้ำใหม่ไม่ให้เกิดอันตราย ลดระดับที่นั่งเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานของคุณยาย ระยะที่ปรับ อยู่ที่ 45 เซ้นติเมตร เพิ่มติมราวจับฝั่งที่ไม่มีที่นั่งเพื่อความปลอดภัย

3. ห้องน้ำ ทุบธรณีประตูทิ้ง ทำทางลาดขึ้นไปในห้องน้ำ เปลี่ยนส้วมแบบนั่งราบ ให้เป็นแบบฟลัชแทงค์ลดพื้นที่ของอ่างใส่น้ำข้างโถชักโครกได้ ประตูเปลี่ยนจากแบบลูกบิด ใช้แบบก้านโยกแทน ขยายประตูเพื่อให้สองคนเข้าไปพร้อมกัน ฝักบัวใช้แบบปรับระดับขึ้นลงได้
ติดสัญญาณเตือนภัย และแจ้งเพื่อนบ้านไว้ด้วย ถ้าได้ยินเสียงขอความกรุณาให้มาดูด้วย

4. ห้องพระการแก้ปัญหาต้องให้พระมาอธิบายถึงความจำเป็น เพื่อให้คุณยายสบายใจ ห้องพระ ทำห้องพระใหม่ในทางทิศตะวันออกที่ชั้นล่าง เพื่อสะดวกในการบูชาและถวายอาหารพระ

5. แถบกาวที่ติดกันลื่นควรให้มีสีเด่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นได้ง่าย

6. โต๊ะทานข้าวควรให้เว้าเข้าไปตัวผู้สูงอายุ เพื่อให้เลื่อนมาทานข้าวได้ง่าย

7. คุณตาชอบแอบลุก เวลาลุกจะดึงเชือก ดังนั้น เอากระดิ่งหรือกระพวนมาแขวนไว้ที่เชือกถ้าคุณตาดึงก็จะได้ยินเสียง

เรื่องเล่าการปรับปรุงบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

เรื่องที่ 1 วิมานในห้องเช่า

ผู้เล่าเรื่อง นฤมล พระใหญ่

ยาย ซารีดะ อายุ 65 ปี น้ำหนัก 198 กิโลกรัม พักอาศัยอยู่ในห้องเช่า เล็กๆ แถวซอยเพชรบุรีซอย 7 ยาย ซารีดะ อ้วนมากจนยืน และเดินไม่ได้ ต้องนั่งอยู่ในบ้านออกไปไหนไม่ได้มาประมาณ 10 ปี กว่าๆ ไม่สามารถออกไปหาหมอที่โรงพยาบาลได้ ต้องอาศัยคนในลูกหลานไปรับยาที่โรงพยาบาลให้มาตลอด และก็มีทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล มาเยี่ยมที่บ้าน ทุก 2 เดือน แม้ว่า ทีมเยี่ยมบ้าน ที่ประกอบ ด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ จะพยายามหาวิธีการช่วยให้ ยาย ซารีดะ ลดน้ำหนัก ทุกวิธีทาง น้ำหนักของ ยาย ซารีดะ ก็ไม่ได้ลดลงเลย ปกติการดำเนินชีวิตประจำวันของ ยาย ซารีดะ จะนั่งอยู่มุมหนึ่งในห้องเช่าแคบๆ โดยใช้พื้นที่ ที่กิน ที่นอน ที่ขับถ่ายที่เดียวกัน นานๆ จะได้อาบน้ำแบบน้ำรดตัวสักครั้ง เพราะพื้นที่มีจำกัด เวลาจะขับถ่ายก็ต้องรอให้ลูกหรือหลานอยู่ เพื่อที่จะได้ทำความสะอาดหลังขับถ่ายให้ จนบางครั้ง ยาย ซารีดะ ต้องกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ จนเกิดการติดเชื้อในระบบขับถ่าย รวมทั้งเชื้อราในล่มผ้า จนไม่มีหมอคนไหนรักษาหายได้ จนมาวันหนึ่ง ทีมเยี่ยมบ้านถาม ยาย ซารีดะ ว่ายายอยากได้อะไรมากที่สุดในตอนนี้ ยาย ซารีดะ ตอบว่าอยากได้ **“วิมานในห้องเช่า”**

ทีมเยี่ยมบ้านก็หันมามองหน้ากันเหมือนจะช่วยกันแปลความหมาย ว่า สิ่งที่ ยาย ซารีดะ ต้องการคืออะไร จนกระทั่ง ยาย ซารีดะ ตอบว่า ไม่ต้องช่วยให้ฉันมีชีวิตอยู่นานหรอ แต่ช่วยให้ฉันให้มีที่ขับถ่ายและที่อาบน้ำ ตรงที่ฉันนั่งเท่านั้นพอ เพราะมันลำบากเหลือเกินเวลาจะขับถ่าย อาบน้ำก็อาบไม่ได้ อยากจะทำเองแต่ก็ลุกไม่ไหว พอทีมเยี่ยมได้ฟังอย่างนั้นทีมเยี่ยมบ้านก็รับปากว่าจะหาทางช่วยปรับปรุงห้องเช่าแคบๆ ให้

หลังจากนั้น ทีมเยี่ยมบ้านก็วางแผนเรื่องการปรับปรุงห้องเช่าแคบๆ ให้เป็น “วิมาน” ของยายซารีดะ ให้ได้โดยนักสังคมสงเคราะห์ทำเรื่องขอเงินเพื่อซื้ออุปกรณ์ แพทย์ติดต่อขอคำแนะนำจากสถาปนิกเรื่องการปรับพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับคนอ้วน และพยาบาลติดต่อขอความร่วมมือกับฝ่ายซ่อมบำรุงของโรงพยาบาลขอช่างไปดำเนินการปรับปรุงพื้นที่ให้ ยายซารีดะ และนัดวันเพื่อไปดำเนินการ โดย วิมานของยายซารีดะ จะมีลักษณะ โต๊ะยกสูงที่มีขาโต๊ะที่แข็งแรงทั้งสี่เสา และวางไม้เป็นพื้นเจาะรู้ตรงกลางสามารถเลื่อนเปิดปิดได้ มีกระป๋องพาสติกรองอยู่ข้างใต้โต๊ะพร้อมทั้งมีที่จับเพื่อเลื่อนเปิดเวลาขับถ่าย และเลื่อนปิดเมื่อขับถ่ายเสร็จ ต่อก๊อกน้ำพร้อมต่อสายยางยาวไว้ใกล้ๆ มือของยายซารีดะ เพื่อเปิดน้ำทำความสะอาดเวลาขับถ่ายหรืออาบน้ำ และทำชั้นที่วางของพร้อมที่แขวนไว้รอบตัวยายซารีดะ เพื่อวางของที่ใช้ประจำไว้ใกล้ๆ ตัว ส่วนรอบๆ บริเวณพื้นที่นั่งจะทำตัวกันน้ำไว้โดยรอบเผื่อเวลาอาบน้ำ น้ำจะไม่ไหลลงพื้นห้อง แต่จะไหลลงท่อที่ต่อไว้เป็นท่อน้ำทิ้งแทน ใช้เวลาในการปรับปรุงห้องแคบๆ ของยายซารีดะ ทั้งหมด 1 วัน ก็แล้วเสร็จ ระหว่างที่ช่างกำลังดำเนินการปรับปรุง ทั้งหมอ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ก็เฝ้ารออย่างมีหวังเหมือนยายซารีดะ เช่นกัน ยายนั่งมองด้วยแววตาแห่งความหวัง พอช่างปรับปรุงเสร็จ ถึงตอนที่ต้องช่วยกันยก ยายซารีดะ ขึ้นนั่งบนวิมาน เป็นช่วงที่ทุกคน ดูเหมือนจะตื่นเต้นกันมาก ทุกคนช่วยกันออกแรงยกยายซารีดะขึ้นนั่งด้วยความตั้งใจทันที ยายนั่งบนที่นั่งใหม่ด้วยน้ำตาแห่งความดีใจเริ่มไหล

ออกมาอย่างเห็นได้ชัด ช่างก็อธิบายวิธีการใช่งานของก๊อกน้ำ การเปิดปิด บริเวณที่นั่ง พร้อมทั้งให้ยายซารีดะทดลองใช้ เย็นวันนั้นยายซารีดะได้อาบน้ำแบบที่น้ำรดตัวอย่างมีความสุข และเช้าวันรุ่งขึ้นได้ขับถ่ายโดยที่ไม่ต้องรอใครมาทำความสะอาดให้ ไปเยี่ยมยายซารีดะอีกครั้ง ยายบอกว่า

“ขอบใจนะที่ช่วยให้ฉันมีความสุขอยู่วิมานห้องเช่า” แล้วยายก็หัวเราะอย่างมีความสุข

เรื่องที่ 2 จัดให้เลยต้องทำ

ผู้เล่าเรื่อง นฤมล พระใหญ่

ตาวิชัย อายุ 67 ปี อยู่กับ ยาย อารี ผู้เป็นภรรยา กันสองคน ในบ้านหลังใหญ่ ในชุมชนโค้งรถไฟ เมื่อหลายปีก่อนลูกชาย ตาวิชัยโดนจับข้อหาค้ายาเสพติดต้องโทษจำคุกตลอดชีวิต หลังจากนั้นเป็นต้นมา ตาวิชัย เริ่มมีอาการกินไม่ได้นอนไม่ค่อยหลับ ไม่ออกไปนั่งคุยปากซอยกับเพื่อนๆ เหมือนเดิม จนน้ำหนักลดลง ไปหาแพทย์ตรวจร่างกาย แพทย์บอกว่าไม่เป็นโรคทางกายร้ายแรงอะไร มีแค่ไขมันในเลือดสูงเท่านั้น แต่ตาวิชัยก็ไม่เชื่อคิดแต่ว่าตนเองต้องเป็นโรคอะไรร้ายแรงถึงได้กินข้าวไม่ได้ ไม่ค่อยมีแรงจนกล้ามเนื้อต้นขาทั้งสองข้างเริ่มจะไม่มีแรงจริงๆ เพราะไม่ยอมเดิน ยายอารี จึงพาตาวิชัยไปโรงพยาบาลแพทย์เจ้าของไข้ตรวจเสร็จ เลยส่งให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูดูแลต่อ แพทย์ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อทุกอย่างแล้วให้กลับบ้าน

พอกลับมาอยู่บ้าน ตาชัยก็ไม่ค่อยจะทำตามที่แพทย์แนะนำ ยายอารีจึงไปปรึกษาทีมเยี่ยมบ้านว่าจะมีวิธีการใดช่วยให้ตาวิชัย ออกกำลังกายบ้าง ทีมเยี่ยมบ้านจึงไปเยี่ยมตาวิชัยที่บ้าน แพทย์กับพยาบาลก็นั่งคุยกับตาวิชัยอยู่สักพัก จับประเด็นได้ว่า ตาวิชัย มีสภาวะซึมเศร้าคิดถึงลูกชาย จนไม่อยากจะทำอะไร ทีมเยี่ยมบ้านจึงกลับมาวางแผนให้ความช่วยเหลือตาวิชัย โดยนัดเยี่ยมบ้านตาวิชัย ทุก 2 สัปดาห์ พร้อมทั้งจะติดตั้งลอกบริเวณคานบ้านด้านบนเตียงของตาวิชัยและร้อยเชือกห้อยลงมาสองข้างเพื่อให้ตาวิชัยนอนหรือนั่งจับแล้วดึงขึ้นดึงลงเพื่อออกกำลังแขนสองข้าง ส่วนลอกอีกหนึ่งตัวจะติดไว้ที่คานด้านบนตรงใกล้ๆ ปลายเท้าของตาวิชัย แล้วใช้ผ้าผูกติดเชือกไว้ตรงปลายเท้า แล้วสอนให้ ยายอารี พันผ้าบริเวณข้อเท้าของตาวิชัย แล้วให้ยายอารี ดึงขึ้นดึงลง เพื่อช่วยตาวิชัยออกกำลังกายต้นขาทั้งสองข้าง ด้วยความเป็นห่วงตาวิชัย ยายอารี ก็ชักลอกออกกำลังให้ ตาวิชัยทุกวันๆ ละหลายๆ รอบ เพราะอยากให้แขนขาของตาวิชัยมีแรง จนตาวิชัยรู้สึกเกรงใจแพทย์พยาบาล และยายอารีที่พยายามคิดหาวิธีช่วยในการออกกำลังกายแขนขาให้ จึงขยันชัดลอกขึ้นลง จนแขนขา มีแรง ในที่สุด ตาชัย ก็ลุกขึ้นเดินเองได้ตามปกติ

เรื่องที่ 3 ถูกและดี

ผู้เล่าเรื่อง นฤมล พระใหญ่

ยายสมใจ ป่วยเป็นโรคพาร์คินสัน มาหลายปี รักษากินยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ แต่ยายสมใจก็ยังคงมีอาการมือสั่น ขาสั่น อยู่ตลอดเวลา เวลาเดินก็จะล้มอยู่บ่อยๆ ทำให้ลูกๆ มีความวิตกกังวล กลัวว่าเวลาตอนกลางวันยายสมใจ อยู่บ้านคนเดียวเวลาเดินเข้าห้องน้ำแล้วจะลื่นล้ม ลูกๆ ซื้อไม้เท้าให้ยายสมใจใช้ช่วยพยุงเดิน ยายสมใจก็ไม่ใช้บอกว่าไม่ถนัด จนวันหนึ่งยายสมใจเดินแล้วล้มบริเวณข้างๆ เตียงที่ไม่มีที่จับ ศีรษะกระแทกพื้นเล็กน้อย ลูกๆ รีบพาส่งโรงพยาบาล นอนพักอยู่ 3 วัน แพทย์ก็ให้กลับบ้าน แพทย์แนะนำให้ให้ลูกๆ หาคนมาเฝ้าอย่างใกล้ชิด เพราะกลัวว่ายายสมใจ จะเสียหลักล้มอีกจนเป็นอันตรายมากกว่านี้ ลูกๆ ก็ปรึกษากันเรื่องการปรับปรุงพื้นที่ภายในบ้าน ว่าคงเป็นเรื่องลำบาก เพราะเป็นบ้านเช่าและที่สำคัญคือเรื่องเงินที่มีไม่มากพอ ลูกๆ จึงไปปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อขอยืมเงินไปปรับปรุงพื้นที่ นักสังคมสงเคราะห์จึงลงเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพปัญหา และได้พูดคุยกับ ยายสมใจ ได้ความว่า ยายสมใจไม่ถนัดในการใช้ไม้เท้าที่มีขาเดียว แต่ถ้ามีราวให้จับสองข้าง ยายสมใจจะเดินได้ถนัดกว่า หลังจากนั้นจึงแนะนำให้ลูก ย้ายเตียงที่ยายสมใจนอนมาอยู่ใกล้ๆ บริเวณทางเดินไปห้องน้ำ แล้วใช้ท่อ PVC ขนาด ใหญ่พอมือของยายสมใจ มาต่อเป็นราวจับบริเวณฝาผนังห้องยาวไปจนถึงในห้องน้ำ และตรงบริเวณที่ยายสมใจจะต้องเดินไปใช้พื้นที่นั้น เพื่อให้ยายสมใจมีราวจับเวลาเดิน ร่วมทั้งเก็บข้าวของให้เรียบร้อยไม่ขว้างทางเดินของยายสมใจ พอดีลูกชายคนเล็กของยายสมใจเป็นช่างซ่อมทั่วไป จึงนำท่อ PVC มาต่อเป็น ที่ช่วยพยุงเดินแบบสี่ขา ให้ยายสมใจ ซึ่งยายสมใจบอกว่า **“ถูกและดี”** ที่สำคัญคือลูกชายประกอบให้

<u>กิจกรรมย่อยที่ 3.2</u> ข้อมูลหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

1. วิทยากรอธิบายช่องทางในการติดต่อหน่วยงานต่างๆ และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ
2. วิทยากรประจำฐานให้แต่ละกลุ่มตอบคำถามที่เตรียมไว้ โดยให้สมาชิกในกลุ่มอาศัยความรู้ที่ได้จากการศึกษาผ่านเอกสาร
3. วิทยากรประจำฐานสรุปและให้คำแนะนำเพิ่มเติม
4. วิทยากรประจำฐานมอบของรางวัลให้กับบุคคลที่ตอบคำถามได้ชัดเจนและรวดเร็ว

ข้อมูลหน่วยงาน
ที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ด้านการแพทย์และสาธารณสุข การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	เบอร์โทรศัพท์	เว็บไซต์
สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	02-6222286 (แผนกห้องแพทย์)	www.mod.go.th

ด้านการการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐาน ถึงอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	เบอร์โทรศัพท์	เว็บไซต์
สำนักงาน กศน. กระทรวงศึกษาธิการ	02-2817217	www.nfe.go.th
สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	02-6596783	www.oppo.opp.go.th
สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย	02-2419000 ต่อ 4131-4135	www.moi.go.th
สำนักงานพระพุทธศาสนา	02-4414553	www.onab.go.th

ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพให้อก่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้รับสวัสดิการหรือประโยนช์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้จัดให้อย่างประจำขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	เบอร์โทรศัพท์	เว็บไซต์
สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย	02-2419000 ต่อ 4131-4135	www.moi.go.th
เมืองพัทยา	038-253260 (คุณเก๋)	www.pattaya.go.th

ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่นๆ การดูแล ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ บริการสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย จัดพาหนะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	เบอร์โทรศัพท์	เว็บไซต์
สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	02-6596783	www.oppo.opp.go.th
สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย	02-2419000 ต่อ 4131-4135	www.moi.go.th

ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม ให้ข้อมูล คำปรึกษา ข่าวสารตลาดแรงงาน การจัดหางาน รับสมัครงาน บริการข้อมูลทางอาชีพ การอบรมและฝึกอาชีพ สำหรับผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	เบอร์โทรศัพท์	เว็บไซต์
สำนักเศรษฐกิจการแรงงาน กระทรวงแรงงาน	02-2453705	www.mol.go.th
สำนักงาน กศน. กระทรวงศึกษาธิการ	02-6285331 (คุณสมใจ)	www.nfe.go.th
สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย	02-2419000 ต่อ 4131-4135	www.moi.go.th

ด้านการพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย/ชุมชน การส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมในชุมชน โดยเพิ่มการจัดกิจกรรมทางกีฬา นันทนาการ การถ่ายทอดภูมิปัญญา และส่งเสริมการรวมกลุ่มออมทรัพย์ของผู้สูงอายุ ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	เบอร์โทรศัพท์	เว็บไซต์
สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	02-6596783	www.oppo.opp.go.th
กระทรวงวัฒนธรรม	02-4228862 (คุณสุภาพร)	www.m-culture.go.wh
สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย	02-2419000 ต่อ 4131-4135	www.moi.go.th

ด้านการนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	เบอร์โทรศัพท์	เว็บไซต์
กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย	02-2994323 02-2194328 (คุณสุรี) (หัวหน้ากลุ่มงาน)	-
เมืองพัทยา	038-253260 (คุณเก๋)	www.pattaya.go.th

ด้านการท่องเที่ยว กีฬา และนันทนาการ จัดกิจกรรมและโครงการสำหรับผู้สูงอายุ บริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพร่างกาย ลานกีฬา ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	**เบอร์โทรศัพท์**	**เว็บไซต์**
สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	02-6596783	www.oppo.opp.go.th
สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย	02-2419000 ต่อ 4131-4135	www.moi.go.th

ด้านการช่วยเหลือในทางคดีและการช่วยเหลือผู้สูงอายุ **ที่ถูกทารุณกรรม** ให้คำแนะนำ ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายและประสานงานกับสภาทนายความในการจัดหาทนายความ แก้ต่างคดีเผยแพร่และให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่		
สถานที่	เบอร์โทรศัพท์	เว็บไซต์
กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม	02-1412929 02-1412743 (call center)	www.rlpd.moj.go.th
สำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย	02-2419000 ต่อ 4131-4135	www.moi.go.th

ภาคผนวก ซ

เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 2
ระหว่างวันที่ 19 – 20 กุมภาพันธ์ 2558

เอกสารประกอบการประชุม

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 2

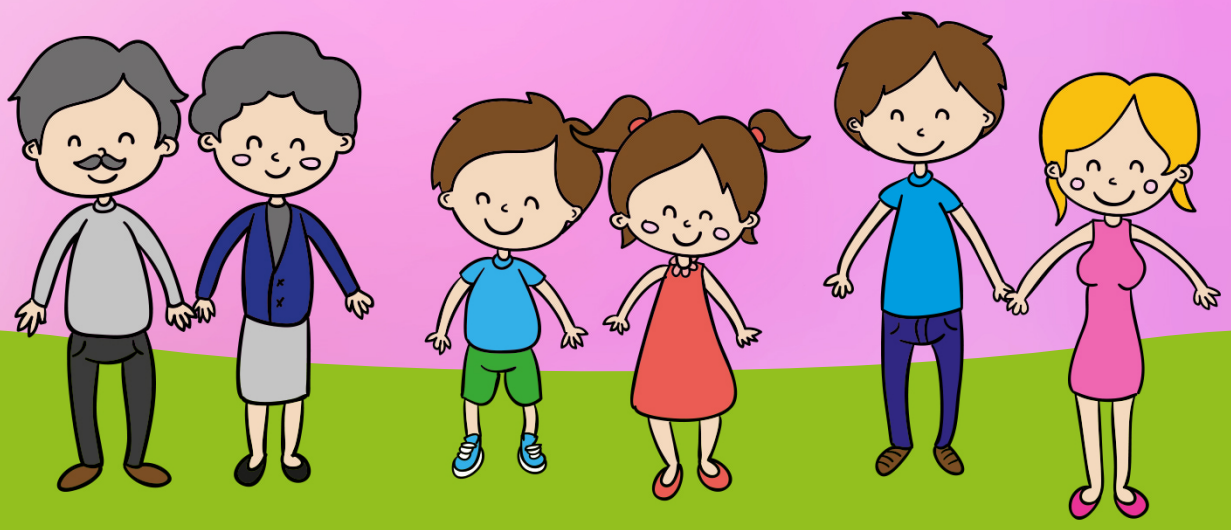
จัดโดย

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
คณะมนุษยศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์
และสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ร่วมกับ

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ระหว่างวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2558
ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ พระราม 6 กรุงเทพฯ



กำหนดการ

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 2

โดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

และสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 19 – 20 กุมภาพันธ์ 2558

ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ซอยเรวดี ถนนพระรามหก สามเสนใน พญาไท จตุจักร กรุงเทพ

วันพฤหัสบดีที่ 19 กุมภาพันธ์ 2558

08:30 – 09:00 น. ลงทะเบียน

09:00 – 10:40 น. **กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการใช้เทคนิคการเล่าเรื่องของแต่ละชุมชน**

10.40 – 11.00 น. พักรับประทานอาหารว่าง

11.00 – 12.00 น. **กิจกรรม การพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน**

12:00 – 13:00 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13:00 – 15.00 น. **กิจกรรม การพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุของแต่ละชุมชน (ต่อ)**

15.00 – 16.00 น. **การประเมินโครงการ**

16:00 – 17:00 น. รับประทานอาหารเย็น

17:00 น. เป็นต้นไป พักผ่อนตามอัธยาศัย

วันศุกร์ที่ 20 กุมภาพันธ์ 2558

08:30 – 09:00 น. ลงทะเบียน

09:00 – 12:00 น. **กิจกรรม การทบทวนการปฏิบัติงาน (AAR)**

การปิดกิจกรรม

12:00 – 13:00 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13:00 น. เป็นต้นไป เดินทางกลับภูมิลำเนาโดยสวัสดิภาพ

หมายเหตุ : อาหารว่างเช้าเวลา 10:30 น. อาหารว่างบ่ายเวลา 15:00 น.

รายชื่อผู้เข้าร่วม

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งที่ 2
โดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
และ สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2558
ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ซอยเรวดี ถนนพระรามหก สามเสนใน พญาไท จตุจักร กรุงเทพ

รายชื่อทีมคณะผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

1. รศ.ดร.ดุษฎี โยเหลา
2. อ.ดร.นิยะดา จิตต์จรัส
3. ผศ.ธีระชน พลโยธา
4. อ.ดร.ฐาศุกร์ จันประเสริฐ
5. อ.ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน
6. อ.ดร.ภิญญาพันธ์ เพียซ้าย
7. อ.ดร.ครรชิต แสนอุบล
8. อ.ดร.นฤมล พระใหญ่
9. อ.ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง
10. อ.ปิยรัฐ ธรรมพิทักษ์
11. นางสาวณภัทรรัตน์ ไชยอัครกัลป์ (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)
12. นายวีรพงษ์ พวงเล็ก (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)
13. นางสาวปานรดา บุษรารัตน์ (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)
14. นางสาวอารยา เชียงของ (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)
15. นางสาวปัทมา เกตุอ่ำ (นิสิตปริญญาเอกสถาบันวิจัยฯ)

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการจากแต่ละพื้นที่

พื้นที่ อบต.โพรงอากาศ จังหวัดฉะเชิงเทรา

1. นางโสลัดดา ศฤงชัยธวัช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.โพรงอากาศ
2. นางวาสนา ภู่อร่าม ผู้ดูแล/อสม
3. นางบุญนำ ภู่อร่าม ผู้ดูแล/อสม
4. นางลำเจียก สงค์เจริญ ผู้ดูแล/อสม
5. นส.สุทิน เพ็ชรผุดผ่อง อสม

พื้นที่ รพ.สต.ส้าน จังหวัดน่าน

1. นางอนงค์ พูใบ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นายภาสกร ศรีสวรรค์ อสม.
3. นางเกศรินทร์ ใจลำปาง อสม.
4. นางจันดี แสงแก้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
5. นายเหมือน กันใจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

พื้นที่โรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี

1. นางณัฐนันท์ ธไนศวรรยางค์กูร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
2. นางสาวปริศณา เปรมพุ่ม อสม.
3. นางโสภา วิชัยกุล อสม.
4. นางกัลยา อมรชร ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
5. นางสุภาพร แย้มทรัพย์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
6. นางสาวอโณทัย หงส์งามวงศ์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

พื้นที่ จังหวัด สกลนคร

1. นางวนัสสุดา ศรีนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสอ.เมืองสกลนคร
2. นางสาวทิวาพร นวนมณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านแมด ต.ดงชน
3. นายคำผล ยะไชยศรี ประธาน อสม.ตำบลดงชน
4. นางละเอียด มุลน้อยสุ อสม.
5. นางเดือนเพ็ญ ศูนย์สอน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
6. นางพรใจ แสงพรหมชาลี ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

พื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

1.	นางผุสดี ด่านกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2.	นางพัชรา เสกรัมย์	จิตอาสา
3.	นางประไพพรรณ นอบกาย	จิตอาสา
4.	นางสุภาวดี ไชยานุกูล	จิตอาสา
5.	นางเสาวนีย์ เตชะวณิช	จิตอาสา ผู้ดูแล
6.	นางสาวพรสวรรค์ ธรรมปภัศร์	จิตอาสา ผู้ดูแล

พื้นที่ตำบลระโนด จังหวัดสงขลา

ไม่สามารถเข้าร่วมได้

กิจกรรมที่ 1
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “เรื่องเล่า”

วัตถุประสงค์

เพื่อตรวจสอบว่าหลังจากได้มีการจัดกิจกรรมการสร้างและใช้เรื่องเล่าแล้ว ทีมดูแลผู้สูงอายุ อันได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / พยาบาล อสม./อผส. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้มีการนำความรู้ไปใช้อย่างไรและเกิดผลกระทบอย่างไรบ้างต่อตัวผู้สูงอายุ ต่อทีมดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในบริบทของการป้องกัน ดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที (09.00 – 10.40 น.)

อุปกรณ์

1. เรื่องเล่า จากเอกสาร หัวข้อต่อไปนี้
   - 1.1 “เรื่องเล่าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / พยาบาลวิชาชีพ”
   - 1.2 เรื่องเล่าจากอสม.
   - 1.3 เรื่องเล่าจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ใบงานที่ 1
3. กระดาษ Flip Chart และเทปกาว
4. ปากกาเมจิก

วิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร

กลุ่ม	วิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร
พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่รพ.สต.	1.อ.ดร.นฤมล 2.อ.นิยะดา 3.อ.อารยา
อสม. กลุ่มที่ 1	1. รศ.ดร.ดุษฎี 2. นายวีรพงษ์
อสม. กลุ่มที่ 2	1. อ.ดร.ฐาศุกร์ 2. อ.ดร.ภิญญาพันธ์ 3. ผศ.ธีระชน
ผู้ดูแล กลุ่มที่ 1	1. อ.ดร.ครรชิต 2. นางสาวปานรดา
ผู้ดูแล กลุ่มที่ 2	1. อ.ดร.มณฑิรา 2. นางสาวณภัทรรัตน์

ขั้นที่ 1 ขั้นละลายพฤติกรรม (10 นาที)

1. วิทยากร และผู้ช่วยวิทยากร แนะนำตัวเอง

2. ผู้ช่วยวิทยากรทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม โดยเน้นกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์เป็นคู่ เช่น ให้ผู้ร่วมสนทนาจับคู่กัน แนะนำชื่อจริง ชื่อเล่น และจุดเด่นของตัวเอง บทบาทหน้าที่ จากนั้นให้แต่ละคู่แนะนำคู่ของตนเองโดยสลับกันแนะนำ (ขั้นตอนนี้อาจใช้ป้ายชื่อเป็นอุปกรณ์ในการละลายพฤติกรรม)

ขั้นที่ 2 ขั้นการดำเนินกิจกรรม (1 ชั่วโมง 30 นาที)

1. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมทุกคน เปิดเอกสารไปในส่วนของเรื่องเล่า และถามผู้เข้าร่วม ว่ามีใครที่เป็นจ้าของเรื่องเล่าบ้าง และให้สมาชิกท่านนั้นเป็นตัวแทน อ่านเรื่องเล่านั้น ให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง

2. หลังจากนั้นวิทยากร ถามเจ้าของเรื่องเล่าและสมาชิกภายในกลุ่มว่า สิ่งที่ได้จากเรื่องเล่านี้มีอะไรบ้าง ผู้ช่วยวิทยากรเขียนความคิดเห็นนั้น ๆ ลงบนกระดาษฟลิปชาร์ท จากนั้นวิทยากรสรุปความคิดเห็นให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง

3. วิทยากร ถามเจ้าของเรื่องเล่าและสมาชิกภายในกลุ่มว่า สิ่งที่ได้จากเรื่องเล่านี้ท่านจะนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไรบ้าง ผู้ช่วยวิทยากรเขียนความคิดเห็นนั้น ๆ ลงบนกระดาษฟลิปชาร์ท จากนั้นวิทยากรสรุปความคิดเห็นให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง

4. หลังจากนั้นวิทยากร ถามเจ้าของเรื่องเล่าและสมาชิกภายในกลุ่มว่า ถ้าจะต้องเขียนเรื่องเล่าใหม่จะทำแบบใดและมีส่วนใดต้องปรับปรุงบ้าง ผู้ช่วยวิทยากรเขียนความคิดเห็นนั้น ๆ ลงบนกระดาษฟลิปชาร์ท จากนั้นวิทยากรสรุปความคิดเห็นให้สมาชิกภายในกลุ่มฟัง

5. วิทยากรขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ร่วมให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ และให้สมาชิกทุกคนกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกัน ที่ช่วยชี้แนะแบ่งปันความรู้ ความคิด ความรู้สึก ด้วยความเป็นมิตร

ตัวอย่างประเด็นการสรุป

ในฐานะผู้เล่า

- ได้แสดงตัวตนให้ผู้อื่นได้ทราบ (เช่น ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตน)
- ได้เผยแพร่ความคิดดี ๆ ที่อยากให้ผู้อื่นได้รับทราบ
- ได้เปิดเผย ระบายอารมณ์ ความทุกข์ความสุข
- อื่นๆ.....จากที่สมาชิกในกลุ่มตอบมา

ในฐานะผู้รับฟัง

- ได้รู้จักตัวตนของบุคคลที่เล่าเรื่องมากขึ้น
- ได้ความรู้จากเนื้อหาที่ผู้เล่าบอกเล่า
- ได้เรียนรู้วิธีการเล่าเรื่องจากผู้อื่น (เช่น เรื่องที่เล่าจะเข้าใจชัดเจนถ้ามีองค์ประกอบครบถ้วนว่าเรื่องเกิดกับใคร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร รวมทั้งมีผลกระทบอะไรที่ตามมาบ้าง)
- อื่นๆ.....จากที่สมาชิกในกลุ่มตอบมา

ตัวอย่างประเด็นการสรุปประโยชน์ตามใบงาน

ในฐานะผู้ฟัง ที่สำคัญ ได้แก่

1) ได้รับทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในแง่มุมต่างๆ ที่มาจากชีวิตจริงๆ จากจังหวัดอื่น

1.1) ได้รับรู้เกี่ยวกับอาการ สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

1.2) ได้รู้ปัจจัย / เงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง

1.3) ได้รู้วิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการจัดการ หรือแก้ไข

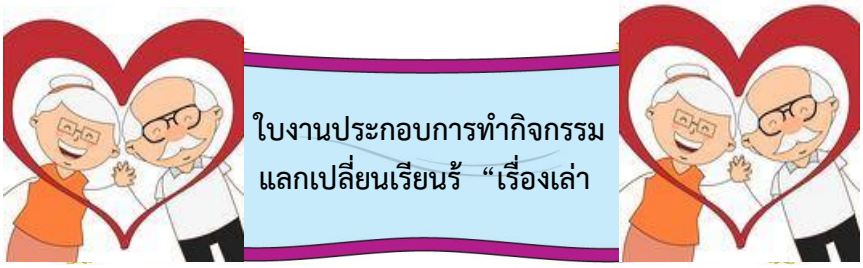
1.4) ได้เรียนรู้ ผลลัพธ์ / ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้สูงอายุและผู้ที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2) เกิดการกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น รู้สึกประทับใจ ซาบซึ้ง ชื่นชม เห็นใจ มีศรัทธา... ซึ่งส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

3) อื่นๆ (เพิ่มเติมจากที่ได้จากกลุ่ม)

ในฐานะผู้เล่า ที่สำคัญ คือ ได้แบ่งปัน เรื่องราว ความคิด ความรู้สึก เป็นการระบาย ทำให้ผ่อนคลาย เกิดความภาคภูมิใจ ในหน้าที่ และอื่นๆ.....จากที่สมาชิกในกลุ่มตอบมา

กลุ่ม..... จังหวัด.....



check ผลการใช้กิจกรรม “เรื่องเล่า” (สำหรับสมาชิกกลุ่มที่**มี**ประสบการณ์ใช้เทคนิคการสร้างเรื่องเล่า)

1. ใช้อย่างไร (ท่านกระตุ้นให้ใครเล่าเรื่อง เมื่อไหร่ ที่ไหน ด้วยวิธีการอย่างไร)

   .....

   .....

2. เนื้อหาและประโยชน์ของเรื่องเล่า

   2.1 เนื้อหาเรื่องเล่า (สรุปย่อ)

   .....

   .....

   2.2 ประโยชน์ที่ท่านคาดว่าจะนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้ มีอะไรบ้าง

   .....

   .....

3. ปัญหา / อุปสรรค / ข้อสังเกตจากการใช้เทคนิคเรื่องเล่า

   .....

   .....

4. <u>ผลกระทบที่เกิดขึ้น</u>

   4.1 ต่อตัวผู้สูงอายุ

   .....

   .....

   4.2 ต่อตัวสมาชิก

   .....

   .....

   4.3 ต่อผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง

   .....

   .....

   4.4 อื่นๆ (ถ้ามี)

   .....

check ผลการใช้กิจกรรม “เรื่องเล่า” (สำหรับสมาชิกกลุ่มที่**ไม่เคย**มีประสบการณ์ใช้เทคนิคการสร้างเรื่องเล่า)

1. หากท่านจะบันทึกเรื่องเล่าที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ ท่านจะกระตุ้นให้ใคร เล่าเรื่อง เมื่อไหร่ ที่ไหน ด้วยวิธีการอย่างไร

   .....

   .....

   .....

   .....

2. เนื้อหาของเรื่องเล่าที่ท่านคาดว่าน่าจะนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุได้ มีอะไรบ้าง

   .....

   .....

   .....

   .....

3. ในการไปเก็บเรื่องเล่าตามข้อ 1 - 2 ท่านคาดว่าน่าเกิดปัญหา/อุปสรรคหรือข้อควรระวังใดบ้าง

   .....

   .....

   .....

4. หากท่านได้ดำเนินการตามข้อ 1 - 2 แล้ว ท่านคาดว่าจะเกิดผลกระทบใดบ้าง

   4.1 ต่อตัวผู้สูงอายุ

   .....

   .....

   4.2 ต่อตัวสมาชิก

   .....

   .....

   4.3 ต่อผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง

   .....

   .....

   4.4 อื่นๆ (ถ้ามี)

   .....

   .....

เรื่องเล่าจาก
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/
พยาบาลวิชาชีพ

เรื่องที่ 1

เรื่อง : ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่กำลังจะพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก

ผู้เล่าเรื่อง : โสลัดดา ศฤงชัยธวัช

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต. โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา

บรรยากาศต้นเดือนมกราคม 2558 ผ่านไปที่ไหนก็จะได้ยินแต่เสียงเพลงสวัสดีปีใหม่ ทุกคนกำลังเฉลิมฉลองจัดงานปีใหม่อย่างมีความสุข แต่สำหรับบ้านหลังนี้ช่างแตกต่างจากบ้านอื่นๆอย่างสิ้นเชิง ไม่มีเสียงวิทยุ เสียงโทรทัศน์ หรือแม้แต่เสียงพูดคุย ไม่ใช่บ้านร้างในบ้านมีสมาชิกอยู่ถึง 4 ชีวิต คือพ่อที่อายุ 63 แม่เพิ่งอายุหก60 ปีนี้ พี่ชายอายุ 36 และน้องชายที่นอนอยู่บนเตียงอายุเพิ่ง 32 ภาพที่เห็นคือทั้งพ่อและแม่จะนั่งอยู่ที่ริมเตียงของลูกชาย ปกติแล้วภาพนี้จะไม่เคยเห็นเลย เพราะทั้งพ่อและแม่นี้จะเป็นคนที่ขยันมากถ้าต้องการพบเขาจะอยู่ตามในสวน ในท้องนา หรือนั่งทำข่าตะไคร้ในบริเวณบ้านซะมากกว่า แต่ทำไมวันนี้เขาจึงนั่งอยู่ตรงนี้ด้วยแววตาที่เศร้าหมอง จิตใจที่กำลังจะสลายเพราะลูกชายอันเป็นที่รักกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดที่ลุกลามไปที่สมองมีอาการเกร็งและเจ็บปวดเป็นระยะๆ ภาระหนักในการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นของแม่ทั้ง ป้อนข้าว เช็ดตัว เช็ดก้นฯลฯเตรียมอาหาร พ่อจะมีหน้าที่เป็นลูกมือหยิบโน่นนี่บ้างเป็นบ้างครั้ง ถ้าเห็นอาการของลูกไม่ดีก็จะหาทางหลบออกไปจากที่ตรงนั้นและถอดหูฟังออกเพื่อที่จะได้ไม่ได้ยินเสียงใดๆเลยเพราะตนเองหูตึง ผู้ที่เครียดหนักมากคือแม่เครียดจากอาการลูก เครียดจากการที่รู้ว่าความพลัดพรากกำลังใกล้เข้ามา เครียดจากความไม่เข้าใจในตัวพ่อทำไมถึงทิ้งให้แม่ต้องเผชิญอยู่เพียงลำพัง เครียดที่ต้องดูแลทุกคนทั้งๆที่เวลานี้ทุกคนน่าจะช่วยกันดูแลตนเองและช่วยประคับประคองใจซึ่งกันและกัน ในบางวันอาการเครียดแสดงออกมาโดยมีอาการท้องเสีย ปวดท้องปวดปัสสาวะชนิดไม่ทราบสาเหตุ ความต้องการในขณะนี้คืออยากให้ทุกคนได้เข้าใจบ้างว่าขณะนี้ทั้งร่างกายและจิตใจมันอ่อนล้าเต็มทีสิ่งที่กำลังเลือกในขณะที่มีแต่ความอ่อนล้าก็คือคนที่ป่วยหนักและกำลังจะจากไปขอให้ได้ทำสิ่งต่างๆเพื่อลูกที่เวลานี้สมองบางส่วนที่ยังหลงเหลือความทรงจำคือแม่ พ่อและพี่เท่านั้น ที่สายตาเขามองแล้วไม่ใช่คนแปลกหน้าและยิ่งเวลาที่เขาเจ็บปวดสายตาที่เขามองแม่เหมือนกำลังบอกว่าแม่ช่วยด้วย มันยิ่งทำให้ใจมันเศร้ามากขึ้นแต่ก่อนความคิดอยากจะยื้อเขาไว้ให้อยู่กับเราให้นานที่สุดแต่เดี๋ยวนี้ไม่ใช่แล้วยิ่งเห็นลูกทรมานสิ่งที่คิดคือถ้าหากลูกจะต้องจากไปก็ยอมแล้วแต่ขอให้เขาไม่มีความเจ็บปวดทรมาน ขอให้มีสติ ขอให้นึกถึงบุญกุศลที่ได้ทำเพื่อให้เขาไปดี ตอนนี้พยายามทำใจปล่อยวางกับทุกสิ่งรอบตัว บ้านช่องถ้วยชามถ้าทำไม่ไหวทำไม่ทันก็ปล่อยไว้ก่อนมีแรงมีกำลังเมื่อไหร่ค่อยขึ้นมาทำ ไม่เครียดไม่บ่นจะเป็นอย่างไรก็ช่างมันเถอะ ซึ่งแต่เดิมคงทนไม่ได้ทุกอย่างต้องเนี๊ยบ สำหรับลูกชายคนโตเวลาพ่อบ่นอะไรก็ไม่เถียงเขานะลูก เวลานี้ช่วยแม่หน่อยขอให้บ้านสงบสุขเพื่อน้องนะ สำหรับพ่อเมื่อมีโอกาสก็พยายามแล้วในการปรับความเข้าใจแล้วก็พยายามเข้าใจ วันไหนที่เขาช่วยล้างถ้วยล้างชามให้วันนั้นรู้สึกได้ว่ามีความสุขจริงๆมีความสุขที่รู้ว่าในบางครั้งเขาก็ยังมีความรู้สึกห่วงใยช่วยแบ่งเบาภาระ พยายามแล้วในการที่จะมองส่วนที่ดีๆเพื่อไม่ให้ตนเองเครียด สำหรับความต้องการของพ่อๆก็มีความต้องการเช่นกันและไม่ใช่ว่าไม่รัก

และเป็นห่วงลูกสำหรับลูกชายคนที่กำลังป่วยพ่อทนดูความเจ็บปวดทรมานของลูกไม่ได้ พ่อยอมรับในความแข็งแกร่งของแม่ที่มีสติไม่ตื่นเต้นเวลาลูกเจ็บปวดซึ่งตนเองไม่เคยควบคุมสติได้เลย และสิ่งที่พ่อรู้สึกเสียใจมากที่สุดคือวันที่ตนเองเฝ้าอาการของลูกมาตลอดแต่เมื่อเวลาลูกจะจากไปตนเองไม่มีโอกาสที่จะได้ส่งลูกเป็นครั้งสุดท้ายทั้งๆที่ตลอดมาได้ทำทุกอย่างดีที่สุดแล้วเพราะอะไรหรือเพราะลูกชายคนนี้เขาไม่เคยทำให้พ่อเสียใจเลยพ่อวางแผนการดำเนินชีวิตว่าต้องเรียนอะไร เรียนที่ไหน ลูกสามารถทำให้พ่อชื่นใจได้ทุกครั้งไม่เคยใช้เส้นสายลูกใช้แต่ความสามารถ แม้แต่การสอบบรรจุเข้าทำงานลูกก็สามารถสอบได้อนาคตลูกกำลังรุ่งโรจน์แม้แต่เวลาที่ลูกป่วยเป็นโรคที่ร้ายแรงลูกก็ยังเป็นคนปลอบพ่อเสมอๆว่าไม่เป็นรัยค่อยๆรักษาไปที่ละขั้นตอนไม่เคยมีอาการกลัวหรือวิตกกังวล พ่อกำลังวางแผนชีวิตว่าในอนาคตตนเองหมดห่วงแล้วเพราะให้การศึกษาที่ดีแก่ลูกทุกตนและชีวิตในบั้นปลายก็มีลูกคนนี้ที่จะฝากชีวิตไว้ได้แต่ความหวังนั้นได้พังทลายไปแล้ว สำหรับลูกคนโตเป็นคนที่พ่อเป็นห่วงมากเช่นกันเพราะเป็นคนที่พ่อต้องอดทนในการที่จะต้องคอยดูแลเพื่อไม่ให้เตลิดไปไกลต้องอดทนกับอารมณ์ของลูกพ่อมองเห็นในบางสิ่งบางอย่างที่ลูกทำให้เช่นการเอาใจใส่เรื่องอาหารการกินของพ่อยามที่แม่ไม่อยู่ แต่ไม่ค่อยแสดงออกให้เห็น การแสดงออกซึ่งความภาคภูมิใจในตัวลูกชายคนนี้ทำครั้งสุดท้ายตอนที่ลูกเรียนจบปริญญาตรีแล้วได้กอดลูกด้วยความภาคภูมิใจ จะเห็นว่าทุกคนต่างมีความหวังและความต้องการแต่สำหรับสมาชิกของบ้านนี้การปรับตัวปรับใจในการยอมรับกันและกันมันมีช่องว่างที่ต้องใช้เวลาในการปรับตัวซึ่งการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของลูกชายคนที่2นี้ถึงแม้จะเป็นวิกฤตที่ทำให้เกิดความสูญเสียและพลัดพรากอย่างใหญ่หลวงแต่เหตุการณ์นี้ก็ทำให้ทั้งพ่อและแม่ได้มีโอกาสที่จะพยายามทำความเข้าใจกันได้แสดงความห่วงใยกัน ดูแลทำงานบางอย่างแทนกันทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีภายในครอบครัวพลังแห่งความรักน่าจะทำให้ทุกอย่างดีขึ้นดิฉันเชื่อว่าน่าจะเป็นเช่นนั้น

เรื่องที่ 2
เรื่อง : วิตกกังวลรักษาได้ ด้วยยาใจ

ผู้เล่าเรื่อง : นางอนงค์ พูใบ
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.ส้าน จ.น่าน)

เรื่องราวของสามีกับคุณภรรยาวัย 62 ปี ที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวล ที่อยู่กินกันมากว่า 30 ปี มีลูกสาวด้วยกัน 3 คน แต่ละคนแต่งงานมีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัดหมดเลย นานๆจะกลับมาเยี่ยมพ่อแม่ จะมาช่วงปีใหม่หรือสงกรานต์เท่านั้น ฉะนั้นก็อยู่กันลำพัง 2 คนที่บ้านทำสวน ทำนากันเล็กๆน้อยๆ ดูแลกันไปตามประสาผัวเมีย

เมื่อประมาณ 4 ปีก่อน เริ่มแรกคุณป้าเริ่มมีอาการนอนๆอยู่ช่วงกลางคืนจะสะดุ้งผวา บ่นแน่นหน้าอก ใจไม่ดี ใจสั่น คุณลุงก็ตกใจ รีบหายาลม ยาดม ยาหม่องมาให้ นอนสักพักก็อาการดีขึ้น หลับต่อได้ ต่อมามีอาการถี่ขึ้น มีอาการเป็นพักๆ บ่นเวียนศีรษะ เรียกหาลูกหลาน บางครั้งเรียก อสม. บ้านข้างๆมาวัดความดันโลหิตให้ก็ปกติ พาไปตรวจที่โรงพยาบาลอยู่หลายครั้ง ก็ไม่พบความผิดปกติใดๆ บางครั้งต้องอยู่เป็นเพื่อนไม่ได้ไปทำสวน เพราะคุณป้าบอกให้อยู่เป็นเพื่อนหน่อย “บอกกลัวตาย”

แรกๆคุณลุงก็รู้สึกตกใจ และเป็นห่วงว่าจะเป็นโรคร้ายแรง จึงพยายามพาไปหาหมอตลอด แต่ขณะที่ไปหาหมอคุณป้าก็ไม่มีอาการอะไร ตรวจหาสาเหตุไม่ได้ กลับมาอยู่บ้านก็มีอาการขึ้นมาอีก ก็คิดว่าอาจจะเป็นโรคเหมือนพี่ชายของเขาก็ได้ มีอาการคล้ายกัน เดี๋ยวเป็นโน่น เดี๋ยวเป็นนี่ อยู่นั่นแหล่ะ ไปรักษาทางไสยศาสตร์ ผีสางนางร้ายต่างๆก็ไม่ช่วยอะไร วนเวียนรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ประมาณ 3 เดือนก็เล่าอาการให้คุณหมอฟังอย่างละเอียด คุยกันนานพอสมควรจึงส่งคุณป้าไปยังแผนกจิตเวช จึงได้รักษาเกี่ยวกับ “โรควิตกกังวล”

โรควิตกกังวลนี้คุณลุงและคุณป้าเองก็ไม่รู้จักหรอก หลังได้ยามาทานระยะหนึ่งเริ่มดีขึ้น ไม่มีอาการบ่อยอาการใจไม่ดีก็ไม่มี คุณลุงเล่าว่ารู้สึกโล่งใจ คิดว่ารักษาได้ถูกจุดแล้ว ดูสีหน้าแจ่มใส ไม่บ่นอะไรให้ฟัง ไม่ต้องไปส่งหาหมอบ่อยๆ เพราะคุณป้าขี่รถไม่เป็น จะไปไหนต้องไปส่งตลอด ในช่วงที่มีอาการใหม่ๆคุณลุงรู้สึกตกใจ ถ้าเห็นภรรยามีอาการ รีบหายามาให้ นานๆเข้าเริ่มชิน เพราะเขาเป็นเดี๋ยวเดียว เดี๋ยวก็ดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองก็รู้สึกรำคาญเหมือนกันที่ถูกเรียกหรือปลุกตอนกลางคืนบ่อยๆ เพราะตนเองก็เป็นคนที่หลับยากเหมือนกัน บางครั้งก็จะตวาดเข้าใส่คุณป้า คุณป้าก็เงียบขรึมไป หรือบางครั้งตนเองก็แกล้งทำเป็นไม่ได้ยิน ทำเฉยๆ แกล้งไม่โต้ตอบ เขาก็จะไปหายามาทานเอง แต่ก็จะเงียบๆไป คิดว่าคุณป้าอาจจะโกรธอยู่บ้าง คุณลุงบอกว่าก็พยายามพูดคุยตามปกติ สักพักคุณป้าก็จะมาพูดคุยด้วยตามปกติ

ขณะนี้คุณป้าทานยาอย่างต่อเนื่อง มารับการรักษาตามนัดโดยมีคุณลุงมาส่งรับยาที่โรงพยาบาลเวียงสาทุก 3 เดือน โดยรถมอเตอร์ไซด์ บอกว่า “ยานี่ดีนะทำให้คุณป้าดีขึ้น” และได้มาขอซื้อยาที่คุณป้าทานอยู่จะเอาไปให้พี่ชายของคุณป้าทานดู เพราะดูจากอาการแล้วน่าจะเป็นโรคเดียวกัน “หรือจะเป็นกรรมพันธุ์ใช่ไหมคุณหมอ” แต่

คุณหมอบอกต้องพาผู้ป่วยมาตรวจก่อน ปัจจุบันคุณลุงก็ทำสวนผักบ้าง แล้วคุณป้าก็จะนำผักไปขายที่ตลาดใกล้ๆ หมู่บ้าน เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้เป็นอย่างดี คุณลุงเชื่อว่า โรคนี้รักษาได้ด้วยยา รักษาต่อเนื่องและการดูแลใส่ใจ ซึ่งกันและกัน ก็อยู่กันไปดูแลกันไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต

<u>มุมมองจากนักวิชาการ 1</u>

<u>อาการ</u> จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการของโรควิตกกังวลที่เด่นชัด คือ นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นในเวลากลางคืน บ่นแน่นหน้าอก เวียนศีรษะ เครียด คล้ายจะเป็นลม บ่นกลัวตาย

<u>การดูแล</u> จากอาการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลพาผู้สูงอายุไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษา และดูแลให้ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ใส่ใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ให้ทำงานบ้างเล็กๆน้อยๆ อยู่เป็นเพื่อนช่วยกันประคับประคองไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและประคับประคองอาการป่วยวิตกกังวลให้ทุเลาลงได้

<u>ความคิดเห็น</u> ในผู้สูงอายุ เมื่อร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ จะมีการเสียบทบาทของตัวเอง ทำให้ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง และจะส่งผลไปถึงกิจกรรมประจำวัน ไม่เป็นที่พอใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลกลัว และยิ่งได้พบเห็นสภาพของผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต จะ ยิ่งทำให้เกิดความกลัวเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าผู้สูงอายุเข้าใจและปรับตัวได้ก็จะดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะนำมาซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการเปลี่ยนแปลง อาการของความวิตกกังวลเป็นอาการทางสรีรวิทยาของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น ได้แก่ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก หรือเมื่ออยู่ในระดับที่รุนแรง (Panic attack) จะมีอาการ หัวใจเต้นเร็ว หายใจไม่ออก จุกแน่นหน้าอก คลื่นไส้ ปั่นป่วนในท้อง เวียนศีรษะ โคลงเคลงจะเป็นลม รู้สึกสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป ควบคุมตัวเองไม่ได้ กลัวว่าจะตาย ชาหรือรู้สึกร้อนวูบวาบ พิเชษฐ อุดมรัตน์และมาโนช หล่อตระกูล).2547:16-17) ในการรักษาโรควิตกกังวลนั้นในระยะแรกผู้ป่วยจะไปพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย แต่เมื่อตรวจแล้วจะไม่พบความผิดปกติ ทำให้อาการของโรคยังดำรงอยู่ ผู้ดูแลรายนี้ในตอนแรกไม่มีความเข้าใจในโรคของผู้สูงอายุจึงพารักษาทางไสยศาตร์ แต่เมื่อพบว่าไม่ดีขึ้นจึงกลับมาพบแพทย์อีก และเมื่ออธิบายอาการมากขึ้น จึงได้ไปพบจิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคนี้ ทำให้อาการดีขึ้น ประกอบกับญาติเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ช่วยรับฟังเรื่องต่างๆทำให้ผู้สูงอายุได้ระบายความวิตกกังวล รู้สึกว่ามีคนรับฟัง ดูแลให้กินยาสม่ำเสมอ และให้ทำกิจกรรมที่ยังคงทำได้เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และส่งเสริมคุณค่าในตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้น

มุมมองจากนักวิชาการ 2

อาการ	คุณป้าเริ่มมีอาการนอนๆอยู่ช่วงกลางคืนจะสะดุ้งผวา บ่นแน่นหน้าอก ใจไม่ดี ใจสั่น นอนสักพักก็อาการดีขึ้น หลับต่อได้ ต่อมามีอาการถี่ขึ้น มีอาการเป็นพักๆ บ่นเวียนศีรษะ
วิธีการดูแล	เริ่มแรกที่คุณป้ามีอาการ คุณลุงจะดูแลคุณป้าโดยหายาดม ยาลม ยาหม่องมาให้คุณป้า เรียกอสม. บ้านข้างๆ มาวัดความดันให้ พาคุณป้าไปตรวจที่โรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่รักษาโดยมีคุณลุงเป็นผู้รับส่งยาที่โรงพยาบาลทุกๆ 3 เดือน นอกจากนี้ให้คุณป้าเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ดูแลใส่ใจซึ่งกันและกัน
หลักการ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล	การที่คุณลุงพยายามพาคุณป้าไปรักษาที่โรงพยาบาลตลอด รวมถึงการอยู่ด้วยและดูแลอย่างต่อเนื่องและชักชวนทำกิจกรรมในสังคม ด้วยหัวใจที่คุณลุงบอกว่า จะดูแลใส่ใจกันไปจนวาระสุดท้าย แสดงถึงหัวใจของคุณลุงที่มีให้คุณป้าอย่างเต็มเปี่ยม ซึ่งในทางจิตวิทยาหัวใจเช่นนี้เรียกว่า “การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก” และ “ความสอดคล้องกลมกลืน” ถึงแม้ว่าจะเหนื่อยและตนเองก็ไม่ได้สบายมากนักกับการที่จะต้องดูแลคุณป้า แต่หัวใจที่คุณลุงบอกไว้เสมอว่า จะดูแลกันไปตลอด คำนี้ทำให้คุณลุงมีหัวใจที่จะดูแลคุณป้าได้อย่างเต็มที่
ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิดและทฤษฎี	แม้การใส่ใจดูแลคุณป้าของคุณลุงจะเต็มที่และทำให้คุณป้ามีอาการดีขึ้น แต่การพึ่งพาคนเดียวก็เสี่ยงต่อคุณป้าด้วยเหมือนกันหากคุณลุงเป็นอะไรไปหรือไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลคุณป้าได้ไม่ว่าด้วยเหตุใด ดังนั้นควรมีหน่วยงาน หรือลูกหลานเข้ามาช่วยอีกแรงหนึ่งทั้งในด้านการสนับสนุนให้กำลังใจและการหาแหล่งความรู้เพื่อช่วยเหลือดูแลคุณป้าได้ทันท่วงที

เรื่องที่ 3
เรื่อง : หลักธรรมนำใจ แก้ไขปัญหาซึมเศร้า

ผู้เล่าเรื่อง : นางอนงค์ พูใบ
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.ส้าน จ.น่าน)

คุณป้าเล่าถึงสามีว่า หลังประสบอุบัติเหตุ ขณะขี่รถจักรยานยนต์ถูกรถชนยนต์เมื่อ 8 ปีก่อนได้รับบาดเจ็บคือกระดูกเข่าแตก รักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด รักษาจนอาการดีขึ้น ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน เดินได้แต่ยังไม่ค่อยปกติ ยังมีขัดๆอยู่บ้าง พอจะทำงานเล็กๆน้อยๆ ได้ ปีนขึ้นต้นไม้ในสวนหลังบ้าน แต่ไม่ได้ตกต้นไม้แต่อย่างใด ต่อมาประมาณ 1 สัปดาห์ เริ่มมีแขนขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง เดินไม่ได้ ไปตรวจรักษาพบกระดูกต้นคอกดทับเส้นประสาท ทำให้อ่อนแรง ส่งไปรักษาที่ รพ. ศูนย์ลำปาง และ รพ. มหาราชเชียงใหม่หลายครั้ง สุดท้ายกลับมารักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายส่วนตัว เพราะมีฐานะยากจน ไม่มีรายได้ อาชีพรับจ้าง ช่วงที่เจ็บป่วยก็ไม่ได้ทำงาน มีลูก 2 คน ทำงานอยู่ต่างจังหวัด ไม่ได้ช่วยอะไรเลย แถมยังเอาภาระหนี้สินจำนวนมากทิ้งไว้ให้ และทิ้งหลานอีก 2 คนไว้ให้เลี้ยง แต่ไม่ได้ส่งเสียเงินทองมาให้พ่อแม่

หลังจากผ่าตัดกระดูกสันหลัง คุณสามีก็มีแขนขาอ่อนแรงอยู่ เดินไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็น ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และยังมีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันเพิ่มขึ้นมาอีก ทำให้คุณสามีเครียดมากขึ้น สังเกตเห็นว่ามีอาการซึมลง นอนเอามือก่ายหน้าผาก ถอนหายใจ นอนคราง หงุดหงิดบางครั้ง จึงถามว่าเป็นอะไร ก็บอกว่า คิดมาก เรื่องหนี้สิน เงินทองไม่พอใช้ สงสารภรรยาที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวอยู่คนเดียว ลูกเต้าก็พึ่งไม่ได้ ตนเองก็ได้แต่ปลอบใจว่า “อย่าไปคิดมาก ก็อยู่กันไป คิดว่าเกิดมาเป็นคู่เวรคู่กรรมกันแล้ว เราจะแก้กรรมได้อย่างไร ไม่เป็นไรหรอก ยายปลงตกหมดแล้ว สิ่งที่ตาเคยทำไม่ดีกับยายไว้ ขอให้เราอโหสิกรรมให้กันซะ ให้ตาทำใจเถอะ ถ้าตารักยายก็อย่าได้คิดมาก” คุณป้าเล่าว่า ตั้งแต่อยู่กินกันมา สามีจะเกเร ดื่มเหล้ามาก หึงหวงทะเลาะกันบ่อยถึงขนาดทำร้ายร่างกายและจิตใจกันมามาก ขณะเล่าคุณป้าก็ร้องไห้ไปด้วยบอกว่า “สาเหตุที่เกิดอุบัติเหตุก็เนื่องจากเมาสุรานั่นแหล่ะ เขาคงสำนึกผิดที่เคยทำกับคุณป้าไว้มาก” ผู้สัมภาษณ์ก็ได้พูดคุยให้กำลังใจคุณป้าไปด้วย เป็นการให้คำปรึกษาเยียวยาทางด้านจิตใจ

คุณป้าไม่รู้หรอกว่าอันนี้เป็นอาการของโรคซึมเศร้า เขาก็ไม่บ่นอะไรมาก แต่ไปที่โรงพยาบาลคุณลุงไปเล่าให้คุณหมอฟัง จึงรู้ว่าคุณลุงคิดอะไรอยู่ คิดอยากตาย จึงได้รักษาโรคซึมเศร้าไปด้วย จึงได้ดูแลด้านจิตใจ ปลอบใจกัน และให้หลานสาวหมั่นพูดคุยกับตา ดูแลตา คุณตาก็รู้สึกดีขึ้น และยังมีน้องชายซึ่งเป็นผู้นำชุมชนมาพูดคุยให้กำลังสม่ำเสมอ ขับรถพาไปหาหมอ บอกว่าพี่น้องจะไม่ทอดทิ้งกัน ให้ทำใจให้ได้ เรื่องลูกก็ไม่ต้องไปว่าอะไรเขา เขาคงเอาตัวไม่รอด หากเขาดูแลตัวเองได้คงกลับมาดูแลเราต่อนั่นแหล่ะ อย่าไปคิดสั้น คำพูดเหล่านี้ทำให้คุณสามีมีกำลังใจมากขึ้น สีหน้าแจ่มใสขึ้น พยายามช่วยเหลือตนเองในยามที่ภรรยาไปทำงานรับจ้าง หาเลี้ยงครอบครัว

เคยมีครั้งหนึ่งคุณลุงเขาไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และหงุดหงิด และมีลักษณะอาการหึงหวง ที่ตนเองออกไปนอกบ้านนาน ซึ่งตนเองก็เหนื่อยจากการทำงาน รู้สึกโกรธเลยตวาดใส่ว่า “ทำอย่างนี้มันก็บั่นทอนจิตใจฉันซิจะหนีไปอยู่ที่อื่นล่ะ จะปล่อยให้อยู่คนเดียว” คุณลุงจะหยุดพูด หน้าบึ้งตึง และซึมลง คุณป้าเห็นก็รู้สึกสงสารก็ต้องเข้าไปปลอบโยนว่า “ขอให้ออกกำลังกาย พยายามช่วยเหลือตนเองบ้าง สงสารยายเถอะ เหนื่อยกายจากการงานมามากแล้ว อย่าให้เหนื่อยใจอีกเลย ไม่มีใครทำอย่างนั้นได้หรอก” คุณลุงก็จะดีขึ้น พูดคุยกันเหมือนเดิม คุณป้าบอกว่าบางครั้งหากคิดถึงสิ่งที่คุณลุงเคยทำไม่ดีกับคุณป้าไว้ในอดีต บางครั้งมันผุดขึ้นมาในความคิด ก็รู้สึกโกรธเหมือนกัน น้อยใจในชีวิตโชคชะตา ก็ต้องอาศัยธรรมะ สวดมนต์ไหว้พระ แผ่เมตตา คำแผ่เมตตาก็พูดดังๆให้คุณลุงได้ยินด้วย ก็บอกคุณลุงว่า ป้าจะสวดมนต์คำไหนดี ก็ภาวนาเอาเถอะ ทำให้ปลงใจได้ และให้อโหสิกรรม และป้าจะมีวิธีผ่อนคลายความเครียดของตนเอง ด้วยการเล่นกีฬาเปตอง เข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และชอบงานรื่นเริงสังสรรค์กับเพื่อนบ้านในชุมชน เพื่อดูแลจิตใจตนเองในการต่อสู้กับปัญหาที่จะเข้ามาในชีวิตต่อไป

มุมมองจากนักวิชาการ 1

อาการ

จากเรื่องราวข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทางกาย คือ ประสบอุบัติเหตุกระดูกต้นคอกดทับเส้นประสาท ทำให้แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและหนี้สินด้วย ส่งผลให้เกิดความเครียด หงุดหงิด ซึมลง คิดอยากตาย

การดูแล

ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเป็นภรรยาของผู้สูงอายุ มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ในการดูแลได้ใช้วิธีการพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ ให้คิดว่ามันเป็นเวรเป็นกรรม พาสวดมนต์ไหว้พระ แผ่เมตตา ให้หลานสาวหมั่นมาคุยกับผู้สูงอายุ ให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน มีน้องชายมาพาไปพบแพทย์ตามนัด การดูแลเรื่องยา และช่วยทำกายภาพบำบัด

ความคิดเห็น

การที่ผู้สูงอายุมีความพิการเกิดขึ้น ทำให้ใช้ร่างกายไม่ได้ดังที่เคยปฏิบัติ กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึงพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Life event) เป็นปัจจัยเร่ง(Precipitating factors)ที่คุกคามต่อชีวิตหรือความพิการ (ภูมินทร์ ชลาชีวะและคณะ.2547 : 6) เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการที่พบได้แก่ อาการเบื่อหน่าย เหงา หมดความสนใจในเรื่องต่างๆ ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย รู้สึกสิ้นหวัง ขาดคุณค่าในตนเอง ร้องไห้ง่าย ในบางรายมีความคิดอยากตาย(ธรณินทร์ กองสุขและคณะ.2549 : 26,116) ผู้ดูแลผู้สูงอายุรายนี้ ภรรยาที่เป็นผู้ดูแลมีอายุใกล้เคียงกัน ทำให้มีทางศาสนาเข้ามาช่วยบำบัดอาการ ให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นกรรม ให้สวดมนต์ แผ่เมตตา ซึ่งในความเชื่อของสังคมไทยได้ใช้ช่องทางของการปรับใจ การปลงผ่านความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนา (ศิริพร จิรวัฒน์กุล.2549:173)จะช่วยให้ผู้สูงอายุจัดการกับความเศร้าได้ นอกจากนี้ยังให้การดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่ ให้หลานๆหมั่นมาพูดคุยด้วย ผู้สูงอายุจะได้ไม่เหงา แนะนำให้ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายจากอาการซึมเศร้าได้ มีอารมณ์ดีขึ้น

มุมมองจากนักวิชาการ 2

อาการ	สามีแขนขาอ่อนแรงอยู่ เดินไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็น ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และยังมีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันเพิ่มขึ้นมาอีก ทำให้สามีเครียดมากขึ้น สังเกตเห็นว่ามีอาการซึมลง นอนเอามือก่ายหน้าผาก ถอนหายใจ นอนคราง หงุดหงิดบางครั้ง จึงถามว่าเป็นอะไร ก็บอกว่า คิดมาก เรื่องหนี้สิน เงินทองไม่พอใช้ สงสารภรรยาที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวอยู่คนเดียว ลูกเต้าก็พึ่งไม่ได้
วิธีการดูแล	คุณป้าพาคุณลุงไปโรงพยาบาล ดูแลทางด้านจิตใจ คอยปลอบใจและให้กำลังใจ ให้หลานสาวมาดูแลคุณตา พูดคุยกับคุณตา จนคุณตารู้สึกดีขึ้น มีน้องชายซึ่งเป็นผู้นำชุมชนก็มาพูดคุยให้กำลังใจสม่ำเสมอ คุณป้าขอให้คุณลุงพยายามช่วยเหลือตนเองในยามที่คุณป้าไปทำงานรับจ้าง หาเลี้ยงครอบครัว คุณป้าจะมีวิธีผ่อนคลายความเครียดของตนเอง ด้วยการเล่นกีฬาเปตองเข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และชอบงานรื่นเริงสังสรรค์กับเพื่อนบ้านในชุมชน เพื่อดูแลจิตใจตนเองในการต่อสู้กับการทำมาหากินและการดูแลคุณลุงต่อไป
หลักการแนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล	จากกรณีนี้ การที่คุณลุงมีคุณป้าคอยดูแลในภาวะมีอาการซึมเศร้า ทำให้คุณลุงมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ถึงแม้จะนึกถึงความลำบากเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่าย เรื่องที่ลูก ๆ ทั้ง 2 คนไม่เหลียวแลแต่ก็ยังได้น้องชายซึ่งพอจะช่วยเหลือได้เข้ามาดูแลอยู่ห่าง ๆ และมีหลานสาวพูดคุยเล่นด้วย ทำให้คุณลุงมีอาการดีขึ้นมาได้ ขณะเดียวกันการที่คุณป้าให้คุณลุงได้ตระหนักเกี่ยวกับการดูแลตนเองทำให้คุณลุงเริ่มลงมือรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ซึ่งก็จะเป็นผลดีต่อการที่คุณป้าจะดูแลคุณลุงไปได้พร้อมๆ กับการออกไปรับจ้างหางานทำเพื่อนำเงินมาจุนเจือครอบครัว
ข้อเสนอแนะตามหลักการแนวคิด และทฤษฎี	ความรู้สึกผิดของคุณลุงที่มีต่อคุณป้า และความรู้สึกโกรธที่ยังคงปรากฏขึ้นมาบ้างในภาวะที่คุณป้าเหนื่อยจากการทำงานและการดูแลคุณลุง จะส่งผลทำให้คุณลุงยังลุกขึ้นมาดูแลตนเองได้ไม่เต็มที่ ทำให้ยังเป็นภาระของคุณป้าอยู่ ขณะเดียวกับการรับภาระที่หนักทั้งต้องดูแลคุณลุง เลี้ยงดูหลาน ๆ และทำงานรับจ้างของคุณป้า จะทำให้เกิดการเหนื่อยล้าทั้งกายทั้งใจได้ง่าย ถึงแม้คุณป้าจะดูแลตนเองอย่างเต็มที่ก็ตามที การที่หน่วยงานได้เข้ามาให้การสนับสนุนให้คุณป้าเบาแรงลงให้มากกว่านี้ ไม่ว่าจะเป็นการหางานประจำที่ไม่เหนื่อยมากนัก การติดต่อลูก ๆ ของคุณลุงคุณป้าให้เข้ามารับผิดชอบครอบครัวมากขึ้น หรือการให้สนับสนุนด้านอื่น ๆ จะช่วยให้คุณป้าดูแลคุณลุงได้อย่างเต็มที่

เรื่องที่ 4
เรื่อง : ประสบการณ์ทำให้เข้าใจ

ผู้เล่าเรื่อง : นางสาวทิวาพร นวมมณี
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านแมด จ.สกลนคร)

นางเดือนเพ็ญ สอนสูญ เล่าให้ฟังว่า เมื่อ วันที่ 5 ตุลาคม 2557 ที่ผ่านมายายสรรเสริญเข้านอนพักรักษาตัวที่ รพศ.สกลนคร ด้วยอาการเหนื่อย อ่อนเพลียมาก คลื่นใส้ อาเจียน น้ำหนักลด / นอนที่ตึก อญ. มาเรื่อย ๆ จนวันที่ 22 ต.ค. 57 หลังจากทำอัลตร้าซาวด์ ส่องกล้อง พบก้อนเนื้อ ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลเป็นมะเร็งลำไส้แจ้งญาติแต่ปิดคนไข้ ตอนที่คุยกันคุณยายไม่ได้ใช้เครื่องช่วยฟัง (ไม่ได้ใช้มาตั้งหลายวัน) อายุรแพทย์คิดว่ายายไม่ได้ยินจึงบอกลูกสาวว่ายายมีเนื้องอกที่ลำไส้ จะปรึกษาศัลยแพทย์ ปรากฏว่า ยายอ่านริมฝีปากได้ความว่าเป็นเนื้องอก หลังจากคุณหมอไปแล้ว คุณยายคาดคั้น (สีหน้าวิตกกังวล) ถามลูกสาวว่า แม่เป็นมะเร็งใช่ไหม อาการมันเหมือนในหนังสือที่แม่เคยอ่าน มีก้อน แม่น้ำหนักลด หน่อนหรือเดือนเพ็ญจึงบอกว่า ไม่ใช่ เป็นแค่เนื้องอกไม่ใช่มะเร็ง ที่แม่น้ำหนักลดเพราะเนื้องอกมันทำให้แม่กินข้าวไม่ได้ แม่คลื่นไส้ พอแม่อาเจียนหนัก ๆ น้ำหนักมันก็ต้องลดเป็นธรรมดา การผ่าตัดช่วยให้แม่ยายหายได้ (สีหน้าคุณยายสดชื่น) **<u>คุณยายบอกว่าสู้</u>**

วันที่ไปเยี่ยมคุณยาย (เสาร์ที่ 1 ต.ค. 57) เป็นวันหลังผ่าตัดวันที่ 4 คุณยายสามารถจิบน้ำได้แล้ว และลูกเดินช้า ๆ ออกไปนอกตึก ศญ.ได้ สีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษา ด้วยดีทุกอย่าง แต่ก็ยังถามเรื่องไม่ใช่มะเร็งใช่ไหม หน่อนว่า ถ้ากลับเข้าไปหลังจากที่แยกมาให้สัมภาษณ์ แม่ต้องสงสัยแน่ ว่าแอบมาคุยอะไรกัน ดังนั้น ตอนที่กลับเข้าไปลายายกลับ จึงสัพยอกคุณยายว่า หมอกะโขง (กวน ๆ) เนาะ วันหยุดยังตามมาใช้งานหน่อนเพราะสงสัยในขั้นตอนและอยากให้หน่อนช่วยประสานเรื่องการลงทะเบียน ทำบัตรผู้พิการ ให้นายเจริญ กรจักร ผู้ป่วยสมองเสื่อม(ซึ่งคุณยายรู้จักเป็นอย่างดี หน่อนเป็น อสม.และเป็น สอบต. : สมาชิกสภาตำบล) คุณยายพยักหน้ารับรู้(ไม่มีสีหน้ากังวล หรือ สงสัย) และให้ศีลให้พร (ตอนกลับเข้าไปสวมเครื่องช่วยฟัง)ความรู้สึกของหน่อน รับรู้ได้ว่าแม่มีความวิตกกังวล เพราะแม่เป็นคนที่ตรงไปตรงมา ไม่เก็บอาการ ถ้าแม่หงุดหงิดหรืองอน หรือกังวลเรื่องพี่ชายที่แม่ห่วงอยู่ห่างๆ หน่อนจะคอยให้กำลังใจ ถ้าแม่ประท้วง เช่น ถามว่าจะกินข้าวหรือยังแม่จะบอกปัดว่าไม่กิน หน่อนก็จัดหาให้ตามปกติ ซึ่งแม่ก็กิน แม้จะเคยท้อบ้าง เพราะคิดว่าดูแลแล้ว ทำไมต้องมารองรับอารมณ์ ก็ทำใจได้ เพราะนี่ คือ แม่ “พระของลูก” และเคยดูแลสามีที่พิการมาก่อน ปัจจุบันสามีเสียชีวิตแล้ว จึงทำให้เข้าแม่มากขึ้น และอีกอย่างแม่ก็อายุมากแล้ว อะไรๆ ก็ไม่ปกติ แต่กลัวอย่างเดียวก็แม่ไม่ยอมพูดเท่านั้นและ แม่พูดมาก งอนมาก ประท้วงมากไม่เป็นไร ทนได้

มุมมองจากนักวิชาการ 1

อาการ

ยายสรรเสริญป่วยด้วยโรคมะเร็ง ลำไส้ซึ่งคุณยายก็ไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นมะเร็งหรือไม่ เพราะลูกปกปิดไม่ให้รู้ความจริง ซึ่งผู้ดูแลก็รับรู้ได้ว่าแม่มีความวิตกกังวล มารดาพยายามคาดคั้น ถามลูกสาวว่า “แม่เป็นมะเร็งใช่ไหม อาการมันเหมือนในหนังสือที่แม่เคยอ่าน มีก้อน แม่น้ำหนักลด” แต่ลูกก็ปฏิเสธ และบอกว่า “การผ่าตัดช่วยให้แม่หายได้” แม้ว่าการผ่าตัดผ่านไปด้วยดีทุกอย่าง แต่คุณยายก็ยังถามว่าคุณยายเป็นมะเร็งใช่หรือ ไม่ แสดงให้เห็นว่า ความกังวลดังกล่าวยังคงอยู่ในความคิดของคุณยาย ซึ่งคุณยายก็ต้องพยายามค้นหาความจริง ในสิ่งที่ต้องการรู้

วิธีการดูแล

เป็นการดูแลที่ต้องใช้พลังใจจากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเล่านี้ ผู้ดูแลต้องรับรู้ว่าแม่ตนเองป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเองเกิดทุกข์ทรมานจากข่าวร้ายที่รับรู้ ในขณะเดียวกันมารดาก็มีความสงสัยในอาการป่วยของตนว่าตนเองจะต้องเป็นมะเร็งแน่นอน สถานการณ์ดังกล่าว ก็เหมือนกับคนที่กำลังทุกข์ทรมานสองคนอยู่ในห้องสี่เหลี่ยมมืดๆ ต่างนั่งอยู่ในคนละมุมห้อง ต่างคนต่างคิด จมอยู่ในความคิดความทุกข์ทรมานเพียงลำพัง แทนที่ทั้งสองจะมาร่วมแบ่งปัน ปลอบประโลมความรู้สึกของกันและกัน สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลต่อการดูแลรักษา

ความคิดเห็น

สิ่งสำคัญของการดูแลรักษา คือผู้ดูแลและผู้ป่วยร่วมรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย วางแผนขั้นตอนการรักษาร่วมกับแพทย์ เพื่อการรักษาสมบูรณ์มากขึ้น นอกจากนี้การดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้การดูแลด้านร่างกาย หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเครียดและเป็นทุกข์จากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ผู้ดูแล จะต้องให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าเขาไม่ได้เผชิญกับโรคมะเร็ง หรืออาการเจ็บป่วยตามลำพัง ซึ่งหากยังต้องปกปิดความเป็นจริงต่อไป ก็อาจส่งผลในแง่ของความร่วมมือในการรักษา และการดูแลคุณยายสรรเสริญก็อาจจะทำได้เพียงแค่ปลอบใจเท่านั้น ไม่สามารถเข้าถึงจิตใจที่กำลังทุกข์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

มุมมองจากนักวิชาการ 2

อาการ	มีการพูดคุยและตอบคำถามที่ทำให้แม่สบายใจ สังเกตความรู้สึกของแม่ได้ดี โดยรู้สึกได้ว่าแม่เกิดความวิตกกังวล และผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะดูแลแม่
วิธีการดูแล	ดูแลด้วยความเต็มใจและความเข้าใจ พร้อมที่จะรับได้ทุกสถานการณ์ คอยให้กำลังใจ นอกจากนี้ สามารถที่จะสื่อสารให้แม่มีความสบายใจขึ้นได้
หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล	วิเคราะห์ตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากคุณเดือนเพ็ญมีความวิตกกังวล เมื่อรู้สึกว่าแม่ของเธอเกิดความวิตกกังวล เราจะช่วยเขาโดยการให้เขาได้ระบายความรู้สึกของเขาออกมา โดยที่เราจะฟังอย่างตั้งใจและคอยให้กำลังใจเขาเพื่อที่เขาจะได้ลดความกังวลลงได้ และเชื่อว่าตัวเขามีความสามารถที่จะดูแลแม่เขาได้เป็นอย่างดี
ข้อเสนอแนะตามหลักการแนวคิด และทฤษฎี	หมั่นพูดคุยกับคุณแม่อยู่บ่อยๆ เพื่อให้ท่านได้ลดความผ่อนคลายลง หรือการหากิจกรรมต่างๆ ให้ทำ

เรื่องที่ 5
เรื่อง : สุขที่ได้ดูแล

ผู้เล่าเรื่อง : นางสาวทิวาพร นวมมณี
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านแมด จ.สกลนคร)

ที่บ้านคุณยายถนอมพักอยู่ด้วยกันจริงๆ มีอยู่ 4 คน คือลูกสาว ลูกเขย และหลานอายุประมาณ 3 ขวบ ส่วน คุณตาเสียชีวิตตั้งแต่ 3-4 ปีแล้ว คุณยายมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร คุณยายขาดยาเป็นบางครั้งเพราะความหลงลืมเนื่องจาก 6 เดือน ถึงไปโรงพยาบาลสักครั้ง จำวันผิด พอเปิดวันนัด หมอดูถึงได้รู้ว่าเลยมาแล้ว ทางโรงพยาบาลก็ไม่ส่งยาออกมาทางคลีนิคหรืออนามัยตำบล พอไปตรวจในแต่ละเดือน พอไม่ส่งยาออกมาก็เลยขาดยา พอขาดยาก็ทำให้ยายถนอมวิตกกังวล มีอาการไม่สดชื่น ไม่อยากทานข้าว คุณบุญฟื้นเล่าว่าปกติคุณยายถนอมก็เป็นคนไม่ค่อยแสดงอาการอะไรออกมา แต่หากวิตกกังวลก็จะมีอาการอีกอย่างหนึ่ง หากเป็นคนอยู่ด้วยประจำจะสังเกตไม่ออก เพราะเป็นความเคยชิน แต่หากคนที่แวะเวียนไปมาหรือมาเยี่ยมจะสังเกตได้ว่าคุณยายมีอาการวิตกกังวลหรือมีปัญหาเรื่องอะไร ปกติคุณยายจะไปโน่นมานี่ แต่ถ้าวันใดคุณยายไม่อยากไปไหนแสดงว่าคุณยายมีปัญหาแล้วบ้านคุณบุญฟื้นกับบ้านคุณยายถนอมอยู่ใกล้กัน แต่พอมาแยกออกเป็น ๒ หมู่บ้านแล้ว คุณบุญฟื้นไปเยี่ยมคุณยายถนอมเป็นประจำบางครั้งก็ไปทานข้าวเย็นด้วย ได้ของกินของฝากอะไรก็ไปเยี่ยมไปหาคุณยายถนอมอยู่ตลอดเวลา ถามข่าวถามคราวอยู่ตลอดแม้บางครั้งไปไม่เห็น หรือช่วงมีกิจกรรมก็จะไปรับคุณยายถนอมพาไปร่วมกิจกรรมด้วย อย่างไปวัดก็จะบอกว่าเดี๋ยวมารับนะ บางทีคุณยายถนอมก็จะบอกว่าไม่อยากไปเพราะไม่ค่อยมีแรง แต่ถามคนดูแลจึงรู้ว่า คุณยายถนอมไม่ได้นอนเพราะเตรียมตัวตั้งแต่หัวค่ำแล้วแต่คุณยายถนอมจะไม่พูดตรงกับที่ใจคิด ก็รู้กันว่าถ้าคุณยายอยากไปยายจะไม่พูดว่าไม่อยากไปหรอก แต่หากจะไปก็จะมีการเตรียมตัวจนกระทั่งนอนไม่ค่อยหลับ หากยายบอกว่าไม่ค่อยมีแรง หมายถึงอยากไป ยายจะเป็นคนพูดแบบแบ่งรับแบ่งสู้ ถ้ามีเพื่อนชวน ถ้าอยากไปก็จะไป เหตุการณ์ล่าสุดครั้งสุดท้ายที่คุณยายไม่ได้ยา คุณยายจะมีความรู้สึกกระวนกระวาย จะบ่นว่า จะทำยังไงน๊อ อยู่ตลอด แล้วก็จะบอกน้องสาว ของค)ุณบุญฟื้น (คน นี้จะ ๒ที่อยู่ใกล้ ๆ กันหลังจากที่น้องสาวหรือพี่สาวรู้ว่าคุณยายผิดนัดไม่ได้ยา (พี่สาวคุณบุญฟื้น) รวมถึงพี่สาวชวนคุณยายไปรับยาด้วยกัน พอมีคนมาสนใจคุณยายมีอาการกระวนกระวายน้อยลงพอได้ยาตามปกติ พอไปหา เดือน ๒หมอกลับมา หมอก็จะนัดคุณยายทุก ๆ รวมถึงได้ยามาใหม่ คุณยายก็โอเค คุยเล่นสนุกเหมือนเดิมและไม่ค่อยจู้จี้หรือกระวนกระวาย

คุณบุญฟื้นรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลคุณยายจนหายจากความวิตกกังวลเพราะอยู่กับคุณยายมานานรู้นิสัยของคุณยายดีว่าเป็นอย่างไรบ้าง หากคุณยายวิตกกังวล คุณยายจะนอนไม่หลับเป็นลำดับแรก จะตามมาด้วยอาการวิงเวียนศรีษะ ถ้าคลายความกังวล ก็กินได้นอนหลับปกติ ไปคุยกับเพื่อนไม่อยู่ติดบ้านเลย ชอบไปเที่ยวเล่นรอบหมู่บ้าน ไปทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ เช่น เอาข้าวไปกินกับเพื่อน ๆ ช่วงกลางวัน (หมายถึงไปบ้านโน้นบ้านนี้) ส่วนเรื่องที่คุณยายมีความวิตกกังวลอยู่ตลอดที่ไม่เคยหาย คือ กังวลเรื่องลูกเมื่อลูกไม่โทรมาก็จะบ่นถามหาตลอด ลักษณะก็เป็นเหมือนคิดถึงลูกคนที่ไม่โทรหาคนนั้น คนที่อยู่ต่างประเทศคนหนึ่ง และคนที่อยู่ในกรุงเทพ ฯ อีกคน) (ของคุณบุญฟื้น) คนนี้ไม่โทรมา ก็จะถามน้องสาว ๒แต่เขาก็เที่ยวมาบ้าง หาก (หนึ่งเพราะส่วนใหญ่จะโทรมาหาน้องสาวไม่โทรมาหาแม่ ถ้าได้รับข่าวคราวก็จะคลายความกังวล แล้วก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

ส่วนเรื่องกิจวัตรประจำวันของคุณยายจะช่วยเหลือตัวเองได้ คุณยายจะนอนตั้งแต่หัวค่ำพอเลยเวลานอนแล้วจะนอนไม่หลับ แต่เวลาที่ผมไปหาก็มีบางครั้งที่ลุกขึ้นมาใหม่ แล้วก็กลับเข้าไปนอนใหม่อีกรอบ คุณบุญฟื้นกล่าวทิ้งทายด้วยสีหน้ามีความสุขว่า “การดูแลคุณยายไม่ใช่ภาระของผม เพราะผมทำแล้วมีความสุข”

มุมมองของนักวิชาการ 1

อาการ

คุณยายมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิต คุณยายขาดยาเป็นบางครั้งเพราะความหลงลืมวันนัด อาการที่ในเรื่องเล่าที่ พบคือ หากคุณยายวิตกกังวล คุณยายจะนอนไม่หลับเป็นลำดับแรก จะตามมาด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ อาการนี้เป็นอาการทางกายที่พบเมื่อมีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเมื่อคุณยายมีเรื่องที่ทำให้วิตกกังวลก็จะแสดงออกทางกาย แต่สามารถคุณยายคลายความกังวล ก็กินได้นอนหลับปกติ หากคุณยายเกิดความวิตกกังวล เมื่อมีคนใส่ใจ อาการก็จะดีขึ้น

วิธีการดูแล

ไปเยี่ยมคุณยายถนอมเป็นประจำบางครั้งก็ไปทานข้าวเย็นด้วย ได้ของกินของฝากอะไรก็ไปเยี่ยมไปหาคุณยายถนอมอยู่ตลอดเวลา ถามข่าวถามคราวอยู่ตลอดแม้บางครั้งไปไม่เห็นหรือช่วงมีกิจกรรมก็จะไปรับคุณยายถนอมพาไปร่วมกิจกรรมด้วย

ความคิดเห็น

การพิจารณาว่าคุณยายโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) หรือเพียงความวิตกกังวลของผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งในเรื่องเล่านี้ลักษณะดังกล่าวยังไม่ชัดเจน ควรสังเกตอาการเพิ่มเติมได้แก่ ความคิดในเรื่องที่วิตกกังวล เกินความเหตุ เกิดหลายๆเรื่องพร้อมกัน ระยะเวลาอย่างน้อยหกเดือน และมีอาการเหล่านี้ร่วมด้วย ได้แก่ กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย สมาธิลดลง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การนอนแปรปรวน หงุดหงิดง่าย หากพบว่ามีอาการดังกล่าวควรพาคุณยายไปพบแพทย์เฉพาะทางจิตเวชเพื่อการรักษาอย่างเหมาะสม

การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ หากผู้ดูแล ดูแลด้วยความสุข ไม่คิดว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ ก็จะทำให้ผู้ดูแลไม่เครียด ส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ดูแลที่จะส่งต่อไปยังผู้สูงอายุ นอกจากนี้การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จะทำให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

มุมมองจากนักวิชาการ 2

อาการ	มีความสุขที่ได้ดูแลคุณยาย และไม่ได้คิดว่าเป็นภาระแต่อย่างใด
วิธีการดูแล	ใช้การสังเกตพฤติกรรมของคุณยายในแต่ละครั้ง มีการเยี่ยมเยียน ใส่ใจ ห่วงหาตลอดเวลา และพาทำกิจกรรมต่างๆ
หลักการ แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการดูแล	คุณบุญฟื้นมีความสุขที่ได้ดูแลคุณยายถนอม ถึงแม้จะไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันกับคุณยาย แต่เพราะความใส่ใจทำให้คุณบุญฟื้นรู้จักและเข้าใจในสาเหตุและพฤติกรรมของคุณยายเป็นอย่างดี การที่คุณบุญฟื้นได้อยู่ดูแลคุณยายเพราะความวิตกกังวล ทำให้คุณบุญฟื้นรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมาย จึงสอดคล้องกับทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งคุณบุญฟื้นรับรู้ได้ว่าตนเองมีความสามารถและมีคุณค่า จึงทำให้คุณบุญฟื้นอิ่มเอมใจ
ข้อเสนอแนะตามหลักการ แนวคิด และทฤษฎี	เสริมสร้างกำลังใจให้คุณยายเพื่อให้มีแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

เรื่องที่ 6
เรื่อง : ลูกสาวของแม่

ผู้เล่าเรื่อง : พยาบาล
(พื้นที่ : อ. ระโนด จังหวัดสงขลา)

“ น้องดาวๆ วันนี้ว่างไหมรบกวนเข้ามาดูแม่พี่ให้หน่อย แกหอบหนักตั้งแต่เมื่อคืนแล้ว “ พี่พิณโทรหาฉันด้วยน้ำเสียงร้อนรน

“ ได้พี่ แต่อีกประมาณครึ่งชั่วโมงน้องกำลังประชุม เดี๋ยวเที่ยงกว่าๆจะเข้าไปนอกจากหอบแล้วป้ายังมีอาการอื่นอีกไหม “ฉันถามต่อ

“ ไม่มีจ้ะ ขอบคุณมากจะน้อง “ พี่พิณกล่าวขอบคุณก่อนวางสาย

แม่พี่พิณเป็นอัมพาตนอนกับที่หลายปีแล้ว เจาะคอ ให้อาหารทางสายยาง บางครั้งมีอาการเหนื่อยต้องให้ออกซิเจนเป็นช่วงๆ เที่ยงวันนั้นฉันเข้าไปดูอาการป้า สงสัยว่าจะเป็นปอดบวม จึงติดต่อรถพยาบาลเพื่อไปโรงพยาบาลพี่พิณเป็นสาวโสดอายุเกือบ 50 ปี ตัวเล็กผอมบาง หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสอยู่เสมอทั้งๆที่ควรจะมีความทุกข์มากซะด้วยซ้ำ พี่พิณเล่าให้ฉันฟังว่า ก่อนหน้านี้ ประมาณ 6 ปีที่แล้ว พ่อกับแม่อยู่ด้วยกันสองคน พี่พิณทำงานอยู่กรุงเทพ ส่วนพี่ๆคนอื่นทำงานในตัวจังหวัดบ้าง อำเภอใกล้บ้านบ้าง จะมาเยี่ยมพ่อกับแม่เกือบทุกสัปดาห์ หลังจากนั้นพ่อพี่พิณเป็นอัมพาตจากโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจแทรกซ้อนต้องนอนกับที่ พี่พิณจึงต้องลาออกจากงานมาดูแลพ่อ ประมาณ 1ปี พ่อก็เสียชีวิตลง จากนั้นไม่ถึง 1 ปี แม่พี่พิณก็เป็นอัมพาตด้วยโรคความดันโลหิตสูงไปอีกคน พี่พิณต้องคอยดูแลที่โรงพยาบาลต่ออีกหลายเดือน ฝึกให้อาหารทางสายยาง ใส่สายยางทางจมูก ทำความสะอาดท่อเจาะคอ ให้ออกซิเจน พลิกตะแคงตัว ทุกอย่างต้องทำเองทั้งหมด กลับมาบ้านไม่มีใครช่วยดูแล พี่ๆทำงานดีๆ เงินเดือนสูงๆ แต่ไม่มีใครดูแลแม่เป็น กลับมาก็แค่มานอนเป็นเพื่อน เงินทองค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งได้จากพี่ช่วยกัน อีกส่วนจากค่าเช่าที่ เช่านา ก่อนหน้านี้พี่ๆเคยจ้างผู้ช่วยพยาบาลจากบริษัทมาดูแลแม่ เดือนละเกือบสองหมื่น แต่ต้องเลิกจ้างไป เพราะดูแลป้าไม่ดี ทำงานไม่คุ้มกับค่าจ้าง

สองสัปดาห์ต่อมาฉันไปเยี่ยมป้าอีกครั้ง ป้ากลับจากโรงพยาบาลแล้ว หายหอบหน้าตาสดใสขึ้น

ฉันถามว่าทำไมพี่พิณไม่หาใครมาช่วยดูแลป้าจะได้ไม่เหนื่อยมากนัก

“ ไม่มีใครจะมาดูแลแม่เราได้ดีเท่าเราหรอกจริงไหมน้อง“ พี่พิณตอบ

ฉันเห็นด้วยอย่างที่สุด เพราะตั้งแต่ฉันเป็นพยาบาลมา ฉันไม่เคยเห็นคนไข้ คนไหนที่ดูสะอาดและมีสุขอนามัยดีเยี่ยมเท่าป้า เตียงนอนสะอาดไม่มีฝุ่น เนื้อตัวสะอาดสะอ้าน รอบๆบ้านก็ดูเรียบร้อย สะอาดตา

“ พี่มีความสุขนะน้องที่ได้ดูแลพ่อกับแม่ในบั้นปลายชีวิต“พี่พิณเล่าแววตาเปี่ยมสุข

“ แม้แม่จะไม่หาย ไม่สามารถพูดคุยกับพี่ได้อย่างเดิม แต่อย่างน้อยพี่ก็ยังได้เห็นหน้าแม่ทุกวัน มีแม่อยู่ใกล้ๆ มันเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับพี่แล้วล่ะ “

“ แล้วพี่ไม่เหนื่อยเหรอ วันๆฉันเห็นพี่ไม่ได้ไปไหนเลย “ฉันถามด้วยความเห็นใจ

“ เหนื่อยนะน้อง แต่มันภูมิใจมากกว่า พี่ๆหลานๆ แม้แต่พี่สะใภ้ ที่เป็นพยาบาล เสาร์ อาทิตย์เค้าก็กลับมานอนเป็นเพื่อน คอยช่วยดูแลแม่ แต่ไม่มีใครทำอะไรถูก เราเป็นส่วนหนึ่งของกันและกันไปแล้วล่ะ ไม่มีแม่ชีวิตพี่ก็ไม่รู้จะอยู่อย่างไรเหมือนกัน “

พี่พิณเล่าต่ออีกว่า วันที่ป้าทรุดหนัก พี่พิณเป็นคนตัดสินใจ ให้หมอเจาะคอใส่ท่อหายใจท่ามกลางเสียงคัดค้านของพี่ๆ เพราะกลัวแม่ทรมาน

“ หากวันนั้นพี่ไม่ตัดสินใจแบบนี้ พี่คงไม่มีแม่อยู่ใกล้ๆ อีกแล้วล่ะ”

พี่พิณบอกว่าพี่นอนใกล้เตียงแม่ทุกคืนแหละ ชั้นบนไม่เคยได้ขึ้นไปนานแล้ว ความจริงหลานพี่พิณที่เป็นวิศวกรก็ใช้พลาสติกกั้นห้องนอนให้ป้า ติดแอร์ให้ แต่พี่พิณไม่ค่อยได้เปิดหรอกกลัวป้าเป็นหวัด มีรอกเปิดปิดด้วยไฟฟ้าเพื่อช่วยยกตัวป้าลงนั่งบนรถเข็น แต่ลำพังพี่พิณยกไม่ไหวกลัวป้าตกเตียง ต้องรอให้มีพี่มาจึงจะพาป้าลงจากเตียงได้ จะได้ไหวได้ไง พี่พิณดูแลป้าดีจนน้ำหนักมากกว่าพี่พิณสักสองเท่าได้มั้ง ฉันคิดในใจ ขณะคุยกับฉันพี่พิณดูมีความสุขพูดพลางหัวเราะพลาง ดูอารมณ์แจ่มใส ก่อนฉันกลับพี่พิณยังฝากขนมและผลไม้ให้ฉันตามเคย ฉันเคยปฏิเสธหลายครั้งจนเลิกปฏิเสธ เรื่องราวของพี่พิณและป้าทำให้ฉันนึกถึงใครหลายๆคนที่โดนลูกหลานทอดทิ้งเมื่อยามเจ็บไข้ไม่สบาย ไม่มีคนคอยดูแล ป้าอาจจะไม่มีโอกาสได้ใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุขกับลูกหลาน แต่อย่างน้อยฉันคิดว่าหากป้าพูดได้ ป้าคงอยากบอกว่าภูมิใจจริงๆที่มีลูกอย่างพี่พิณ

เรื่องที่ 7
เรื่อง : สิ่งเล็กๆที่เรียกว่ารัก

ผู้เล่าเรื่อง : เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
(พื้นที่ : อ. ระโนด จังหวัดสงขลา)

ทำไมนะ คำถามที่เกิดขึ้นในความคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนหนึ่งที่ได้ไปทัศนศึกษากับประชาชนในเขตเทศบาล ของจังหวัดแห่งหนึ่ง ทำไมยายแก่ๆอายุ ประมาณ 70 กว่าปีต้องมานั่งรถบัสเพื่อทัศศึกษาจากภาคใต้สู่ภาคเหนือด้วยนะ ทำไมไม่มีการคัดกรองคนที่จะร่วมเดินทางกันบ้างเลย ยายแก่ก็แก่ โรคเบาหวานก็เป็น เดินก็ไม่ค่อยรอด ลูกหลานที่มาร่วมเดินทางก็ไม่เห็นมาด้วย คำว่าทำไม และทำไมเกิดขึ้นในหัวของข้าพเจ้ามากมาย แต่แล้วข้าพเจ้าก็ได้เดินทางร่วมกับคนแก่ ด้วยความที่อายุยายแก่มากแล้ว แล้วแก่ก็ป่วยเป็นโรคเบาหวานด้วย แก่ต้องพบยาฉีดโรคเบาหวานมาติดตัวด้วย โดยฉีดเช้า-เย็น ในระหว่างที่เดินทางร่วมกัน ยายแกมีไข้ขึ้นสูงมาก ข้าพเจ้ากับพี่พยาบาลช่วยกันดูแลแก่ เช็ดตัวให้แก่ตลอดทั้งคืน จนดูสถานการณ์แล้วว่าถ้ายายแก่ยังจะฟื้นเดินทางต่อ อาการแก่จะหนักแน่ เลยต้องแวะโรงพยาบาลที่ผ่าน อาการแก่หนักอย่างที่ข้าพเจ้าสันนิฐานจริงๆ แก่ต้องให้เลือดอยู่ 1 วัน ทำให้เราสนิทกันในช่วงเวลานั้นเอง ข้าพเจ้าถามยายแก่ว่าทำไมมาคนเดียว อายุก็มากแล้ว ยายแก่บอกว่าความจริงแก่ยากพาตามาด้วย แต่ถ้าพามาจะไม่มีใครเฝ้าบ้าน แก่เลยมาคนเดียว แก่ไม่มีลูกไม่มีหลานอยู่ด้วยกันสองคนตายาย แก่หวังว่าสักวันแก่จะได้เที่ยวต่างจังหวัดสักครั้ง เพราะทั้งชีวิตของแก่ไม่เคยเห็นเลยว่าต่างจังหวัดเป็นอย่างไร เหมือนบ้านที่แก่อยู่ไม่ แก่แค่อยากเห็นสักครั้ง แก่ก็โดยขอมาร่วมทัศศึกษากับเทศบาล ยายแก่เล่าให้ฟังว่าพอรู้ว่าเทศบาลจะพาไปศึกษาดูงานแก่ดีใจมากๆ สุดท้ายแก่ก็ได้มาตามที่แก่เคยฝันไว้ การที่แก่ได้มาทัศนศึกษาครั้งนั้น แต่ยายแก่ก็รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของของทุกคนที่มา

2 อาทิตย์ผ่านไปหลังกลับจากทัศนศึกษา ยายได้แวะมาเยี่ยมข้าพเจ้าในที่ทำงาน พร้อมขนมติดไม้ติดมือมาด้วย พร้อมกับคำขอบคุณ คุณยายแก่บอกว่าแก่ประทับใจมากที่ได้ไปทัศนศึกษากับพวกเรา และได้รู้ว่าต่างจังหวัดที่แก่เคยฝันว่ายากจะไปสักครั้งหนึ่งในชีวิตเป็นอย่างไรได้ทำกิจกรรมกับสมาชิก ได้รู้จักคนมากขึ้น แก่บอกต่างจังหวัดต่างจากบ้านเรานะ หนาว ยายแก่รู้สึกตื่นเต้นมากพอรถวิ่งผ่านระโนด เข้าสู่ตัวเมืองพัทลุง แก่บอกว่าแก่ตื่นเต้นอย่างบอกไม่ถูก ยิ่งเห็นอะไรที่ระโนดไม่มีมันทำให้แก่น้ำตาไหล ดีใจ และได้รู้ว่าจะได้เข้าไปกราบพ่อหลวงที่โรงพยาบาลศิริราชทำให้แก่ประทับใจสุขๆ เพราะว่าทางเทศบาลเขาไม่ได้แจ้งมาก่อนว่าจะให้ชาวบ้านเข้าไปกราบพ่อหลวง ยายแก่เพ่งมารู้ทีหลังอีกว่า เขาจะเข้ามากราบพ่อหลวงด้วย ยายแก่บอกว่าแก่ไม่เคยคิดว่าแก่จะได้มากราบพ่อหลวงถึงโรงพยาบาลศิริราช ยายแก่บอกว่าแก่ไม่เท่าแต่ประทับใจที่ได้ไปต่างจังหวัด แต่แก่ประทับใจมากๆในชีวิตที่หาที่สุดไม่ได้คือการได้มากราบพ่อหลวง ยายแก่บอกว่าแก่จะจำไว้ไม่ลืมเลยถึงเหตุการณ์วันนั้น แก่บอกว่าแก่รักพ่อหลวงมากรักมากอย่างที่ไม่เคยรู้เลยว่ารักเพราะอะไร แก่บอกว่าตั้งแต่แก่จำความได้แก่ก็รักท่านแล้ว ยายแก่บอกว่าแก่ไม่เคยเห็นพ่อหลวงเลย อยากเห็นมาก แต่แก่แก่แล้ว โอกาสเห็นพ่อหลวงคนไม่มีอีก

แล้ว แต่ได้มาครั้งนี้ก็เป็นบุญที่สุดแล้ว ถ้าให้แก่มาเองโอกาสที่แก่จะมาคงไม่ได้ เพราะแม้แก่จะกินไปแต่ละวันก็แทบไม่มี การที่แก่มาเที่ยวกับเทศบาลครั้งนี้ยายก็เก็บเงิน โดยการขายของไปวันๆ ได้บ้างไม่ได้บ้าง เหลือจากการกินก็เก็บไว้

เวลาผ่านไป 2 เดือนยายได้เสียชีวิตลง โดยที่ข้าพเจ้าไม่ทราบสาเหตุ แต่ได้แค่คิดว่าสิ่งที่แก่หวังไว้ แก่ก็ได้ทำมันจนสำเร็จ

เรื่องเล่าจาก อสม.

เรื่องที่ 1

เรื่อง : กำลังใจคือ ยาวิเศษ

ผู้เล่าเรื่อง : นางเขมิกา ไชยมงคล

(จิตอาสาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาลวัน)

ดิฉันได้ดูแลคุณยายสวาท ท่านอาศัยอยู่กับครอบครัวของลูกชายซึ่งเป็นอาจารย์สอนโรงเรียนมัธยมในจังหวัด ท่านมีบ้านเป็นของตัวเอง แต่ก่อนคุณยายสวาทเป็นคนร่าเริงแจ่มใส ชอบทำบุญตักบาตรอย่างสม่ำเสมอ แต่มาระยะหลังสามีของท่านเป็นมะเร็งเสียชีวิตลงดูคุณยายสวาทผิดเป็นคนละคนซึมเศร้าอย่างเห็นได้ชัด เพราะยังคงทำใจไม่ได้เนื่องจากคุณตาเป็นคนสุขภาพดีทั้งกายและใจ ชอบขี่จักรยานออกกำลังกาย ชอบไปนั่งปฏิบัติธรรมที่วัด เคยไปไหนก็ไปด้วยกันตลอด ไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อนอยู่ๆก็เป็นมะเร็งปอดและเสียชีวิตในเวลาไม่นาน หลังจากสามีของท่านเสียชีวิตดิฉันมักจะแวะไปพูดคุยกับท่าน แรกๆก็อาทิตย์ละครั้ง ระยะหลังมาก็เดือนละ 1 ครั้ง จนสนิทกันไปแรกๆ คุณยายสวาทก็ถามคำตอบคำบางครั้งพูดคุยอยู่ดีๆ ก็ร้องไห้ทำให้ดิฉันตกใจ ก็เพราะเป็นสาเหตุมาจากยังทำใจไม่ได้เรื่องคุณตานั่นเอง ดิฉันเข้าใจคุณยายสวาทเพราะท่านมักจะเล่าเรื่องราวต่างๆ สมัยตอนที่คุณตายังมีชีวิตอยู่

วันหนึ่งดิฉันไปตลาดพบกับลูกชายยายสวาทเล่าให้ดิฉันฟังว่าคุณยายไม่ค่อยกินข้าวและยาก็ไม่ยอมกินขอให้ดิฉันไปเยี่ยมยายสวาทเพราะกลัวโรคความดันโลหิตสูงจะกำเริบ ถ้าไม่กินยาลดความดันก็จะสูงจะเกิดอันตราย ดิฉันจึงแวะไปพูดคุยบ่อยๆเป็นเพื่อนคุย ให้กำลังใจและบอกคุณยายว่า “ทุกคนรักและเป็นห่วงคุณยายมาก ถ้าคุณยายเป็นอะไรไปอีกคนทุกคนจะเสียใจมาก ” จนคุณยายสวาทก็ยอมกินข้าวกินยา 2 เดือนต่อมาคุณยายสวาทเริ่มมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ค่ะ ดิฉันรู้สึกภูมิใจดีใจที่เห็นยายสวาทดีขึ้นเรื่อยๆ เวลาชุมชนมีงานอะไรหรือข่าวอะไรดิฉันก็ไปบอกยายสวาททุกครั้ง ท่านจะออกมาร่วมกิจกรรมชุมชนด้วย ท่านมักพูดชมว่า “ดิฉันเป็นคนเสียสละ ”

ทำให้ฉันคิดว่าการให้กำลังใจใครสักคนเป็นเหมือนยาวิเศษจริงๆ นะคะ ทำให้ดิฉันมีกำลังใจในการทำงานทุกครั้งเมื่อเห็นรอยยิ้มของผู้ป่วยเกิดความภูมิใจกับการที่ท่านและครอบครัวอบอุ่นทำให้ดิฉันมีกำลังใจจะทำหน้าที่นี้ตลอดไป

เรื่องที่ 2
เรื่อง: พรอันประเสริฐ

ผู้เล่าเรื่อง นางประไพพรรณ นอบกาย
(จิตอาสาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาลวัน)

ดิฉันได้เข้ามาอยู่ในชุมชนหนองแก้ช้างมาหลายปีแล้ว บ้านดิฉันอยู่ติดกับบ้านยายสมและตาแม้นซึ่งเป็นข้าราชการบำนาญ ส่วนยายสมทำขนมขายและเก็บเงินกู้ร้อยละ 5-10 บาท ยายสมกับตาแม้นไม่มีลูก วันหนึ่งได้มีคนรู้จักกันมานานแล้วได้เอาเด็กผู้ชายที่พ่อแม่มาทิ้งไว้ที่สถานีรถไฟเอามาให้เลี้ยงดู ตาแม้น ยายสมจึงรับเลี้ยงไว้ด้วยความ รักและเอาใจใส่ พอโตขึ้นก็ได้ทำงานเป็นตำรวจที่ต่างจังหวัดได้แต่งงานจนมีหลานมาให้ช่วยเลี้ยง 1 คน ยายสมมักตามใจหลานและลูกสะใภ้อยากจะได้อะไรก็หาให้ทุกอย่าง เงินก็ให้ลูกสะใภ้ไปทำทุนค้าขายมากมายแต่ก็ไม่เคยได้คืนแม้แต่ตาแม้นก็ไม่ทราบเรื่อง ลูกสะใภ้จะมาทำดีด้วยเฉพาะเวลาที่ลูกชายมาแต่ลับหลังพฤติกรรมจะตรงกันข้ามยายสมไม่เคยเล่าเรื่องพฤติกรรมลูกสะใภ้ให้ลูกชายฟังเลยเพราะกลัวครอบครัวจะแตกแยก จึงรู้สึกอึดอัดไม่รู้จะไประบายทุกข์ที่ไหน ดิฉันมักจะไปนั่งคุยเป็นเพื่อนเสมอ ยายชอบมาระบายให้ดิฉันฟังอยู่เสมอเพราะดิฉันไม่เคยนำเรื่องที่ยายเล่าไปพูดให้ใครฟัง ยายสมเคยให้ลูกสะใภ้ไปเก็บเงินกู้ให้ก็เอาไปหมดไม่เคยคืนให้ หลังจากนั้นยายสมได้ให้ดิฉันไปขายของกับลูกสะใภ้และช่วยเก็บเงินกู้เพราะไม่ไว้ใจลูกสะใภ้ทำให้ได้เงินมาครบ ยายก็ยิ่งสบายใจขึ้นจนได้ออกรถมอเตอร์ไซด์ไว้ให้ดิฉันใช้และผ่อนเป็นของดิฉันเอง อยู่มาไม่นานตาแม้นก็เสียชีวิตลงยายสมก็ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงจนต้องได้ไปนอนที่โรงพยาบาล มีวันหนึ่งดิฉันกับลูกสะใภ้พากันไปเยี่ยมยายสมปวดถ่ายอุจจาระจึงพากันเข็นรถนั่งและเสาน้ำเกลือพายายสมเข้าห้องน้ำ พอถ่ายเสร็จแทนที่ลูกสะใภ้จะล้างก้นให้ยายสมก็บอกว่าเดี๋ยวจะล้างเอง แต่ดิฉันเห็นแล้วว่าจะล้างไม่ถนัดเพราะคุณยายตัวใหญ่ดิฉันก็เลยล้างก้นให้แกเอง ส่วนลูกสะใภ้ยืนดูพอเสร็จแล้วและอยู่ 2 คนกับดิฉันยายพูดว่า “ขอบใจนะ ลูกสะใภ้ไม่เคยห่วงและไม่เคยปรนนิบัติยายเลยทั้งที่ยายรักเค้าเหมือนลูกให้เค้ามาตลอด เอ็งเป็นคนอื่นยังทำให้ยายได้โดยไม่รังเกียจ ” พอกลับจากโรงพยาบาลดิฉันก็คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเป็นประจำ มีวันหนึ่งยายสมได้พูดขึ้นว่า “ ยายขออวยพรให้เอ็งไม่เป็นหนี้ใครนะ” หลังจากที่ยายสมเสียชีวิตลง คำพูดที่แกพูดไว้นั้นศักสิทธิ์จริงๆ ดิฉันไม่เป็นหนี้ใครเลย เป็นคำพูดที่ดิฉันประทับใจในชีวิตและจะจำไว้ตลอดไป เพราะเป็นพรที่ประเสริฐสุดที่ได้รับจากใจของผู้ที่สูงอายุที่เราดูแล

เรื่องที่ 3
เรื่อง : ความภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือ

ผู้เล่าเรื่อง นางพัชรา เสกรัมย์
(จิตอาสาศูนย์แพทย์ชุมชน 2 วัดป่าสาลวัน)

คุณตาบุญมากับคุณยายเล็ก สองสามีภรรยาเช่าห้องแถวไม้ 2 ชั้นอยู่มานาน 30 ปี แล้วคุณตาบุญมาอายุ 78 ปี ส่วนคุณยายเล็กอายุ 79 ปีแกเคยมีลูกชาย 2 คน เสียชีวิตแล้วไล่ๆ กันและมีลูกสาวเหลือมีชีวิตอยู่ซึ่งแต่งงานมีลูก 2 คน แต่แยกทางกับสามีแล้ว และได้มาเช่าบ้านอยู่ติดกัน อาชีพคุณตาบุญมาเคยขับตุ๊กๆ รับจ้างมาก่อนพอได้เงินมาจ่ายค่าห้อง ค่ากับข้าว ส่วนลูกสาวเขาก็พอหาใช้จ่ายในครัวเรือนของเขาและหยิบยื่นให้พ่อแม่บ้างเป็นบางครั้ง วันหนึ่งคุณตาบุญมาเกิดอุบัติเหตุขับรถตุ๊กๆ ไปตกหลุมพลิกคว่ำทำให้แกต้องนอนพักรักษาตัวอยู่นานเพราะขาเดินไม่ได้ประกอบกับตาบุญมาอายุมากแล้ว ในระหว่างที่นอนพักรักษาตัวตาบุญมาหงุดหงิดมากแกคงคิดว่าตัวเองเป็นภาระเพราะคุณยายเล็กก็อายุมากแล้วต้องคอยดูแลเวลาขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ เพราะลูกหลานเขาไม่อยู่ดิฉันเป็น อสม. อยู่ใกล้ๆ ก็คอยช่วยเหลือดูแลช่วยคุณยาย มีบางครั้งที่คุณยายจะเป็นโรคซึมเศร้าและมีความวิตกกังวล ดิฉันได้คอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ และก็ได้พาทีมจิตอาสา มาเยี่ยมและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ออกมาเยี่ยมเยือนและให้กำลังใจอยู่บ่อยๆ นอกจากนั้นก็ช่วยประสานงานเจ้าหน้าที่ของกองสวัสดิการพัฒนาสังคมเทศบาลนครนครราชสีมา เรื่องเงินเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุและผู้พิการทั้ง 2 คนตายาย เพราะคุณตาบุญมาขาเสีย คุณยายเล็กหูตึง เนื่องจากคุณตาเป็นโรคกระดูกทับเส้นประสาทไขสันหลังต้องรักษาโดยทำกายภาพบำบัดอยู่บ้าน อาการกำลังจะดีขึ้นก็ล้มทับข้างเดิมอีก ทำให้เป็นเรื้อรังไม่หายต้องนอนพักอีก ดิฉันก็ได้แนะนำให้ทำที่ชักรอกสำหรับห้อยขาและไว้ยืดเวลาลุกนั่งส่วนคุณยายเล็กแกจะนั่งซึมเศร้าบางครั้งก็ปรับทุกข์ให้ดิฉันฟังบ่อยๆถึงปัญหาต่างๆ ดิฉันก็ว่า “หนูไม่ทอดทิ้งตายายหรอก ” ต่อมาได้มีทีมงานของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์เป็นโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยทีม อ.ดร.นฤมล พระใหญ่ ได้มาลงพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง2 วัดป่าสาลวัน ดิฉันก็ได้นำทีมให้มาเยี่ยมและถามไถ่ให้กำลังใจคุณตาบุญมาและคุณยายเล็กและยังมอบเงินช่วยเหลือเล็กน้อยไว้ใช้จ่ายอีกด้วย ซึ่งทำให้คุณตาหลั่งน้ำตาออกมา เพราะไม่คิดว่าจะมีคนอื่นที่ไม่ใช่ลูกหลานมาหยิบยื่นเงินให้ในภาวะวิกฤตของชีวิตเช่นนี้มันเป็นภาพที่ประทับใจมาก ดิฉันจึงตั้งปณิธานว่าจะขอทำงานจิตอาสาตลอดไป

ทุกวันนี้คุณตาบุญมากับคุณยายเล็กก็ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขจิตใจดีขึ้น ดูร่าเริงไปหาหมอตามนัดได้แล้ว

เรื่องที่ 4
เรื่อง : ความสุขที่ได้รับ

ผู้เล่าเรื่อง นางดรุณี สถิตย์เมธี
(จิตอาสาศูนย์แพทย์ชุมชน 2 วัดป่าสาลวัน)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แล้ว ลูกๆ เมื่อมีครอบครัวมักจะแยกครอบครัวไปอยู่ที่อื่นหรือทำงานนอกบ้าน ปล่อยให้พ่อ – แม่ (ผู้สูงอายุ) อยู่บ้านตามลำพัง มีเวลาให้น้อย โดยบางครอบครัวจะเตรียมอาหาร- ยา สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น ทีวี พัดลมไว้ให้ แต่ทางด้านจิตใจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ผู้สูงอายุบางรายกลัวถูกทอดทิ้ง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ เหล่านี้เป็นต้น ด้วยเหตุนี้เองจึงมีอาการของโรคซึมเศร้า

ครอบครัวของคุณยายแก้วก็เช่นกัน คุณยายแก้ว อายุ 80 ปี สามีเสียชีวิตไปหลายปี สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี แต่มีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันสูงเล็กน้อย คุณยายมีลูกทั้งหมด 3 คน คนที่ 1 เป็นหญิงแต่งงานมีลูกแล้วแต่อยู่ต่างจังหวัด คนที่ 2 เป็นชายแต่งงานแต่ไม่มีลูก คนที่ 3 เป็นหญิงแต่งงานแล้วเช่นกันมีลูกแต่อยู่ไกลจากบ้านที่คุณยายไม่มากนัก ปัจจุบันนี้คุณยายอาศัยอยู่กับลูกชาย – ลูกสะใภ้ ซึ่งมีอาชีพค้าขายผลไม้ตามฤดูกาล ทุกๆ เช้าจะต้องไปตลาดเพื่อซื้อของมาขาย โดยปกติแล้วจะทานอาหารพร้อมกันก่อนออกไปขายของ ถ้าวันใดคุณยายตื่นสาย ลูกชาย –ลูกสะใภ้จะจัดหาอาหาร – ยาไว้ให้ แต่ต่อมาคุณยายเริ่มทานอาหารได้น้อย มีอาการปวดหัว เวียนศีรษะ ปวดท้อง ลูกชายพาไปหาหมอๆ ให้ยาบำรุงต่างๆ พร้อมยาคลายเครียดคุณยายมมีอาการดีขึ้น 1-2 วันแรกเท่านั้น แล้วเริ่มมีอาการเหมือนเดิมอีก

เมื่อข้าพเจ้าไปเยี่ยมครั้งแรกคุณยายจะไม่พูดคุยเท่าใดนัก คือพูดน้อย (ถามคำ – ตอบคำ) ข้าพเจ้าได้สอบถามเพื่อนบ้านและลูกๆ ของคุณยาย พอจับความได้ว่าคุณยายเหงาอยากให้ลูกๆ อยู่ต่อดูแลใกล้ๆ ซึ่งเป็นวิธีเรียกร้องความสนใจจากลูกๆ และคนอื่นๆ ต่อมาข้าพเจ้าพร้อมเพื่อนๆ จิตอาสาไปเยี่ยมบ่อยๆ คุณยายเริ่มพูดคุยมากขึ้นและดีใจทุกครั้ง ข้าพเจ้าและเพื่อนๆ จิตอาสาจึงช่วยกันอธิบายให้คุณยายเข้าใจเรื่องที่ลูกๆ ต้องทำงานทุกวัน มีเวลาให้น้อย การปลอบโยนให้กำลังใจด้วยการจับมือหรือโอบกอด แสดงความรัก ความอบอุ่นเป็นวิธีหนึ่งที่ข้าพเจ้ามักจะปฏิบัติเสมอมาบางวันจะนำหนังสือธรรมะหรือนิทานธรรมะไปอ่านให้ฟัง คุณยายมักจะเก็บผลไม้ เช่น มะม่วงน้อยหน่า ฝากให้เสมอ ทำให้ข้าพเจ้ามีความสุขใจ (มีความปิติ) เกิดขึ้นทุกครั้งที่นึกถึงในหน้าที่ อิ่มเอิบ พร้อมรอยยิ้มนั้น นี่แหละคือ ความสุขที่ข้าพเจ้าได้รับจากคุณยายแก้ว

เรื่องที่ 5
เรื่อง :เรื่องเปลี่ยน อารมณ์ก็เปลี่ยน

ผู้เล่าเรื่อง : อผส. (นางโสภา วิชัยกุล)
อ.บางแพ จังหวัดราชบุรี

แม่อายุ 85 ปี เคยเป็นโรคสมองเสื่อม (ลืมชั่วขณะ) มีภาวะซึมเศร้าและแม่ก็มีเรื่องทุกข์ใจมากมาย โดยเฉพาะเรื่องลูกๆ ของแม่ ก็คือพี่ๆ ของผมนี่แหละ แม่น่าสงสารมาก บางครั้งแม่นั่งซึมๆ เศร้า ผมรู้สึกเศร้ายิ่งกว่าแม่เสียอีก เคยพูดกับภรรยาผม “พวกนั้นทำกับแม่เกินไปจริงๆ” ผมเลยพยายามทำทุกอย่างให้ดีที่สุด โดยไปเล่าปัญหาเล็ก ปัญหาน้อย ให้แม่ฟังหรือได้ยิน แม่จะได้ไม่ต้องห่วงหรือกังวลเพิ่มอีก...

บางครั้งแม่ก็งอแง งอน ชอบบอกว่าตนเองป่วย เป็นโน่นเป็นนี่ พอพูดหรือบอกแบบรู้ทัน แต่ก็น้อยใจ ไม่พอใจ เบื่อโลกไปซะเฉยๆ ผมจะรู้อารมณ์ของแม่ดี ก็จะแกล้งแหย่ พูดเย้า ชอบคุย เรื่องโน่น เรื่องนี้บ้าง ขอดูขี้หูหน่อยวิ แม่จะชอบแบบอายๆ เดี๋ยวจะตัดเล็บให้ กินข้าวกัน เพื่อให้แม่ได้เปลี่ยนอารมณ์แล้วก็ได้ผลทุกครั้งไป...

ผมต้องพาแม่ไปพบหมอตามนัดเป็นประจำ ต้องจูงแม่เดินขึ้นทางลาด ร.พ.พยาบาลบางแพ กลัวแกลื่นล้ม “แม่ลูกคู่นี้น่ารักจัง” ชอบมีคนทักประจำ ผมชินแล้ว แต่สำหรับแม่ เมื่อแกได้ยิน แกจะยิ้ม ตาวาวเป็นประกายมีความสุข “ก็ได้เขานี่แหละ” แล้วแม่ก็จะด่าพี่ๆ เหมือนเป็นการระบายอารมณ์ ผมจะปล่อยแม่ซักพักหนึ่งแล้วจะบอกแกว่า... “พอเถ๊อะ” แล้วชวนแม่พูดคุยเรื่องอื่นๆ เพื่อเปลี่ยน...อารมณ์ให้แม่ เหมือนที่เคยทำ แม่ก็รู้ทันแล้วแกก็ยิ้มๆ แล้วบอกว่า “รู้ทันน่า” แล้วแกก็หัวเราะ

เรื่องที่ 6
เรื่อง : เรื่องเล่าของนางเชียง อนงค์ทอง

ผู้เล่าเรื่อง : อสม. (สวลี อนงค์ทอง)

อ.บางแพ จังหวัดราชบุรี

ข้าประทับใจมากกับการที่ข้าเป็น อสม. รุ่นแรก เวลานี้ลูกสะใภ้และลูกสาวก็เป็น อสม. ตาม เดี๋ยวพวกมึงก็รู้ว่ามันสนุกแค่ไหน

* ความประทับใจของแม่เชียงอนงค์ทอง เมื่อครั้งเป็น อสม. รุ่นแรกเมื่อ 20 ปีก่อน*

ตอนที่เป็น อสม. รุ่นแรกของโรงพยาบาลบางแพ เขาก็มีการแต่งตัวประกวดของแต่ละหมู่ในงานกีฬาสี อสม. ข้าก็ใส่ชุดนักเรียนผูกโบว์ แล้วข้าก็เต้น สนุกไม่มีอีกละแกเอ้ย ! ข้ารู้จัก อสม. ทั้ง 11 หมู่ เพื่อนๆ ของข้าเยอะเป็น อสม. แกรู้ไหมสนุกมากเลย ไม่มีใครที่จะแต่งตัวแบบข้าได้ ข้าเป็นหมอมาเกือบ 20 ปี อายุมากข้าก็เลิกแล้วแต่ข้ายังส่งเงินประกันชีวิต อสม. อยู่นะ เพื่อนรุ่นเดียวกับข้ามันก็ตายหมดแล้ว เออ! ทั้งหมู่ยังอยู่อีก 2 คนว่ะ อีกคนก็พูดไม่รู้เรื่อง มีข้าคนเดียวที่ไม่หลงลืม (จริงๆ แล้วแกก็หลง) เป็นบางครั้ง เช่น ท่านกินข้าวแล้วท่านก็ว่ายังไม่ได้กิน แล้วท่านก็จะเพ้อนอนคิดแต่เรื่องคนที่ตายไปแล้วว่ามาหลอกท่าน ลูกหลานเอาเงินมาให้ก็ไปอวดชาวบ้าน คนก็มายืมเงินไป (ไม่ได้คืนเสียมากกว่า) แม่ก็เคยกล้ามเนื้ออ่อนแรง อยู่ประมาณ 9 เดือน ลูกๆ ก็ช่วยกันทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านไม่ต้องพึ่งพาหมอเลย เช้ามาลูกชายก็จะหิ้วปีก (เอามือกอดเอวแม่) จับแม่หัดเดินเพราะกลัวแม่เป็นอัมพาต และหาคอกหัดเดินมาให้แม่หัดเดิน จนแม่เดินได้อีกครั้ง เพราะลูกๆ ช่วยกันโดยไม่ต้องพึ่งพาหมอ เรื่องรับยาผู้สูงอายุลูกๆ จะไปรับมาให้ แม่ตรงตามนัดเป๊ะเลย แม่เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี คนที่ดูแลแม่จึงไม่มีความคิดว่าจะหนักใจหรือเหนื่อยในการดูแลแม่เลย แม่ชอบกินหมากชนิดที่ว่าขาดจากปากไม่ได้เลย ทำให้แม่มีฟันเหลืออยู่บ้าง ลูกๆ ก็จะดูว่าหมากแม่หมดหรือยัง ถ้าหมดกลัวท่านจะหงุดหงิด จากอดีตที่แม่เป็นนักเต้น และคนอารมณ์ดีทำให้แม่มีดัชนีมวลกายที่มาตรฐานแม่หุ่นดี ไม่เคยอ้วน วัย 90 ปี ช่วยเหลือตัวเองได้ แม่ไม่เคยมีความรู้สึกว่าตัวท่านท้อแท้ในชีวิตเลย อยู่อย่างมีสุขตามวัย ไม่เกียจใครไม่โมโหใคร แต่ชราภาพไม่ทำให้ลูกหลานหนักใจ กลับทำให้ลูกหลานภูมิใจที่ได้ดูแลด้วยความเต็มใจ และอานิสงส์แห่งการเลี้ยงดูบุพการี ทำให้ผู้ที่ดูแลแม่อย่างดีทำให้ลูกหลานมีหน้าที่การงานที่ดี ครอบครัวของผู้ที่ดูแลโดยไม่หวังประโยชน์อะไร (แม่ไม่เคยให้อะไรแก่ลูกผู้ดูแลเลย) เพราะแม่เป็นคนยากจน แต่ลูกๆ จะพูดว่าแม่ให้ชีวิตสูงค่าแก่ลูกมากกว่าสมบัติใดๆ ถ้าไม่มีแม่ก็คงจะไม่ได้เห็นลูกหลานที่ดีหรอกนะ ก็อยากจะบอกทุกท่านว่าการที่เราฟังท่านบ่นบางครั้งทำไม่ถูกใจ ก็โดนด่า นานๆ ครั้ง นะจึงจะถูกด่าก็คิดว่าช่างเถอะ สักวันเราต้องเป็นแบบนี้แน่นอน เลี้ยงดูท่านให้ดีเถิดนะ บุญแห่งการเลี้ยงดู พ่อ-แม่ ยามชรา อานิสงส์แรงจริงๆ มันจะเกิดความสุขทางใจมาก ดูหน้าตาผ่องใส แววตา ประกายแห่งความสุข มันจะเกิดสุขใจที่ได้ดูแลท่าน เป็นอะไรที่เขียนไปได้เองโดยไม่ต้องมีสคริปเพราะเป็นเรื่องจริงของผู้ดูแล ถ้าตราบใดที่ลูกหลานคิดว่าพ่อแม่เป็นภาระคุณจะทำมาหากินไม่ขึ้น ลูกหลานก็จะมีอุปสรรค บุญมันไม่เกิดเพราะจิตใจเราไม่ดี เราให้ท่านโดยไม่หวังผลใดๆ ชีวิตมีสุขแน่นอนค่ะ

เรื่องที่ 7
เรื่อง: ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ผู้เล่าเรื่อง :*อสม. (นางนิ่มนวล สีหาเพศ)*
จ.สกลนคร

ดิฉัน นางนิ่มนวล สีหาเพศ เป็นอสม. ม. 8 บ.โพนปอหู รับผิดชอบโซน 2 รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ชื่อ คุณลุงชาดี ชัยหน้า มีบุตรด้วยกันสองคน แต่อีกคนไปทำงานต่างจังหวัด ส่วนลูกคนที่อยู่ในบ้าน แต่อยู่กันคนละหลัง โดยภาระครอบครัวต้องดิ้นรนทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ลุงชาดีอยู่กับภรรยา ซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันเหมือนกัน

ลุงชาดี แต่ก่อนก็เป็นคนขยัน รับจ้างขุดดินเอาทุกอย่าง ขุดให้ได้เงินมาเลี้ยงครอบครัว แต่ปัจจุบันนี้ ลุงชาดีอายุมากแล้ว ก็เลยไม่ได้ทำงานหนักเหมือนแต่ก่อน รายได้ก็ไม่พอจ่าย ไม่พอใช้ ก็ได้แต่เบี้ยยังชีพกับเบี้ยคนพิการ ลูกๆ ก็นานถึงจะส่งมาทีหนึ่ง ลุงชาดีต้องไปเอายาจากโรงพยาบาลเมืองสกลนครตลอด ลุงชาดีเอาใจใส่ในการไปเอายาที่โรงพยาบาลมาก พอได้สมุดนัดทางโรงพยาบาลมาแกก็จะเอามาถามทาง อสม. ซึ่งดิฉันเองก็แนะนำให้ คุณลุงทุกครั้งมีอะไรก็มาปรึกษากับ อสม. นิ่มนวล ตลอด ลุงชาดีบอกว่า สิ่งที่ลุงต้องการคือ อยากไปเอายาทางอนามัยทุกครั้ง เพราะใกล้บ้าน เพราะไปเอายาในเมืองแต่ละครั้งก็ลำบากค่ารถ ค่าอยู่ค่ากินก็ไม่ค่อยจะมี ลุงชาดีบอกว่า ฝากบอกผู้ใหญ่ใจบุญทั้งหลายให้ช่วยเหลือลุงหน่อยไม่มากก็น้อย และฝากขอบคุณคุณหมอที่ฝากเงินมาให้ 300 บาท และก็จะปฏิบัติตัวตามคุณหมอแนะนำ ไม่เครียด ไม่คิดมาก

เรื่องที่ 8
เรื่อง : ความภาคภูมิใจของผู้ดูแล

ผู้เล่าเรื่อง : อสม. (นางลำเจียก สงค์เจริญ)
ต. โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา

ผู้สูงอายุน้าหอม จันทรโชติ มีบุตร 3 คน ผู้หญิง 2 คน ชาย 1 คน ลูกผู้หญิงแต่งงานแล้วก็แยกออกจากบ้านไปอยู่ที่บ้านของสามี ต่อมาลูกสาวคนเล็กก็แต่งงานอีก แต่อยู่ที่บ้านโดยสามีนั้นได้อยู่ที่บ้านนี้ด้วย และได้บวชลูกชายอีก ฟังดูแล้วน่าจะมีความสุขดี แต่แล้วก็มีเหตุเกิดขึ้นกับเขามีสิ่งที่ไม่ดีเกิดขึ้นมา คือ ลูกชายก็เข้าไปอยู่ในหมู่เพื่อนที่ติดยาเสพติด จนกระทั่งใช้ยาเกินขนาดทำให้เสียชีวิต ส่วนลูกเขยที่อยู่บ้านเดียวกับเขาก็ติดยาเสพติด และไม่ค่อยช่วยได้ช่วยเหลืองานในบ้าน ไม่ค่อยจะอยู่บ้าน ชอบเที่ยวจึงไปติดเชื้อเอดส์มาอีก โดยที่ไม่รู้ โรคนี้ก็มาติดที่ภรรยาอีก จึงทำให้เกิดความเครียดขึ้นกับครอบครัวนี้ น้าหอมคิดมากจึงทำให้เป็นโรคความดัน หัวใจ เบาหวาน และสิ้นหวังในชีวิต เราก็เข้าไปดูแลและให้กำลังใจครอบครัวนี้ได้สู่ชีวิต เราก็เข้าไปดูแล และให้กำลังใจครอบครัวนี้ได้สู้ชีวิต ไปบ่อยมาก และก็พูดให้ฟัง ให้ดูตัวอย่างของคนอื่นที่เขาสามารถสู้ชีวิตได้ เขาก็ฟัง และก็คลายทุกข์ลงบ้าง ส่วนลูกสาวเขานั้นก็เกิดอาการเครียดมาก และก็ไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ เราก็เข้าไปให้กำลังใจจนกระทั่งทุกวันนี้ เขาก็เป็นคนที่สำคัญที่สุดของครอบครัว ต่อมาสามีของน้าหอมก็มีปัญหากับน้าหอมอีก ถึงกลับขออย่าจากกันอีกทำให้น้าหอมนั้นเครียดหนักอีกลูกสาวของน้าหอมก็มาปรึกษาอีกว่าจะทำอย่างไร เราก็เลยเข้าไปดูแลและแนะนำให้เขาปล่อยวาง เพราะว่าอายุมากด้วยกัน แล้วให้เวลาที่เหลือไปทำอย่างอื่น ด้วยการไปทำบุญ และบอกให้ทำสมาธิจิตใจจะได้สงบพอเขาทำใจได้สักระยะหนึ่งสามีของเขาก็ไปอย่างไม่มีวันกลับอีก เขาก็เลยกลับมาเศร้าอีก เราก็จะเข้าไปคุยไปให้กำลังใจพูดถึงเรื่องตอนก่อนๆนั้น ทำให้เขาได้รับความสุขขึ้นมาอีก และก็เกิดเรื่องกับหลานชายที่อยู่ในบ้านก็ไปติดเพื่อน และก็ติดยาเสพติดกลับมาอีกถูกตำรวจจับ อีกน้าหอมก็กลับมาเครียดอีกพอจะหายก็เกิดเรื่องอีก ลูกเขยที่อยู่ในบ้านที่เป็นโรคเอดส์ และพาไปรักษากลับมาก็เดินไม่ได้ ทีนี้เครียดขึ้นมาอีก เราก็ต้องเข้าไปดูแล และให้กำลังใจให้สู้ชีวิตต่อไปทุกวันนี้ก็สู้ชีวิตกันทั้งบ้าน และก็เป็นกำลังให้กันและกันอยู่ที่บ้านหลังนั้น

ความภาคภูมิใจ คือว่า เราได้เข้าไปพูดคุยกับครอบครัวเขานั้นเขามีความสุขขึ้น และได้ทำตามที่เราแนะนำ พอมีเรื่องเครียดเกิดขึ้นเขาก็จะมาเรียกให้เราเข่าไปพูดคุยกันก็จะสบายใจขึ้น เราก็มีความสุขที่เห็นเขาไม่ทุกข์ ไม่เครียด และเห็นว่าเรานั้นเป็นคนที่ช่วยเหลือเขาในยามที่เขามีความทุกข์ มีความเครียดได้

เรื่องที่ 9
เรื่อง : ความภาคภูมิใจของดิฉัน

ผู้เล่าเรื่อง : อสม. (นางอำพร สร้อยสุข)
ต. โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา

คือ การที่ดิฉันเป็นอ.ส.ม.มา 9 ปี ดิฉันได้รับความรู้จากการที่เข้ารับการอบรมจากเจ้าหน้าที่ร.พ.ส.ต.มากมายจึงได้นำมาใช้ในการดูแลคนในชุมชนถ่ายทอดความรู้แนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง และยังดูผู้สงอายุเข้าไปพูดคุยให้กำลังใจดูแลเรื่องรับประทานยาให้ถูกต้องครบถ้วนหรือเปล่า และยังแนะนำเรื่องความสะอาดของบ้านเรือน บางครั้งดิฉันยังช่วยทำความสะอาดให้อีกด้วย และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตเราก็ต้องดูแลเป็นพิเศษต้องหมั่นเข้าไปดูแลพูดคุยให้กำลังใจหากิจกรรมให้ทำบ้าง เช่น ให้ฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายหรือสอนออกกำลังกาย เต้นรำบ้างครั้งละ 10 นาที โดยที่ผู้สูงอายุก็จะปฏิบัติตามทุกครั้งเวลาไปดูแล และดิฉันยังออกตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ในชุมชนอีกด้วย ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน เราก็จะแนะนำเรื่องรับประทานยาให้ถูกต้อง และดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกาย เช่น มือและเท้า บางครั้งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะไม่ค่อยใส่ใจเรื่องความสะอาด เราจะต้องทำความเข้าใจ และอธิบายให้ฟังเรื่องการดูแลสุขภาพ ต้องล้างมือล้างเท้าให้สะอาดทุกครั้งแล้วต้องเช็ดให้แห้งด้วยทุกครั้ง ดิฉันยังดูแลหญิงตั้งครรภ์แนะนำให้ไปฝากครรภ์ และหญิงหลังคลอดให้ได้รับการตรวจหลังคลอดอีกด้วย ดูแลเรื่องของการให้นมบุตร และอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งแม่และลูก และต้องดูแลเด็กแรกเกิด 0-5 ปี ติดตามเรื่องการพัฒนาการตามวัยหรือไม่ตรวจสมุดสีชมพูว่าเด็กได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ไหม ส่วนรายนี้ที่ทำให้ดีฉันภาคภูมิใจมาก คือ เป็นคนไข้ที่นอนติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย พอเจ้าหน้าที่เข้ามาดูแล คนไข้บอกเจ้าหน้าที่ว่าต้องการให้ดิฉันดูแล ดิฉันเข้าไปเห็นสภาพแล้ว ดิฉันจะทำได้หรือ เพราะตัวเรายังไม่เคยได้ทำเลย เพราะตัวเรายังไม่เคยได้ทำเลย เพราะพึ่งผ่านการอบรมกายภาพบำบัดมาจึงเป็นคนไข้รายแรกที่ดิฉันจะต้องทำให้ได้ ดิฉันก็เริ่มทำความสะอาดร่างกายคนไข้ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้ จากนั้นดิฉันก็เริ่มทำกายภาพบำบัดไปเรื่อยๆ คนไข้เริ่มมีกำลังใจมากขึ้น เริ่มขยับตัวได้บ้างแล้ว เจ้าหน้าที่มาช่วยทำลอกให้ คนไข้เริ่มขยับแขนได้บ้าง ก็ให้คนไข้จับเชือกดึงขึ้นดึงลงไปเรื่อยๆ เพราะเป็นท่าบริหารกล้ามเนื้อแขนและไหล่ พอแขนเริ่มดีขึ้น ดิฉันก็ประคองให้คนไข้นั่ง และลุกขึ้นยืนทำอย่างนี้ทุกวัน จนคนไข้ยืนได้ และดิฉันให้นั่งรถเข็นก่อน เมื่อคนไข้เริ่มประคองตนเองได้ ดิฉันก็เริ่มหาสิ่งของที่หาได้ง่าย เช่น หากะลามะพร้าวมาให้คนไข้เดิน หาดิน หาลูกแก้ว หาเมล็ดถั่วเขียว หาเมล็ดมะขามมาให้คนไข้หัดหยิบส่งของเหล่านี้จนคล่อง คนไข้เริ่มขยับนิ้วได้ คนไข้ดีใจมากจากที่หยิบจับอะไรไม่ได้เลย ตอนนี้หยิบได้แล้ว จากนั้นดิฉันก็ให้เดินโดยใช้สี่ขาช่วยพยุงตัว จะทำแบบนี้ทุกวัน จนคนไข้เริ่มก้าวเท้าได้ ดิฉันก็ไม่ให้ใช้สี่ขาแล้ว ให้ใช้สามขาแทน จะให้คนไข้ใช้สามขาเดินบนกะลามะพร้าวไปมาจนคนไข้เริ่มเดินแข็ง ดิฉันจะอยู่ใกล้ๆคนไข้ตลอดเวลาเพื่อความปลอดภัยของคนไข้ ตอนนี้คนไข้รายนี้ก็สามารถใช้สามขาเดินออกมาพูดคุยกับเพื่อนบ้านได้โดยที่ไม่ต้องเป็นภาระ

ของครอบครัว คนไข้รายนี้ดีใจมากเขาบอกดิฉันว่าตัวเองต้องนอนติดเตียงตลอดชีวิตเสียแล้ว เขาเดินได้ทุกวันนี้เพราะหมอพรคนนี้ได้ให้ชีวิตใหม่กับเขา สิ่งนี้แหละที่ทำให้ดิฉันยิ้มได้กับความภาคภูมิใจมาก ที่ทำงานแล้วประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ร.พ.ส.ต.ทุกๆท่านค่ะที่ให้ความรู้แก่ดิฉันค่ะขอขอบคุณจริงๆจากการทำงานที่ผ่านมา ดิฉันจะไม่หยุดเยงแค่นี้ จะทำดีเท่าที่ทำได้จนกว่าจะทำไม่ไหว เพราะอยากเห็นทุกคนมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์จริงๆแล้วทุกสิ่งที่ดีๆก็จะตามมา ขอบคุณสำหรับทุกสิ่งที่เจ้าหน้าที่มอบให้ด้วยใจจริงค่ะ

เรื่องที่ 10

เรื่อง : ความต้องการที่ไม่ถูกใจ...ของคุณแม่

ผู้เล่าเรื่อง : อสม.
อ. ระโนด จังหวัดสงขลา

เรื่องเล่าต่อไปนี้ เป็นเรื่องเล่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นความไม่เสมอภาคของพ่อแม่ ที่ให้ความรัก ความไว้เนื้อเชื่อใจ ความรักไม่เหมือนกัน ปากก็พูดว่ารักลูกเท่ากันแต่โดยพฤติกรรมแล้วแตกต่างกัน ลักษณะอย่างนี้แก้ได้หรือไม่ ใครเป็นผู้ดูแล ใครเป็นคนพูดให้ผู้อายุเข้าใจเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เครียด อยู่รวมกับลูกๆหลานๆได้อย่างมีความสุข ไม่เกิดภาวะเครียด ครอบครัวนี้ ผู้ดูแลคือจินตนา เป็นผู้ดูแลคุณแม่ ชื่อยายจันทร์ มีอายุ82 ปี ฐานะครอบครัวมีฐานะดีค่อนข้างมีเงินใช้จ่ายได้สบาย ยายจันทร์ มีบุตร 2 คน ชื่อ นายเจตน์ เป็นพี่และจินตนาเป็นน้อง ทั้ง2 คน มีอาชีพรับราชการและมีครอบครัว หมดแล้ว นายเจตน์เองรับราชการ มีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัด ไม่สามารถมาดูแลยายได้ ส่วนจินตนานั้นรับราชการอยู่ใกล้บ้านจึงอยู่บ้านเดียวกับยาย ยายมีโรคประจำตัวด้วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งต้องรับยาทุกเดือน ลูกสาวต้องพาไปรับยาตลอด จินตนาเองมีสามีมีสุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บๆออดๆแอดๆไปหาหมอประจำ และมีบุตร2คน กำลังเรียนหนังสือชั้นอนุบาล ถือว่ายังเล็กมากต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เอาอาจดูแลคุณยายขาดตกพกพร่องบ้างครั้งคราว เพราะจินตนาเองก็ทำงานนอกบ้าน สามีก็ไม่แข็งแรง ลูกก็ยังเล็ก แต่ก็ดูแลอย่างดี ไม่ได้ทอดทิ้ง คอยดูแลทุกอย่างที่ยายต้องการ เนื่องจากยายชอบทำบุญ ตักบาตรตอนเช้า ไปวัดฟังธรรม จินตนา ก็ดูแลไม่ให้ขาดตกบกพร่อง แต่ก็ไม่วายโดนกระแหนกระแหนจากคุณยายบ่อยๆ ทำอะไรก็ไม่ถูกใจไปหมด ที่ไม่ถูกใจเช่น อยากให้พาไปเที่ยวต่างจังหวัดนั่นก็คือ บ้านของลูกชายคนโต หรือไปเที่ยวต่างประเทศเหมือนครอบครัวอื่นๆเขาบ้าง ซึ่งจินตนาเองไม่พร้อม ในการพาไปเที่ยว เนื่องตัวเองก็ภาระงานบ้าง ครอบครัวตัวเองบ้าง เมื่อถึงวันหยุดอยากอยู่กับบ้านเวลามีจำกัด ส่วนยายอยู่บ้านทุกวันวันจึงอยากออกข้าง จินตนา ก็อยากอยู่กับครอบครัว ทำให้ไม่ลงรอยกันบ้างเป็นครั้งคราว ส่วนลูกชายนั้น อยู่ต่างจังหวัด นานๆกลับมาบ้านสักครั้ง กลับมาในช่วงเทศกาลเช่นปีใหม่ หรือสงกรานต์ จะซื้อของมาฝากทุกครั้ง ทำให้คุณยายปลื้มมาก ทำอะไรก็ดีไปหมด ลูกชายคนโตนั้นเป็นลูกที่คุณยายรักมาก พูดคุยกับเพื่อนเพื่อนประจำว่าลูกชายดียังโน้น ดียังนี้ กลับกันไม่เหมือนคนที่อยู่บนบ้าน ไม่ดีสักอย่าง อันนี้ก็ไม่ดี ทำอะไรก็ผิดไปหมด ทำให้จินตนา น้อยใจคุณยายมาก แต่ไม่ได้โกรธอะไร ปฏิบัติต่อคุณยายสม่ำเสมอ

มีอยู่วันหนึ่งจินตนาพาแม่ไปเยี่ยมคุณเจตต์ (พี่ชาย) คุณยายบอกกับลูกชายว่าจะค้างบ้านของลูกชายสักพัก และให้คุณจินตนา กลับบ้านไปก่อน จากนั้นคุณยายก็พักบ้านลูกชาย อยู่ได้3 วันก็อยู่ไม่ได้ เนื่องจากสะใภ้ เขาไม่ได้ดูแลคุณยายเหมือนจินตนา สะใภ้เป็นแม่บ้าน ลูกชายทำงานนอกบ้าน ฉะนั้นคุณยายจึงอยู่กับสะใภ้ 2คน หลานๆเข้าโรงเรียนหมดแล้ว 2 คน คุณยายอึดอัด มาก สะใภ้ไม่ได้พูด กับข้าวทำเสร็จก็ใส่ถาดวางไว้ ให้ไปหา

กินเอาเอง อยากกินอะไรก็บอกไม่ได้ ถ้าคุณยายบอกไปโดนตวาดกลับมา พูดจาหยาบๆ ไม่ให้เกียรติ์ ไม่ให้ความเคารพ แต่ถ้าสามีอยู่บ้านจะพูดดีมากเลย จึงจึงบอกลูกชายให้ไปส่งแม่ที่บ้าน บอกว่าคิดถึงบ้าน โดยความเป็นจริงแล้ว อยู่ไม่ได้ เป็นลักษณะอย่างนี้หลายๆครั้ง เมื่อไปอยู่บ้านลูกชายก็นินทาว่าให้ร้ายเรื่องของลูกสาว เมื่อกับมาอยู่บ้านลูกสาวก็กล่าวหาลูกชายให้ลูกสาวฟัง เป็นอาการของคุณยายที่น้อยใจ เสียใจ ลูกไม่สนใจ ทั้งลูกสาวและลูกชาย

เรื่องที่ 11
เรื่อง : คุณยายเปรมจิต เอกอุรุ

ผู้เล่าเรื่อง : อสม.
อ. ระโนด จังหวัดสงขลา

นางเปรมจิต เอกอุรุ วัย 92 ปี ผู้สูงอายุที่อารมณ์ดี อาศัยอยู่กับหลาน ๆ ณ.บ้านริมคลองระโนด มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้แล้วแต่ก็ยังสู้กับชีวิตที่เหลืออยู่ กิจวัตรประจำวัน คุณยายเปรมจิต จะนั่งอยู่ในบ้าน เปิดประตูบ้านฝั่งที่เป็นลำคลอง บ้านของคุณยายเป็นบ้านไม้สมัยก่อนสร้างด้วยไม้เนื้อดีกระดานแผ่นใหญ่ ซึ่งปัจจุบันแทบหาไม่เจอแล้ว

คุณยายเล่าเรื่องราวสมัยสาวๆ ว่า ประตูที่ติดกับลำคลองเมื่อก่อนเป็นประตูที่เปิดใช้ เดินทางไปไหนมาไหน จะมีเรือด่วนสงขลา-ระโนดลอยลำสัญจรไปมา กว่าจะไปถึงสงขลาต้องนั่งเรือใช้เวลาในการเดินทางหนึ่งคืนกับอีกหนึ่งวัน หลังจากเล่าจบคุณยาก็พูดว่า สบายใจนิ๊ ที่ได้เล่าเรื่องราวเก่าๆ

แล้วเรื่องราวต่างๆๆของคุณยายหลายๆๆเหตุการณ์ก็ถูกถ่ายทอดออกมาจากใบหน้าที่เปี่ยมไปด้วยความสุขของคุณยาย ว่า ตอนนี้ที่บ้านอยู่กันสี่คน มีลูกชาย ลูกสะใภ้และและหลานซึ่งชื่อว่า “ กิ้ม” ซึ่งเป็นหลานที่คุณยายภาคภูมิใจ พี่กิ้มประกอบอาชีพรับจ้างให้เช่าเต็น โต๊ะ เก้าอี้ตามงานต่างๆรายได้ ครั้งละสองถึงสามหมื่น มีลูกน้องเยอะแยะ ลงทุนไปมากมายหลายบาท ยายเปรมจิตเล่าดูหน้าตาและน้ำเสียงสั่นรัวจากความตื้นตันใจและด้วยวัยของท่าน มิเท่านั้นแกยังเล่าถึงงานเสริมอีกอย่างของหลานกิ้ม ได้ทำงานขายสินค้าประเภทขายตรงบริษัทแอมเวย์ไปประชุมบ่อยครั้งบางครังก็ไปต่างประเทศ (คนที่ทำงานขายตรงคือภรรยาของพี่กิ้มที่มีอาชีพพยาบาลแต่ขายผลิตภัณฑ์ของแอมเวย์เป็นงานเสริมและมีลูกค้ามากมายหลายเครือข่าย)

ส่วนลูกๆหลานๆคนอื่นๆจะทำงานที่กรุงเทพ เมื่อสองปีก่อนหลานสาวของคุณยายได้รับงานโฆษณาผลิตภัณฑ์นมยี่ห้อดังยี่ห้อหนึ่ง เด็กๆหลายๆคนต้องผ่านการคัดเลือกกว่าจะได้เป็นพรีเซนเตอร์โฆษณานั้นต้องเก่งและกล้าแสดงออก ขณะเล่าคุณยายเปรมจิตก็หันไปคว้าปฏิทินมาให้ดูรูปของหลานที่ถ่ายภาพลงปฏิทินและเล่าถึงความสามารถของหลาน ว่าเป็นคนฉลาดน่ารักน่าชังเก่งไปหมดทุกอย่าง ใครๆมาเยี่ยม คุณยายก็จะหยิบปฏิทินมาให้ดูรูปหลานสาวคนเก่งทีแกภูมิใจอีกคนนึง

หลังจากได้พูดคุยกับคุณยายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ก็มาสอบถามเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่แกเป็นอยู่นั้นสอบถามว่ามีอาการเป็นอย่างไรบ้าง ช่วงหลังที่ไปเยี่ยมบ้านและวัดความดันให้ทุกครั้งความดันของคุณยายจะปกติ แม้บางครั้งที่พวกเราติดภาระงานต่อเนื่องหลายๆวันไม่สามารถไปหาคุณยายได้ ก็จะให้ลูกหรือหลานมาบอกที่ทำงานว่ายายเปรมจิตถามถึงอยู่และนั้นคือเหตุการณ์ที่แสดงว่ายายเปรมจิตขาดคนคุยหรือไม่ก็ต้องมีอะไรจะเล่าให้พวกเราฟัง หรือไม่ก็ยาความดันที่ทานประจำกำลังจะหมด แต่ทุกครั้งที่ไปวัดความดันให้คุณยายเปรมจิต

ค่าความดันจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอบถามคุณยายเรื่องการควบคุมไม่ให้ความดันผิดปกติ คุณยายบอกว่ากายาลดความดัน ร่วมกับการกินอาหารเสริม และก็กระเทียมอัดเม็ด ที่ซื้อจากหลานสะใภ้ แล้วคุณยายก็บอกว่า “คนเรามีเงินก็แค่นั้นเก็บไว้ทำไม ลูกๆหลานๆให้ไว้ก็มากพอ ซื้ออาหารเสริม และกระเทียมอัดเม็ดได้ไม่เดือดร้อนอะไร”

แล้วสอบถามคุณยายเกี่ยวกับอุปกรณ์การออกกำลังกายที่ทางโรงพยาบาลให้ไว้ ซึ่งเป็นรอกใช้ดึงแขนขาเพื่อลดอาการข้อติดในวัยสูงอายุ คุณยายตอบทันทีว่าใช้ประจำวันละสองรอบเช้าเย็นบางครั้งก็ทำบ่ายด้วย พอหันไปดูก็พบว่าสภาพการใช้งานตรงกับที่คุณยายพูด

ในวาระปีใหม่คุณยายได้ซื้อกระบอกไฟฉายไว้ เก้ากระบอกเพื่อแจกลูกๆหลานๆที่แกรักพร้อมกับคำอวยพร และคุณยายก็มอบให้กับพวกเราหนึ่งกระบอกพร้อมกับคำพูดที่คุณยายบอก “นี่ยายตั้งใจเก็บไว้ให้ด้วยหนึ่งกระบอก”พูดด้วยความตั้งใจและภูมิใจของคุณยาย

โรคความดันไม่สามารถรักษาด้วยยาอย่างเดียวแต่ความสุขและความภูมิใจที่ได้รับจะช่วยลดความดันได้

เรื่องเล่าจาก
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

เรื่องที่ 1
เรื่อง: ความรักของครอบครัว

ผู้เล่าเรื่อง : น.ส.ศรีสุคนธ์ แต่งเนตร
ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง วัดป่าสาลวัน 2

คุณพ่อของดิฉันปัจจุบันอายุ ปี มีรูปร่างลักษณะคนแคระคือแขนขาสั้น กระดูกช่วงขาและคอจะงอ 77 ตอนนี้คุณพ่อช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นคนไข้ติดเตียง ดิฉันเป็นลูกสาวคนเดียวต้องลาออกจากงานมาดูแลพ่อโดยมีแม่ซึ่งเป็นโรคความดันสูงช่วยดูแลด้วย ช่วงแรกตัวคุณพ่อเองมีอาการท้อแท้และคิดว่าตัวเองเป็นภาระคือทำอะไรให้ก็ต่อต้านไม่ถูกใจ ดิฉันกับแม่ต้องงผลัดเวรกันดุแลตลอดถ้าไม่เห้นใครจะโวยวาย คุณแม่ซึ่งดูแลอยู่ด้วยก็จะเกิดอาการหงุดหงิดโมโหง่าย บรรยากาศที่บ้านช่วงแรกนี้ก็ไม่ค่อยดีเท่าไร ซึ่งทำให้ตัวเราต้องเริ่มสังเกตพฤติกรรมและทำความเข้าใจในตัวของคุณพ่อทำให้ทุกอย่างดีขึ้นตามลำดับ อย่างแรกที่เริ่ม

1. เริ่มพูดคุยกับคุณพ่อช้าๆ อย่างใจเย็น เพราะผู้สูงอายุบางทีก็คิดช้า บางครั้งก็พูดช้า บ่อยเข้าก็เริ่มสื่อสารกันเข้าใจมากขึ้น ตัวคุณแม่ก็เริ่มหงุดหงิดน้อยลง
2. เวลาจะไปทำอะไรจะบอกและพูดคุยกับคุณพ่อก่อนเสมอ เช่น ออกไปข้างนอก ไปตลาด ซักผ้าหรือทำงานบ้านต่างๆ ก็จะบอกคุณพ่อก่อนเสมอ คุณพ่อรู้สึกดีมากนะคะ เพราะหนูรู้สึกว่าการปล่อยท่านนอนอยู่เฉยๆ โดยไม่พูดบ่อยๆ ท่านจะรู้สึกว่าท่านไม่สำคัญ ตัวเราไม่ต้องทำอะไรมากจนเหมือนเป็นภาระทำทุกอย่างปกติเพียงแต่แค่พูดบอกในกิจกรรมต่างๆ ที่เราทำอยู่ ความคิดเห็น) (ส่วนตัวนะคะหนูว่าเวลาพูดคุยจับมือและมองตาตอนพูดจะแสดงออกความรู้สึกได้มากเลยค่ะ
3. เวลาที่อยู่บ้านพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ใกล้ๆ ท่าน เช่น ทานข้าว ดูทีวี อ่านหนังสือดูท่านมีความสุขต่อต้านน้อยลง สนใจในสิ่งที่เราทำอย่างเวลาออกไปข้างนอกพอกลับเข้าบ้านเขาจะรอตัวเรามาเล่าให้ฟังว่าเราไปทำอะไรบ้าน เจออะไรมาบ้าน คุณพ่อจะตั้งใจฟังเสมอ ทำให้หนูรู้สึกถึงเวลาตอนที่เรา) (เป็นเด็กและพ่อแม่เล่านิทานหรือเรื่องในอดีตให้ฟังเลย
4. การพูดคุยกับคุณพ่อช่วงที่ท่านหงุดหงิด ต่อต้าน ไม่พอใจ หนูจะใช้เหตุผลคุยกันมากกว่าคำพูดประชดประชันเหตุที่เจอเนื่องจากมีพยาบาลมาเยี่ยมที่บ้านตอนช่วงที่ท่านกำลังหงุดหงิดพอดี แต่ไม่โทษ) และคงคิดว่าการใช้ (พยาบาลคนนั้นนะคะ เพราะเป็นหน้าที่ของเขา เขาอาจจะเจออย่างนี้มามาก คำพูดที่แรงหน่อยจะเป็นการผลักดันคุร่อให้พยายามขึ้นได้ แต่ผลคือคุณพ่อดูไม่พอใจมาก หนูเลยคิดว่าการพูดคุยควรอยู่บนพื้นฐานความเป็นอยู่ของคนๆ นั้นด้วยส่วนตัวของหนูมักจะบอกคุณพ่อเสมอว่าอย่าคิดว่าเป็นภาระแต่การที่หนูมาดูแลคุณพ่อเป็นหน้าที่ของลูกที่ดีต่างหากเพราะคุณพ่อเป็นคนสอนในสิ่งที่ดียกตัวอย่างในสิ่งที่ตัวคุณพ่อเคยสอนตัวเรานั่นแหละ

เรื่องราวต่างๆ เป็นเพียงคำพูดเล็กๆ น้อยๆ แต่ทำให้ช่วงเวลา 9- ปี ที่ดูแลคุณพ่อมาบรรยากาศภายใน 10

นั้นอบอุ่นขึ้นมากค่ะ

เรื่องที่ 2
เรื่อง : การเป็นผู้ให้

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (นางสุภาวดี ไชยานุกูล)
ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง วัดป่าสาลวัน 2

การเป็นผู้ให้ย่อมนำมาซึ่งความปลาบปลื้มใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้รับเป็นบุพการีของเราเอง ฉันรับหน้าที่นี้อย่างเต็มตัวหลังจาที่พ่อเสีย จะว่าไปแล้วเหมือนไม่มีอะไรก็แม่ของเราเองคนคุ้นเคยแท้ๆ แต่เอาเข้าจริงไม่ง่ายเลย เพราะก็มีปัญหาอยู่บ้าง ฉันตั้งคำถามเสมอว่า ทำไมสิ่งที่เราชอบแม่กลับไม่อยากทำ สิ่งที่เราอยากให้แม่ทำ ท่านกลับไม่ชอบทั้งๆ ที่เราคิดว่าเป็นผลดีกับตัวท่าน อย่างเช่นเรื่อง แม่เป็นสาวกธุรกิจขายตรง ตอนพ่ออยู่แม่จะให้พาไปประชุมบางครั้งดึกดื่นฉันไม่ค่อยชอบอยากให้พักผ่อนบ้าง เป็นห่วงสุขภาพ แต่แม่บอกว่าฉันไม่เข้าใจจึงไม่มีข้อสรุปสำหรับเรื่องนี้ชีวิตดำเนินต่อไปจนกระทั่งพ่อเสีย หน้าที่ของพ่อก็ตกมาเป็นของฉันต้องเปิดการเจรจาตกลงกับแม่พบกันครึ่งทาง ขอว่าไม่อยากให้ไปประชุมตอนกลางคืนเพราะเสียสุขภาพ เรื่องการซื้อสินค้าเน้นของบำรุงสุขภาพ ตกลงกันได้มีความสุขด้วยดีเรื่องนี้ได้เรียนรู้ว่าการคุยกับผู้สูงอายุต้องใช้ความใจเย็น เพราะท่านมีประสบการณ์มากกว่า ท่านเชื่อในสิ่งที่ทำซึ่งบางครั้งท่านลืมไปว่าท่านอายุมากแล้ว สิ่งที่ท่านจะทำอาจจะไม่เหมาะกับอายุของท่านที่มากขึ้น จะต้องทำความเข้าใจความเป็นไปของผู้สูงอายุไม่เพียงสภาพร่างกายที่เปลี่ยน จิตใจก็ด้วย

หลังจากพ่อเสียแรกๆ ดูแม่ซึมเศร้า ฉันค่อนข้างกังวลต้องเรียนรู้สักพักใหญ่ๆ แต่ก่อนพ่อเป็นเสาหลักคอยดูแลทุกอย่างโดยเฉพาะแม่เรียกว่าไม่ต้องขยับกันเลย แม่คงรู้สึกเคว้งคว้างไม่เคยห่างกันเลยและแม่ก็ห่วงน้องที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากด้วย เป็นโอกาสที่ดีของฉันในการทำหน้าที่ลูก ตั้งใจในทุกๆ เรื่องเพียงให้แม่สบายใจไว้ใจ ฉันคอยสังเกตเพื่อให้เข้าใจแม่ให้มากที่สุด โชคดีที่แม่มีพื้นฐานจิตใจดี เรียบง่าย ปล่อยวางเร็ว ไม่เครียด แม่ปฏิบัติธรรมนั่งวิปัสสนาครั้งละนานๆ ออกกำลังกายและทำสวนประจำ แม่บอกว่าเพลิน สบายใจดี และได้ประโยชน์ที่บ้านมีผักสะอาดนำมาทำกับข้าว เช่น แกงส้มดอกแค หมกหัวปลี ดีต่อสุขภาพ แม่เป็นโรคความดัน) แถมยังได้แบ่งปันด้วย (ปี 83 สูงอย่างเดียว ก็น่าพอใจอยู่สำหรับอายุ ฉันคิดว่าการที่แม่ได้ทำอะไรด้วยตัวเองน่าจะเป็นเรื่องที่ดี ท่านคงรู้สึกดีไม่เป็นภาระของลูกหลาน หน้าที่ของเราควรดูเรื่องความปลอดภัยไม่ให้หักโหมเกินไป เน้นความสบายใจ สุขใจ แม่เป็นคนที่มีความสุขง่ายไม่อยากได้อะไรมากมายเป็นอีกเรื่องที่น่าประทับใจ เป็นแบบอย่าง แม่รักหลาน หลานเป็นกำลังใจของท่าน ถึงวันที่หลานเป็นพิธีกรรายการทีวีแม่สามารถจำวัน เวลาเปิดดูได้เองไม่เคยพลาด สีหน้าเปี่ยมสุข ส่วนกับน้องชายจะเห็นภาพน้องบีบนวดขาให้แม่ขณะอ่านธรรมะหรือสวดมนต์ที่ระเบียงเป็นประจำ บางครั้งแม่สอนไปเรื่อย เคยถามแม่ว่าน้องจะซึมซับบ้างไหมแม่บอกว่ายังไงก็ต้องสอนแล้วแต่บุญของเรา แสดงถึงความห่วงใย

การดูแลผู้สูงอายุ สำหรับฉันแล้ว กลับได้หลักคิดในการดูแลตัวเองเพราะซึมซับจากสิ่งที่

ท่านปฏิบัติสามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน การดำเนินชีวิตเรียบง่าย การเป็นผู้ให้ รู้จักแบ่งปัน มีความสุขแบบพอเพียง ดูแลสุขภาพจิตและร่างกายของตนเองจะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข

เรื่องที่ 3
เรื่องราวชีวิตของนางจันดี แสงแก้ว

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (นางจันดี แสงแก้ว)
รพ.สต.ส้าน จังหวัดน่าน

ยายจันดี แสงแก้ว ได้แต่งงานอยู่กินกับนายเย็น แสงแก้ว พ .ศ.2510 มีบุตรรวมกัน คน 1 คน หญิง 2 คน การใช้ชีวิตคู่อยู่กับตาเย็น ยายจันดีไม่ค่อยจะมีความสุขนัก เพราะคุณตาเย็น 1 ชายเป็นคนขี้หึง เวลายายไปคุยกับใครหรือผู้ชายคนไหนไม่ได้เลย เวลาจะไปที่ไหนจะต้องไปด้วยกันทั้งสองคน เหมือนกับว่ามีตาไปไหนยายก็ต้องไปด้วยไม่ให้คาดสายตาเลย ตาเป็นคนโมโหร้าย เวลาทะเลาะกัน ตาจะทุบตีทำร้ายคุณยายตลอด บางครั้งโดนคุณตาขู่และใช้ปืนขู่ยายก็เคยโดนมาแล้ว แต่ก็ใช้ชีวิตอยู่แบบนี้มาตลอด

ปี คุณตาประสบอุบัติเหตุรถชน ขาหักต้องรักษา 60 จนคุณตาอายุได้ตัวในโรงพยาบาล เวียงสา – โรงพยาบาลน่าน เป็นเวลาเกือบ เดือน เงินที่เก็บก็ใช้จ่ายตอนรักษาที่โรงพยาบาลหมด พอหมดให้กลับมาอยู่ที่ 1 บ้านได้ไม่ถึงเดือนคุณตาก็มีอาการแขนขาอ่อนแรงเดินไม่ได้ ต้องพาตาไปหา คุณหมออีก คุณหมอแนะนำให้พาคุณตาไปรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ตอนนั้นต้องเดินทางน่านเชียงใหม่ - เทียวไปเทียวมาเพื่อให้ตาได้รักษา เงินที่มีอยู่ก็หมด

คน มาให้คุณยายเลี้ยงเงินก็ไม่มี ไหนหลานก็ต้องกินนม คุณตาก็ป่วย 2 ช่วงเวลานั้นลูกสาวคนเล็กก็พาลูกคุณยายแบกภาระทุกอย่างไว้แต่เพียงผู้เดียว ส่วนลูกก็ไปทำงานหาเงินคนละทิศละทาง ผลที่จะจุนเจือครอบครัวของตัวเองทั้งนั้นไม่มีที่จะส่งให้คุณตาและคุณยายเลย บางครั้งก็ไม่มีเงินติดกระเป๋าเลย เคยคิดที่จะตายไปพร้อมกันตายาย และหลาน คน แต่คิดอีกทีการฆ่าตัวตายเป็นบาป คิดแล้วทำให้สบายใจ คุณยายคิดว่ามันคง 2เป็นกรรมเวรตั้งแต่ชาติปางก่อนจึงทำให้ชีวิตเราเป็นแบบนี้ ทุกวันนี้ก็มีหน่วยงานของ อบตมาช่วยเหลือในบางเรื่อง เช่น ที่อยู่ . อาศัย และทุนการศึกษาของหลาน ส่วนยายก็รับจ้างทั่วไปและรักจ้างรีดผ้า ซักผ้า โชคของยายยังดีที่ยังมีเพื่อนบ้านและคนในสังคมเป็นกำลังใจให้สู้ชีวิต เพราะปกติคุณตาเป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดีและช่วยเหลืองานสังคมตลอดและชอบออกกำลังกาย ด้วยการเล่นเปตอง และเต้นรำวงย้อนยุค

ส่วนเรื่องของคุณตาเมื่อก่อนตอนแก่ป่วยใหม่ๆ เดินไม่ได้ ตาจะไม่ยอมกินยาเลยเพราะกลัวว่ายายจะเอายาพิษให้กิน ยายถามว่าทำไมไม่กิน ตาตอบว่ากลัวยายเอายาพิษให้กิน ยายบอกตาว่าไม่ต้องกลัวหรอก เพราะยายไม่สิ้นคิดขนาดนั้น ยายกลัวเวรกรรม ตาจึงยอมกินยา และกายภาพบำบัด ทุกวันนี้ยายดีใจที่ตาใช้ชีวิตได้ปกติแม้นว่าตาจะเดินไม่ได้ แต่ตากับยายก็มีความสุขที่ได้ดูแลกันและกัน และเห็นว่าลูกอยู่กันแบบสบายก็พอใจแล้ว

เรื่องที่ 4
เรื่อง : เล่าจากผู้สูงอายุ

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
รพ.สต.ส้าน จ.น่าน

ยายดี อายุ ปี ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ทำกับข้าวอาหารยังได้อยู่ เดินเหินได้ แต่เดินไกลๆ 85 ไม่ค่อยไหว มีโรคประจำตัวคือ โรคหอบหืด ปวดยืด ต้องกินยาตามหมอสั่งอย่างสม่ำเสมอ และเจ็บป่วย เจ็บข้อ

เจ็บเข่า ตามประสาคนแก่ที่อายุมาก ก็มีลูกและหลานๆ ดูแล ส่วนใหญ่อยู่บ้านคนเดียว ลูกและหลานไปทำงานนอกบ้าน เช้า – เย็น กลับ การอยู่คนเดียวก็หาอะไรทำตามประสาคนแก่ หรือนอนหลับ แต่มีการบ่นว่าอยู่บ้านคนเดียวเมื่อถ้าเจ็บแข้งเจ็บขาก็จะบ่น ใช้ลูกหลานหรือคนข้างบ้านที่มาเที่ยวหา ว่าเมื่อไหร่จะตายสักทีอยู่ไปก็เจ็บนั่นเจ็บนี่ นอนไม่ค่อยจะหลับในเวลากลางคืน นอนหัวค่ำตี 1–ก็ตื่น ตอนกลางวันพูดบ่นคนเดียวไป 2 เปื่อย เมื่อเจ็บนั่นเจ็บนี่ให้ฟังทุกวันเรื่อยเปื่อย เมื่อเจ็บนั่นเจ็บนี่ให้ฟังทุกวัน

เรื่องที่ 5
เรื่อง : ความประทับใจ

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (นางใหม่ คำหล้า)
รพ.สต.ส้าน จ.น่าน

ดูแลนางคำ วงค์กองแก้ว อายุ ปี เป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้พิการ พิการหูตึง สุขภาพยังแข็งแรง 86 พอประมาณ เดินเหินได้ แต่เป็นคนอารมณ์ดี ไม่ขี้บ่น ช่วยเหลือตัวเองได้ บางครั้งก็ช่วยงานในครอบครัวได้ งานเบาๆ ให้คำแนะนำลูกและหลาน แต่ก็มีบ้างที่พูดคนเดียวเพราะหูแกอาจแว่วได้ยินคนคุยด้วย แต่ก็พูดคุยเองเหมือนกับคนที่มาเที่ยวหาแต่ว่าพูดต่อด้วย แต่ความจำไม่ค่อยดีถามไปมาว่าเป็นลูกเต้าเหล่าใคร แต่คนดูแลก็ยังดีใจที่ยายมีอารมณ์ดี ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และยังชอบทำบุญ ชอบจะไปวัดและให้ลูกหลานพาไปส่ง ฉันนางใหม่เป็นผู้ดูแลยังยินดีต่อแม่ของฉันที่ไม่เป็นปัญหา ภาระในการดูแลของครอบครัว

เรื่องที่ 6
เรื่อง : เรื่องเล่าของนายน้อม แย้มทรัพย์

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (นางสุดาพร แย้มทรัพย์)
อ.บางแพ จังหวัดราชบุรี

เรื่องที่ประทับใจคือ นายน้อม ขึ้นรถบัสไปทำงานทุกเช้า นายน้อม เป็นคนแต่งตัวดูดี สุขภาพ เรียบร้อย และทุกๆ วัน กระเป๋ารถบัสหรือคนเก็บเงินในรถบัสเคยชอบเรียกนายน้อมว่า นายก เพราะนายน้อมแต่ตัวดูดี และทำอาชีพแบบกระสอบข้าวสาร คือเรียกนายน้อมอีกชื่อหนึ่งว่า นายก ยกกระสอบข้าว นายน้อมเลยประทับใจเรื่องนี้มาตลอด และเวลาที่นายน้อมเล่าให้ลูกๆ ฟัง นายน้อมจะมีความสุข และยืนหัวเราะตลอด

เรื่องที่ 7
เรื่อง : เรื่องเล่าจากผู้สูงอายุถึงความประทับใจในชีวิต และความสุข

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (นางอโณทัย หงส์งามวงศ์)
อ.บางแพ จังหวัดราชบุรี

ท่านประทับใจในการที่ท่านได้ไปไหว้พระที่อยุธยาที่ทางเทศบาลได้จัดไป โดยนำผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาลไปไหว้พระ ท่านมีความสุขมาก เพราะท่านอยากไปมากแต่ไม่มีโอกาสในเมื่อมีโอกาสท่านเลยตัดสินใจไปกับทางเทศบาล และทางเทศบาลได้พาผู้สูงอายุไปไหว้พระที่วัดพนัญเชิง วัดมงคลบพิตร และได้ไปเที่ยวที่ศูนย์ศิลปาชีพบางไทร ดูศูนย์ ภาค ได้รับประทานอาการร่วมกัน ได้สังสรรค์กันในหมู่ผู้สูงอายุ ท่านเล่าไป 4ก็ยิ้มไป ท่านบอกว่าไม่นึกว่าจะได้ไปในที่ๆ ท่านอยากไป ท่านนึกว่าท่านจะไม่ได้ไปเสียแล้ว และท่านก็ยังได้ซื้อของฝากติดไม้ติดมือมาฝากหลานๆ ที่บ้านด้วย ท่านว่าท่านมีความสุขมาก

ความต้องการการดูแลของท่านคือ ท่านอยากให้หลายอยู่ใกล้ชิดเอาใจใส่ ว่างๆ ก็พาท่านไปเที่ยวเปิดหูเปิดตาบ้างในยามที่ท่านยังมีแรงอยู่ก่อนที่ท่านจะไปไหนไม่ไหว

เรื่องที่ 8
เรื่อง : ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (นางพรใจ แสงพรมชาลี)
จังหวัดสกลนคร

ผู้สูงอายุมีความต้องการให้ลูกหลานเอาใจ ให้เอาสิ่งของมาฝาก ถึงแม้จะมีราคาน้อยก็ดีใจ เวลาวันสำคัญต่างๆ ให้ลูกหลานมาหา หรือว่ามาหาไม่ได้ก็ให้โทรมา ผู้สูงอายุบางคนก็อยากให้อสมพาไปหาหมอ ให้ อส. ไปดูแลให้กำลังใจ.เอาใจเหมือนกับลูกหลาน เวลาป่วยไม่สบายอยากให้อสม .ม

เรื่องเล่าของนายเจริญ กรจักร อายุ 64 ปี มีลูก 1 คน ลูกแกก็ทิ้งหลานไว้ให้ 2 คน ดิฉันได้ไปหานายเจริญที่บ้าน ถามไถ่ว่าสบายดีไหม นายเจริญตอบอะไรไม่ได้ เพราะสมองแกไม่รับรู้อะไร ดิฉัน อสมก็พาไปหา. ก็พาไปทำบัตร.หมอและขอให้หมออกใบรับรองแพทย์ให้เพื่อขอทำบัตรคนพิการให้ คุณหมอก็รับรองให้ ดิฉันอสมคนพิการที่พัฒนาสังคมและมนุษย์ หลังจากได้บัตรคนพิการแล้ว ดิฉันพาไปยื่นขึ้นทะเบียนคนพิการที่อบต . ก็รับขึ้นทะเบียนให้ นางอุทัย กรจักร ซึ่งเป็นภรรยาก็ดีใจ เพราะว่าไม่มีใครมาดูแล ดิฉันก็มีความสุข.เจ้าหน้าที่อบตเหมือนกันที่ได้มาดูแลมาคุยกับเขา มันเป็นความสุขทางจิตใจที่ได้ช่วยเหลือคนด้อยโอกาส

ดิฉันประทับใจนางอุทัย จากสีหน้าครั้งแรกพบเหมือนคนสิ้นหวัง แต่พอดิฉันเข้าไปช่วยเหลือแล้วมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีความหวัง และมีกำลังใจจะเลี้ยงหลานต่อไป

เรื่องที่ 9
เรื่อง: ต้นไม้แห่งชีวิต พิชิตโรค

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา

บ้านของฉันตั้งอยู่ที่ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พ่อกับแม่ของฉันมีอาชีพทำนา เป็นงานหลัก ส่วนฉันพักอาศัยอยู่กับท่าน มีอาชีพทำงานโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในตัวจังหวัด ประมาณปี พ.ศ.2546 พ่อกับแม่ของฉันเริ่มบอกกับฉันว่ามีอาการปวดเมื่อยทำงานไม่คล่องตัว ท่านจึงให้ฉันทำนาแทนท่าน ส่วนท่านเองคอยดูแลให้คำปรึกษา จึงทำให้ฉันรู้ว่าการทำนาไม่ง่ายอย่างที่คิดไว้ ช่วงนี้พ่อมีอาการหงุดหงิดบ่อยมาก เนื่องจากไม่ได้ทำอะไร เพราะท่านเป็นคนขยันทำงาน ฉันจึงคุยกับแม่ว่าจะปลูกพืชผักสวนครัวให้พ่อช่วยปลูก รดน้ำ พรวนดิน พอเริ่มปลูกต้นไม้พ่อมีอาการดีขึ้นมาก ไม่บ่น ไม่หงุดหงิดมีความตั้งใจที่จะปลูกต้นไม้มากขึ้นตอนแรกจะปลูกไว้กินในครัวเรือน แต่พืชผักสวนครัวมีจำนวนมากจึงต้องแบ่งไปขายโดยมีพ่อค้ามารับซื้อถึงบ้าน มีรายได้ประมาณเดือนละ 1, 000–2,บาท ทำให้พ่อกับแม่มีความสุขมา เมื่ 000อประมาณปี มีข่าวน้ำท่วมว่าน้ำจะมาทางอำเภอบางน้ำ 2554 เปรี้ยว ทำให้ท่านมีความวิตกกังวล และเป็นไปตามที่คาดการณ์ น้ำเริ่มไหล่บ่ามาจากแม่น้ำนครนายก แม่น้ำปราจีนบุรี แม่น้ำบางปะกงและมวลน้ำที่ผันมาจากคลองระพีพัฒน์เข้ากรุงเทพมหานคร สู่คลองแสนแสบลงที่คลองบางขนาก เมื่อวันที่ 20 เวลา 2554 ตุลาคม 12.สถานการณ์น้ำท่วมในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว เริ่มเข้าสู่ .น 12 ช่วงวิกฤตโดยเฉพาะ ตำบลโยทะกา ตำบลบางขนาก ตำบลบึงน้ำรักษ์ ตำบลดอนฉิมพลีและตำบลดอนเกาะกา 2 หลังปริมาณน้ำเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในบางจุดกว่า-เมตร และที่บ้านของฉันก็เช่ 3นกัน น้ำท่วมประมาณหัวเข่าทำให้ต้นไม้และพืชผักสวนครัวที่พ่อกับแม่ช่วยกันปลูกเสียหายอย่างหนัก พ่อมีอาการเมอลอยบ้าง วิตกกังวล เคลียดบวกกับพ่อเป็นโรคถุงลมโปร่งพองเหนื่อยง่ายจึงต้องพ่นยาบ่อยบ้านกับโรงพยาบาลก็ไกลทำเอาทุกคนในบ้านไม่สบายใจ พ่อ อาการหนักขึ้นเรื่อยๆจนถึงขั้นหนีออกจากบ้านเลย ฉันไปปรึษาหมอโสเรื่องของพ่อท่านก็มาที่บ้านและให้คำแนะนำเป็นอย่างดี ตอนนี้พ่ออายุ 79 ปี มีบัตรผู้พิการทางสมอง หลังจากรับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร พ่ออยู่แบบสบายมากกินและนอน ไม่เรื่องมาก ฉันกะแม่คอยดุแลอาหารและยาของพ่อที่ต้องกินทุกวัน ตอนนี้บ้านของฉันปกติดี ขอบคุณนะคับหมอโส แห่ง รพสต โพรงอากาศ

เรื่องที่ 10
เรื่อง : ความสุขและความประทับใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
รพ.สต.โพรงอากาศ จ.ฉะเชิงเทรา

การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องง่ายเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความอดทนสูงพอสมควร ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องดูแลว่าแกชอบอะไร และไม่ชอบอะไร ต้องการแบบไหน เราต้องปรับตัวเข้าหาแก พูดคุยถามโน่นนี่นั่น และตอบคำถามทุกคำถาม เท่านี้ก็สุขใจแล้วสำหรับผู้สูงอายุ การที่ลูกหลานอยู่ใกล้นี่คือความสุขอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะภูมิใจตัวเองเมื่อทำสิ่งนั้นสำเร็จด้วยมือของตัวเอง แกจะจำไม่ลืมแล้วจะเล่าอยู่เสมอ เช่นเรื่อง การได้ออกกำลังกายด้วยท่าโยคะครบจำนวนครั้งที่กำหนดให้ แกก็ดีใจเราก็จะคอยให้กำลังแก และพาไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ แกก็ดีใจที่มีโอกาสได้มาอีก ลูกหลานเป็นขวัยและกำลังใจที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุทุกท่าน

เวลาปวดเมื่อยก็บีบนวดลงลูกประคบให้เห็นผู้สูงอายุมีความสุข ผู้ดูแลก็สุขใจ และก็ภูมิใจตัวเองที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข บาครั้งก็เล่าเรื่องตลกให้ฟัง เป็นเรื่องเล่าของพระเทพฯ วันหนึ่งพระเทพฯท่านเสด็จไปเยี่ยมตลาดสดแห่งหนึ่งทอดพระเนตรเห็นแม่ค้าขายปลาช่อนตัวใหญ่ ท่านก็ทรงถามว่า ปลานี่ขายอย่างไรหรือ แม่ค้าก็ตกใจไม่คิดว่าท่านจะทรงถาม แม่ค้าก็ตอบไปว่าเอ่อตัวที่สวรรคตแล้วนั่นน่ะโลละ 60 เพค 80 เพคะ ตัวที่เสด็จไปเสด็จมานั่นน่ะโลละะ เรื่องเล่าอีกหนึ่งเรื่องก็คือเรื่องหนีตำรวจ วันหนึ่งคุณยายได้ไปเล่นไพ่กับเพื่อนๆก็คุยกันในวงไพ่ว่าตำรวจมาจะไปไหนกันดี ยายก็เอ่ยขึ้นมาว่าฉันก็วิ่งซิ พอตำรวจมาเข้าจริงๆวิ่งหนีลงเรือ พายใหญ่เลย เซือกก็ยังไม่ได้แกะตำรวจก็เลยแก้ให้แล้วก็ลงไปช่วยพาย พอยายหันมาเห็นตำรวจก็โดดลงน้ำเกือบเอาชีวิตไม่รอด

เรื่องที่ 11
เรื่อง : ความรักของแม่

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อ. ระโนด จังหวัดสงขลา

ผู้สูงอายุก็เหมือนการกลับมาเป็นเด็กอีกครั้ง ต้องการความรัก ความเข้าใจ เอาแต่ใจตัวเอง ข้าพเจ้ามีพี่น้อง คน 4ข้าพเจ้าเป็นลูกคนสุดท้อง ไม่แต่งงาน มีพี่สาว คน แต่งงานมีครอบครัวแล้วทั้งหมด 1 คน และพี่ชาย 2 พี่สาวคนโตทำงานอยู่กรุงเทพ พี่สาวคนรองอยู่บ้านใกล้ๆกับแม่ พี่ชายคนที่สามอยู่บ้านในระแวกใกล้เคียงมีแม่อายุ ปีข้าพเจ้าทำงานเสริมสวยอยู่ 15 ปี ก่อนหน้าหน้าที่ 70 ที่กรุงเทพ โดยก่อนหน้าที่ข้าพเจ้าอยู่บ้าน ทำอาชีพเกษตรกรรมกับที่บ้านมาตลอด แล้วข้าพเจ้าก็คิดว่าอาชีพเกษตรกรรมมันสร้างรายได้ให้ข้าพเจ้าน้อย ข้าพเจ้าเลยเอาเงินที่เก็บไว้ ส่งตัวเองเรียนเสริมสวยจนจบ แล้วได้โอกาสมีพี่ที่เรียนเสริมสวยด้วยกันชวนให้ขึ้นมาทำงานเสริมสวยที่กรุงเทพ ข้าพเจ้าสนใจ แต่พ่อกับแม่ขัดค้านไม่ยากให้ไป บอกว่ากรุงเทพใครมาแล้วก็อยู่ถาวรไม่ค่อยกลับบ้าน แต่ตัวข้าพเจ้ายากให้ประสบการณ์ เลยไม่เชื่อคำคัดค้านของพ่อกับแม่ ข้าพเจ้าทำงานจนมีเงินเก็บมากพอแล้วคิดว่าจะอยู่กรุงเทพนี้ไปตลอด จนเหตุการณ์ที่เลวร้ายก็ได้เกิดขึ้นกับตัวข้าพเจ้า พ่อซึ่งเป็นที่รักของคนในครอบครัว ได้จากไปอย่างไม่มีวันกลับ ด้วยโรคร้าย ทำให้ข้าพเจ้าต้องตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตัวเองครั้งยิ่งใหญ่ เนื่องจากข้าพเจ้าไม่มีครอบครัว ไม่มีลูก พี่ๆน้องๆก็มีครอบครัวกันหมดแล้ว ข้าพเจ้ายังโสดอยู่ และด้วยเป็นห่วงแม่ต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง ข้าพเจ้าเลยตัดสินใจกลับบ้านมาอยู่กับแม่ และเปิดร้านเสริมสวยเล็กๆขึ้นด้วยเงินเก็บที่มีมากพอที่จะเปิดร้านเล็กๆได้

ข้าพเจ้าเปิดร้านเสริมสวยทุกวัน โดยไม่มีวันหยุด ยกเว้นช่วงเทศกาลที่จะหยุด บ่อยครั้งที่ข้าพเจ้าทะเลาะกับแม่ในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง เพราะแม่ของข้าพเจ้าอายุก็เยอะ แล้วยังป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันอีกด้วย เวลาทำอาหารให้กินแก่ก็จะป่นว่ากินไม่ได้ หมอห้าม แก่ไม่รู้บ้างเหรอว่าแม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หมอห้ามกินของหวาน แม่ของข้าพเจ้าถ้าหมอห้ามกินอะไรแก่จะไม่กินเลย อยู่มาวันหนึ่งเราทะเลาะกันหนักมาก แล้วประจวบกับข้าพเจ้าต้องไปทำธุระที่กรุงเทพ ข้าพเจ้าได้เพียงบอกแก่ว่าจะไปกรุงเทพแต่ไม่ได้บอกว่าจะไปกี่วัน หลังจากข้าพเจ้าไปกรุงเทพได้สองวันพี่สาวคนโตข้าพเจ้าโทรมาบอกว่า แม่นอนร้องทุกคืน คิดถึงแก่ แก่กลับมาบ้านได้แล้ว แม่แก่หาว่าแก่หนีไปกรุงเทพไม่ยอมกลับมาอยู่กับแก่แล้ว แต่ข้าพเจ้าได้บอกพี่สาวคนโตไปว่าข้าพเจ้ามาทำธุระแค่ อาทิตย์เดี่ยวเอง เสร็จธุระก็กลับไปอยู่บ้านเหมือนเดิม

3 วันผ่านไปข้าพเจ้าได้กลับไปบ้าน ข้าพเจ้ากลับถึงบ้านประมาณ ตี ได้แล้ว 1พอกลับถึงบ้านสิ่งที่เห็นคือบ้านยังเปิดไฟอยู่ แม่ยังนั่งรอข้าพเจ้าอยู่หน้าบ้าน แม่ถามข้าพเจ้าคำถามแรกว่ากินข้าวแล้วยัง แม่

ทำกับข้าวไว้ให้แล้วกลัวลูกหิวเป็นคำถามแรก แล้วข้าพเจ้าก็ได้เข้าไปกอดแม่ พร้อมกับคำพูดว่ารักแม่นะ ซึ่งก่อนหน้านี้ข้าพเจ้าไม่กล้าจะพูดออกมา ได้แต่คิดในใจตลอดว่าแม่รักพี่สาวคนที่อยู่กรุงเทพมากกว่า เพราะ เวลาพี่สาวและครอบครัวกลับมา แม่จะแสดงอาการดีใจออกมา พี่สาวทำอะไรให้กิน แม่ก็ไม่เคยแม่แต่จะบ่น พี่สาวสั่งให้ทำอะไร แม่ก็ทำตามอย่างเคร่งครัด ผิดกับข้าพเจ้าแม่ไม่แค่ไม่ทำตาม ยังมีบ่นพร้อมด่ามาอีกต่างหาก พอมาวันนี้ถึงรู้ว่าคนที่อยู่ด้วยกันทุกวันความรู้สึกจะต่างจากคนที่อยู่ไกล แต่ความรักความผูกพันของแม่ที่มีให้ลูกเหมือนกันทุกคน แค่การแสดงออกของคนที่อยู่ใกล้และไกลจะแตกต่างกัน แต่ทุกวันนี้ที่ข้าพเจ้าอยู่กับแม่ทุกวันเราเข้าใจกันมากขึ้น แต่ก็ยังมีการทะเลาะกันบ้าง แต่ข้าพเจ้าก็เข้าใจแม่แก่มากขึ้น พยายามไม่คิดอะไรมาก

เรื่องที่ 12
เรื่อง : ความหลังไม่รู้ลืม..ฝังใจ..

ผู้เล่าเรื่อง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อ. ระโนด จังหวัดสงขลา

การดูแลผู้ป่วยให้หายป่วย ดูแลผู้ได้รับความเจ็บปวดทรมานให้ปวดทรมานน้อยลงหรือหายเจ็บปวด ดูแล/ผู้พิการให้ดีขึ้นหรือพิการน้อยลง เป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส แม้จะมีสหสาขาวิชาชีพเข้ามาช่วยดูแลด้วยใจและทุ่มเทให้กับผู้ป่วย อย่างดีแล้วก็ตาม แต่ใครเล่าจะเข้าใจ และดูแลผู้ป่วยได้ดีเท่าคนในครอบครัว

คุณยายแดง นามสมมุติ วัย 67 ปี อยู่ด้วยกันกับสามี วัย ปี ทั้งคู่มีร่างกาย 50 ปี มาร่วมเกือบ 70 แข็งแรง ขยันทำงานทั้งงานปลูกผัก ขายผัก เลี้ยงไก่ มักจะไปไหนมาไหนคู่กันเสมอ ทั้งงานบุญ งานบวช และงานในหมู่บ้าน เป็นที่รักของลูกหลานในชุมชน มีลูกสาว คน 2 คน รับราชการต่างจังหวัด 5 ลูกชาย - ทำงานและพักใกล้ๆบ้านพ่อคน ใครๆต่างกล่าวชมเชยสุขภาพของคุณยายแดง เนื่องจาก ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงหรือ 3 แม่ อีก-ต้องเข้าโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยเลย

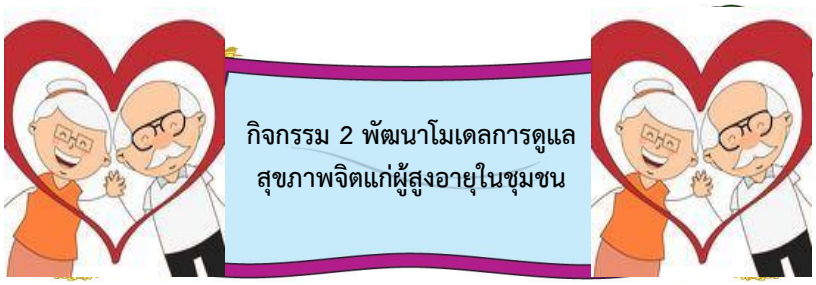
ที่ผ่านมา เรื่องที่ไม่คาดคิดก็เกิดขึ้นกับคุณยายแดงเมื่อ อยู่ๆ คุณยายมีอาการแขนขา 2550 เมื่อ ปีใหม่ อ่อนแรงด้านซ้ายหลังจากตื่นนอนและพูดไม่ชัด ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ หมอบอกว่า“คุณยายเป็นอัมพฤกษ์ครับ” ยายรู้สึกเสียวว่าบไปในหัวใจ และกลัวอนาคตข้างหน้าว่าจะอยู่อย่างไร จะเป็นภาระให้ลูกหลานจนกว่าจะตายขนาดไหน ทำให้คุณยายแดงจากที่เคยเป็นคนช่างเจรจา กลายเป็นคนพูดน้อย กินอาหารได้น้อย สีหน้าซึมเศร้า เป็นเรื่องที่ทำให้ลูกหลานเป็นห่วงและกังวลใจมาก แต่มีภาวะต้องไปทำงานตามหน้าที่ที่รับผิดชอบทิ้งให้ยายตา อยู่ด้วยกันตามลัง โดยมีลูกสาวคนเล็กคอยมาดูแลเรื่องอาหารการกิน อาบน้ำแต่งตัว และหาสมุนไพร-ตามที่ได้รับคำแนะนำมาให้กิน รวมทั้งมีมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลและอนามัยมาเยี่ยม แนะนำ สาธิตการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพให้แก่คุณตาบ่อยครั้งแต่คุณยายก็ยังไม่ดีขึ้น

ที่มาให้การดูแลคุณยายแดงตั้งแต่ (อยู่บ้านใกล้ๆ) วันหนึ่งก้อยซึ่งเป็นลูกสาวคนเล็กของคุณยายแดงวัน และได้รับความรู้ 2 หลังจากออกจากโรงพยาบาลได้เข้าฝึกอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน จำนวนคำแนะนำในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่นอนติดเตียงที่บ้าน พบว่า การสร้างกำลังใจ การสร้างแรงใจให้ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ก้อยจึงเสียสละเวลาในครอบครัวตนเองมากขึ้นในช่วงกลางวันมาอยู่เป็นเพื่อน มาเล่านิทาน มาชวนพูดคุยเรื่องราวความเก่งกาจของคุณยายในอดีต จนในสัปดาห์แรก คุณยายเริ่มพูดคุยมากขึ้น และก้อ 2ยยังได้รู้จักเครือข่ายผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นจากการไปอบรมในครั้งนั้น เลยเชิญชวนทั้งญาติและผู้ป่วยที่มีปัญหาเคยเป็นโรคอัมพฤกษ์อัมพาติที่สามารถเดินได้แล้ว มาพูดคุยให้กำลังใจคุณยายมากขึ้น และลแล้วเหมือนปาฏิหาริย์เกิดขึ้นกับคุณยาย คุณยายมีแรงใจในการดูแลตนเอง สนใจดูแลตนเอง ออกกำลังกายแขนขามากขึ้น จนสามารถ นั่ง ยืน และเดินเกาะราวได้ตามลำดับ นอกจากนี้ฉันก็ได้พยายามสื่อสารความสำคัญในการฟื้นฟูด้านจิตใจให้แก่แม่แดงโดยการเชิญชวนชักจูงให้พี่ๆของฉันกลับมาบ้านเพื่อมาดูแลให้กำลังใจมาสนใจดูแลสุขภาพใจคุณยายแดงให้กลับมา/แข็งแรงเหมือนเดิม ผลพลอยได้ที่พี่ฉันกลับมาดูแลแม่พ่อ คือพี่ฉันมีรถสามารถพาแม่ไปบีบ นวด อบสมุนไพรมาก-

ขึ้น ทำให้ฉันสังเกต เห็นว่า“ฉันได้แม่แดงคนที่เคยแข็งแรง กลับคืนมาเหมือนเดิมแล้ว” และในวันที่ฉันดีใจที่สุด ก็คือ วันสงกรานต์ เมื่อ ปีที่ผ่านมาที่ลูกหลานมากั 2นเต็มบ้านและแม่ขอเดินได้เองโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า เดินโชว์ลูกหลาน รอบ แล้วถามทุกคนว่า 5“ แม่เก่งมั๊ย” ภาพนั้นทำให้ฉันซาบซึ้งจนกลั้นน้ำตาไว้ไม่ได้ ยิ่งแม่เรียกฉันไปนั่งใกล้ๆ ลูบหัวเบาๆ พร้อมกับพูดว่า “ ขอบใจน๊ะก้อย ขอบใจที่ทำให้แม่มีวันนี้อีกครั้งหนึ่ง”

ทุกวันนี้แม่แดงสามารถเดินได้เอง อยู่กัน คนตายายเหมือนเดิม แต่ทุกเทศกาล ที่บ้านแม่แดงจะเต็มไป 2 ยาย และลูกๆหลานๆ เสมอ ทำให้ครอบครัวเรากลายเป็นครอบครัวที่มีความสุขทั้งกายและใจอีกครั้งหนึ่ง -ด้วยตา ซึ่งเป็นรางวัลแห่งความภาคภูมิใจที่สุดในชีวิตของฉันเลย

. ...นี่จริงๆเลยน๊ะ.. กายเป็นบ่าว..ใจเป็นนาย... ที่เขากล่าวว่า..



วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนโมเดลการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นระบบ

ระยะเวลา **2 ชั่วโมง 30 นาที (**11.00 – 12.00 และ 13.00 – 14.30 น.)

อุปกรณ์

- แผ่นภาพโมเดลระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชน
- กระดาษ Filp Chart แผ่นใหญ่
- ปากกาเมจิก

วิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร

กลุ่ม	วิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร
กลุ่มที่ 1 จังหวัดราชบุรี	1. รศ.ดร.ดุษฎี 2. นายวีรพงษ์
กลุ่มที่ 2 จังหวัดน่าน	1. อ.ดร.ฐาศุกร์ 2. อ.ดร.ภิญญาพันธ์
กลุ่มที่ 3 จังหวัดฉะเชิงเทรา	1.อ.ดร.นิยะดา 2.ผศ.ธีระชน 3.นางสาวณภัทรรัตน์
กลุ่มที่ 4 จังหวัดสกลนคร	1.อ.ดร.ครรชิต 2.อ.อารยา
จังหวัดที่ 5 นครราชสีมา	1.อ.ดร.นฤมล 2.อ.ดร.มณฑิรา 3.นางสาวปานรดา

ขั้นการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรแนะนำกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

2. วิทยากรนำเสนอแผ่นภาพโมเดลระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชน พร้อมทั้งอธิบายความหมายของสัญญาลักษณ์ในโมเดล เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทบทวนโมเดลระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวลในชุมชน โดยวิทยากรตั้งคำถามปลายเปิด ดังนี้

2.1 ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพิจารณาเส้นความสัมพันธ์และกิจกรรมระดับสังคม แล้วต้องการจะเพิ่มรายละเอียด/กิจกรรม หรือลดเส้นความสัมพันธ์/กิจกรรม อะไร อย่างไร

2.2 ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพิจารณาเส้นความสัมพันธ์และกิจกรรมระดับชุมชนแล้วต้องการจะเพิ่มรายละเอียด/กิจกรรมหรือลดเส้นความสัมพันธ์/กิจกรรม อะไร อย่างไร

2.3 ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพิจารณาเส้นความสัมพันธ์และกิจกรรมระดับครอบครัวแล้วต้องการจะเพิ่มรายละเอียด/กิจกรรมหรือลดเส้นความสัมพันธ์/กิจกรรม อะไร อย่างไร

3. วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนความคิดและระดมสมองเกี่ยวกับการวางแนวทางการปฏิบัติงานและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน และเขียนแผนผังการปฏิบัติงานและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 วิทยากรแบ่งสมาชิกกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพยาบาล กลุ่มอสม/จิตอาสา และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.2 วิทยากรให้กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มอสม กลุ่มพยาบาล ตามลำดับพิจารณาเส้นความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและกิจกรรมที่ต้องการจะวางแนวทางการปฏิบัติงานและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุเพื่อนำไประดมสมองและเขียนแผนผังการปฏิบัติงานและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม และรายชื่อผู้ที่รับผิดชอบ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. หลังจากนั้นวิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกินกรรมนำเสนอเขียนแผนผังการปฏิบัติงานและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น ในขั้นตอนนี้ วิทยากรทำหน้าที่สรุปและสะท้อนสิ่งที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำเสนอ และตั้งคำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นเพื่อให้แผนผังการปฏิบัติงานและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชนมีความชัดเจนมากที่สุด

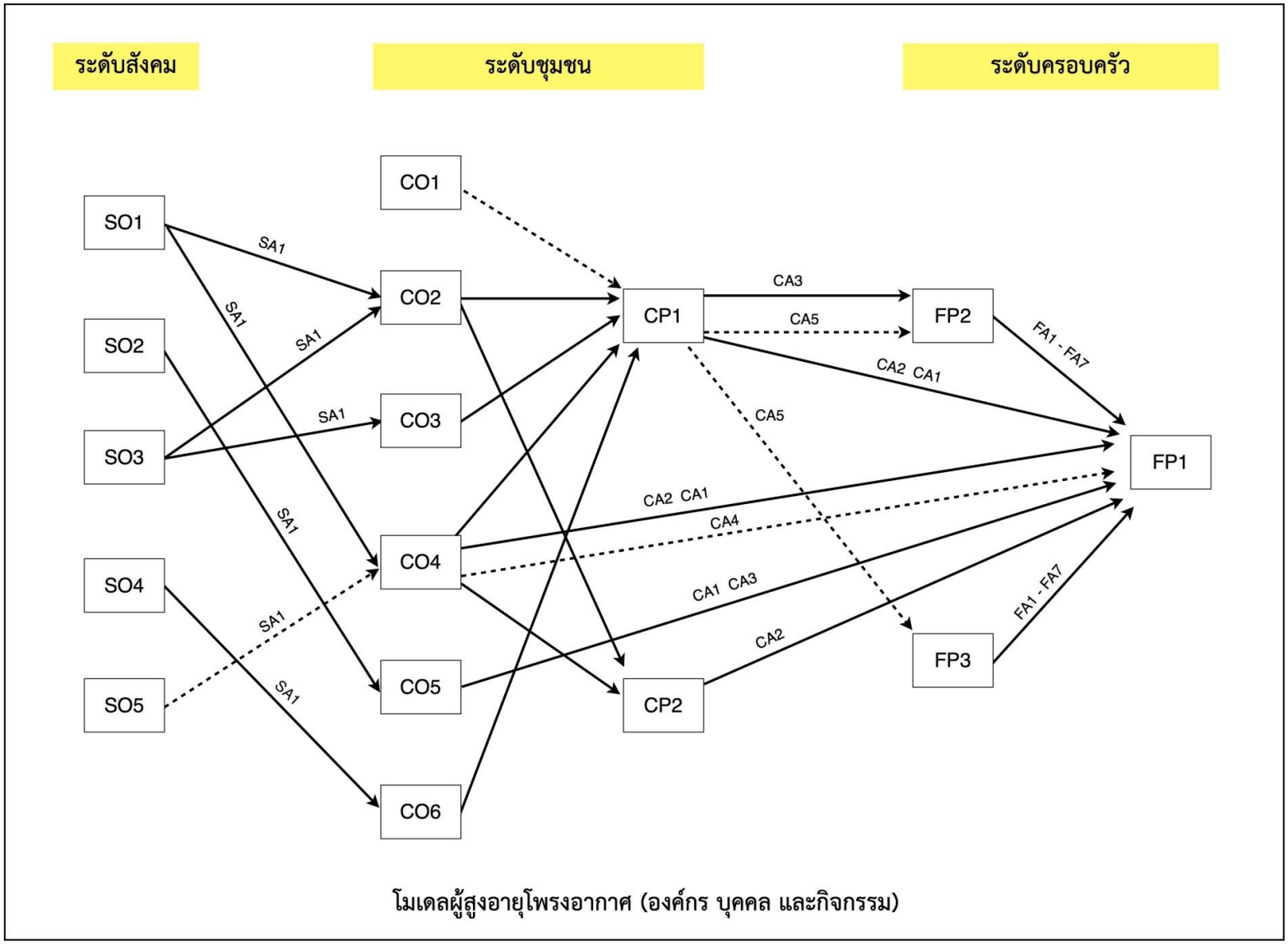
ขั้นสรุปกิจกรรม

วิทยากรสรุปแนวทางการปฏิบัติและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองและให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสะท้อนความคิด ความรู้สึก ที่จะนำแนวทางการปฏิบัติและวิธีการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุพี่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชนอย่างไรหลังจากจบกิจกรรม

โมเดล

รูปแบบและกลไกการดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

1. จ.ฉะเชิงเทรา



โมเดลผู้สูงอายุโพรงอากาศ (องค์กร บุคคล และกิจกรรม)

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ โพรงอากาศ

โมเดลนี้แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ คนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มทำกิจกรรมเหมือนกันคือ สังสรรค์/พูดคุยในครอบครัว (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) ทำบุญ ปฏิบัติธรรม (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) เลี้ยงหลาน/เล่นกับเด็ก (FA5) พาท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ (FA6) เล่าเรื่องตลก/ดูรายการบันเทิง (FA7)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ทั้งนี้กลุ่มประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ รพ.สต. (CO2) รพ.จังหวัด (CO3) อบต. (CO4) กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน (CO5) กศน. (CO6) และบุคคลประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ อสม./อผส.(CP1)และเจ้าหน้าที่ อปท. (CP2)

2.1กลุ่มที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อบต. (CO4) และ กศน. (CO6) กิจกรรมที่ อบต. (CO4) ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) และ ให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ (CA2) และกิจกรรมที่ กศน. (CO6) ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) และ กิจกรรมให้ความรู้ (CA3)

2.2 กลุ่มที่ทำกิจกรรมผ่าน อสม./อผส.(CP1) คือ รพ.สต. (CO2) รพ.จังหวัด(CO3) อบต. (CO4) กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน (CO5) และ กศน. (CO6) โดยกิจกรรมที่ทำมากเรียงตามลำดับคือ ให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ (CA2) และกิจกรรมให้ความรู้ (CA3)

2.3 กลุ่มที่ทำกิจกรรมผ่าน เจ้าหน้าที่ อปท. (CP2) คือ รพ.สต. (CO2) อบต. (CO4) กิจกรรมที่ทำคือ ให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ (CA2)

โดยสรุปกิจกรรมที่ ผู้สูงอายุได้รับจากชุมชนมากที่สุดคือ คือการให้งบประมาณและเบี้ยยังชีพ (CA2) รองลงมาคือ การให้ความรู้ (CA3) และสุดท้ายคือ การทำกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมมีจำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย รัฐบาล (SO1) กระทรวงศึกษาธิการ (SO2) สาธารณสุขจังหวัด (SO3)และ สปสช. (SO4) ทุกกลุ่มไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุโดยตรง

3.1 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน รพสต.(CO2) ประกอบด้วย รัฐบาล (SO1) และ สาธารณสุขจังหวัด (SO3) กิจกรรมทั้งหมดเป็นเรื่องของการให้สวัสดิการและงบประมาณ (SA1)

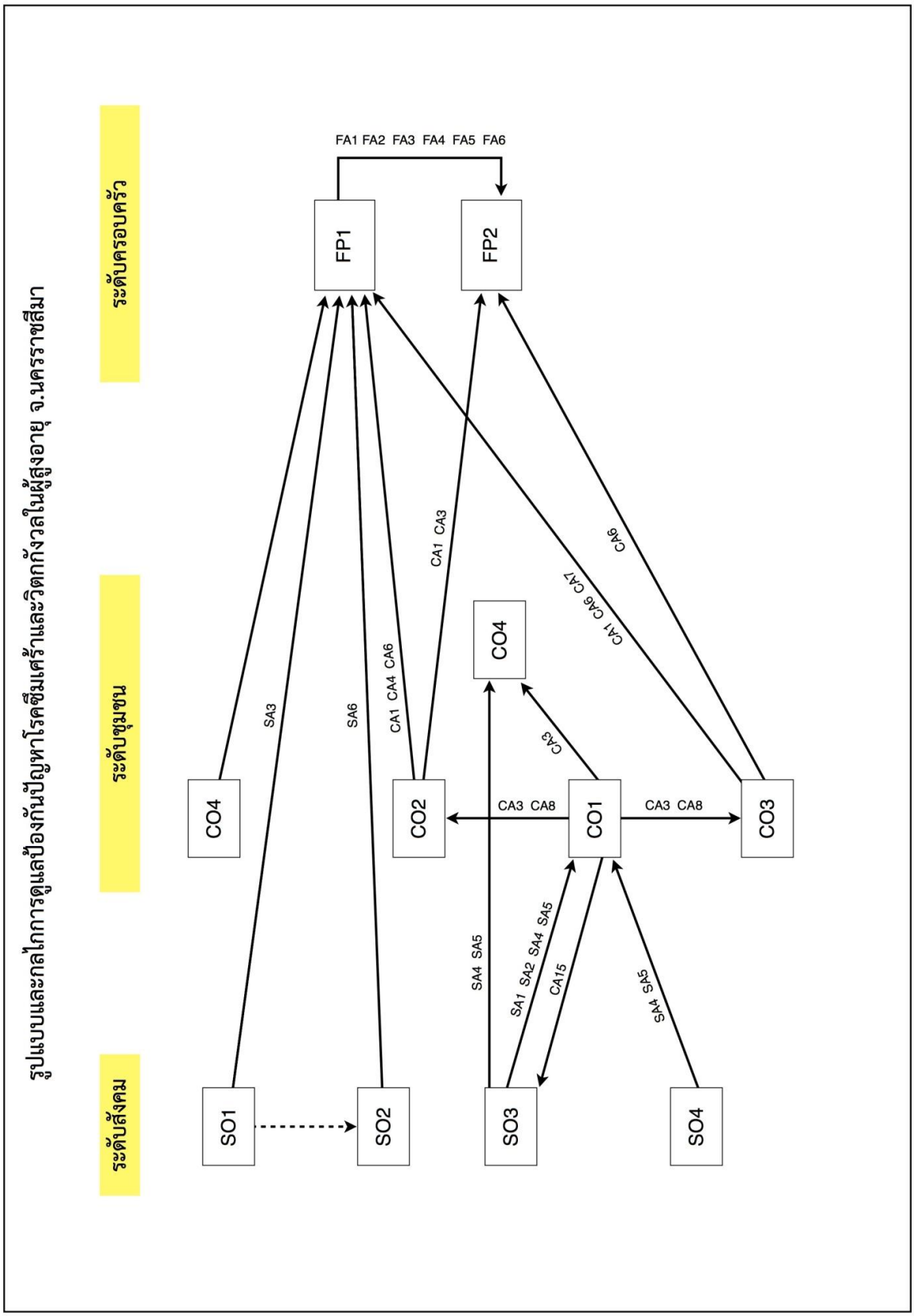
3.2 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน รพ.จังหวัด(CO3) อบต. (CO4) กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน (CO5) และ กศน. (CO6) แห่งละ 1 กิจกรรมคือ การให้สวัสดิการและงบประมาณ (SA1)

โดยสรุปองค์กรในสังคมไม่มีกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ แต่ทำผ่านองค์กรในชุมชนและเป็นกิจกรรมที่เหมือนกันคือการให้สวัสดิการและงบประมาณ (SA1)

ในอนาคตทีมงานของโพรงอากาศมีความตั้งใจที่จะเพิ่มองค์กรทางสังคม 1 องค์กร คือกระทรวง พม. (SO5) โดยการให้สวัสดิการและงบประมาณ (SA1)ไปยังอบต. (CO4) เพื่อทำกิจกรรม อบรมรมอาชีพเสริม (CA4)และเพิ่ม องค์กรในโรงเรียน 1 องค์กรคือ โรงเรียนวัดญาณรังษาราม (CO1)โดยต้องการเพิ่มกิจกรรมคือ กิจกรรมสอนนวดผ่อนคลายในครอบครัว (CA5)

นอกจากนี้ในอนาคต ทีมงานโพรงอากาศต้องการเพิ่มกิจกรรมที่ อสม./อผส.(CP1) ทำกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(FP2) และคนในครอบครัว (FP3) คือกิจกรรมสอนนวดผ่อนคลายในครอบครัว (CA5)

2. จ.นครราชสีมา


รูปแบบและกลไกการดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ จ.นครราชสีมา
ระดับครอบครัว
ระดับชุมชน
ระดับสังคม
FA1 FA2 FA3 FA4 FA5 FA6
FP1
FP2
CO4
CO2
CO1
CO3
CO4
SO1
SO2
SO3
SO4
SA3
SA6
CA1 CA4 CA6
CA1 CA3
CA6
CA1 CA4 CA7
CA3
CA3 CA8
CA3 CA8
SA4 SA5
SA1 SA2 SA4 SA5
CA15
SA4 SA5

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ จ.นครราชสีมา

จากโมเดลระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวล จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้ ระกับสังคม (SO) ระดับชุมชน (CO) และระดับครอบครัว/บุคคล (FP) อธิบายความสัมพันธ์ในแต่ละระดับได้ ดังนี้

1. ระดับบุคคล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ใน (FP1) และผู้ดูแล /ครอบครัวผู้สูงอายุ ใน (FP2) ที่มีกิจกรรมทำร่วมกันเป็นการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การพบปะพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว (FA1) ทำกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การไปทำบุญ การปฏิบัติธรรม (FA2) เลี้ยงหลาน (FA3) ท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ(FA5) ดูโทรทัศน์ร่วมกัน (FA6) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีระดับชุมชน คือ ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ศูนย์กลางประสานงานกับระดับสังคม ได้แก่ 1) สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา (SO1) 2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO2) 3) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (SO3) รับนโยบายและการสนับสนุนมาดำเนินกิจกรรมเชิงรุกให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว

2. ระดับชุมชน คือ ระบบของหน่วยงานที่รับนโยบายและมีความใกล้ชิดกับระดับครอบครัวผู้สูงอายุ (FP1) และ ครอบครัว (FP2) ได้แก่ ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) อาสาสมัครประจาหมู่บ้าน/อสม (CO2) จิตอาสา (CO3) ชมรมผู้สูงอายุ (CO4) และ วัดป่าสาละวัน (SO5) โดยมีการดำเนินงานประสานงานและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังนี้

ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) มีหน้าที่รับนโยบายและเป็นแกนนำขับเคลื่อนงานการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกลไกการดำเนินงานที่สำคัญ คือ กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/อสม (CO2) จิตอาสา (CO3) ชมรมผู้สูงอายุ (CO4) และ วัด (SO5) โดยศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ให้การสนับสนุนในด้านวิชาการ ได้แก่การจัดกิจกรรมการอบรมการดูแลสูงอายุ (CA3) และกิจกรรมและเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ (CA8) ให้แก่ อาสาสมัครประจาหมู่บ้าน(CO2) และกลุ่มจิตอาสา (CO3) นอกจากนี้ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ดำเนินงานการคัดกรองโรคและสุขภาพจิต (CA4) โดยได้รับความร่วมมือจาก กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/อสม (CO2) จิตอาสา (CO3) ช่วยดำเนินการคัดกรองโรคและสุขภาพจิต นอกจากนี้ ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ยังดำเนินกิจกรรมส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคทางกายและมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชสีมา(CA15) โดยผู้สูงอายุจะไม่ต้องมารับใบส่งตัวจากศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวันซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างระบบดูแลระดับสังคมกับระบบชุมชน

กิจกรรมสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว คือ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (CA1) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแบบเชิงรุก โดยทีมในการเยี่ยมบ้านประกอบไปด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล กลุ่มอาสา นักจิตบาบัด นักสังคม นักกายภาพบาบัด อาสาสมัครประจาหมู่บ้าน จิตอาสา โดยเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในทุกมิติและผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าถึงบริการและให้การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง ตามระบบบริการปฐมภูมิ คือ ดูแลแต่แรกทุกเรื่อง/ดูแลต่อเนื่อง/ดูแลเบ็ดเสร็จ/ดูแลแบบผสมผสาน/บริการที่เข้าถึงสะดวก และมีระบบปรึกษาและส่งต่อ โดยมีศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน (CA1) ร่วมกับกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/อสม (CO2) กลุ่มจิตอาสา (CO3)

นอกจากนี้ กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน/อสม กลุ่มจิตอาสา (CO3) เป็นกลไกดำเนิน กิจกรรมออกกำลังกาย(CA6) ให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล และกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อ

ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว

ส่วนชมรมผู้สูงอายุ (CO4) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ในชุมชนที่มีความรู้ ความสามารถ และยังมีสุขภาพแข็งแรง รวมกลุ่มดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมจัดดอกไม้ (CA5) เยี่ยมบ้านพักคนชรา (CA9) กิจกรรมออกกาลังกาย(CA6) กิจกรรมทัศนศึกษา (CA14) ส่วนกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเอง (CA3) ชมรมผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ (CO4) ประสานขอความร่วมมือและสนับสนุนบุคลากร (SA5) และทรัพยากร ต่างๆ จากศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) และโรงพยาบาลมหาราชสีมา

ระดับชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและครอบครัวอีกกลุ่มหนึ่ง คือ วัด เป็นชุมชนที่มีความสำคัญเป็นสถานที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้สูงอายุและคนอื่นในชุมชน มีกลไกขับเคลื่อนกิจกรรมทางศาสนา คือ พระภิกษุ/แม่ชี เช่น กิจกรรมสวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญวันสำคัญทางศาสนา นอกจากนี้ พระภิกษุยังเข้าร่วมกิจกรรมเยี่ยมบ้านกับศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ในการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงสูงอายุในบางรายที่มีความท้อท้อทางจิตใจ/ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

3. ระดับสังคม คือ ระบบของหน่วยงานที่ให้นโยบายการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวล

ให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล ได้กล่าวถึงหน่วยงานระดับสังคม 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา (SO1) 2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO2) 3) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (SO3) และ 4) ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ (SO4) มีระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังนี้

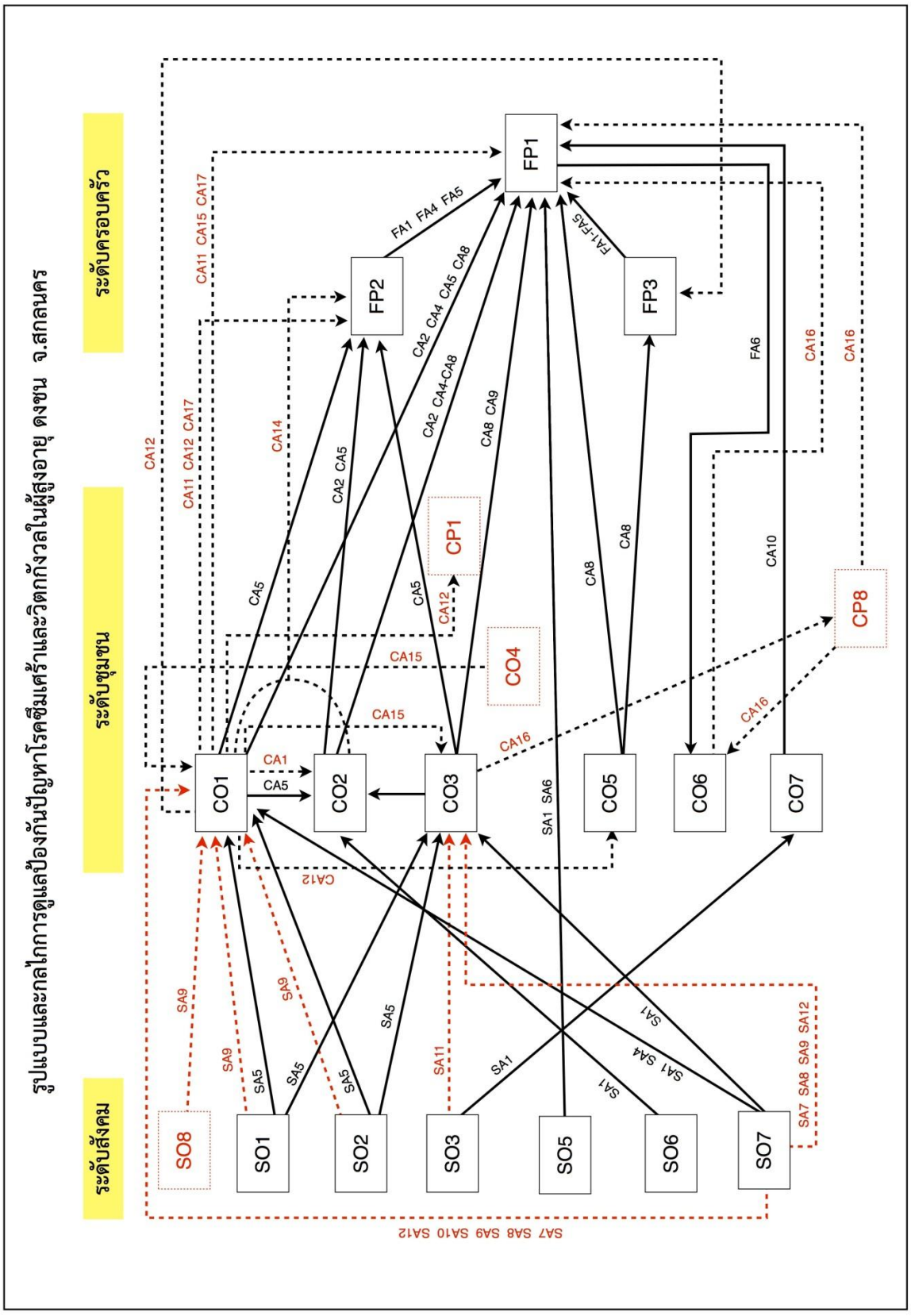
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (SO3) เป็นหน่วยงานระดับสังคมที่รับนโยบายสุขภาพและงบประมาณจากกระทรวงสาธารณะสุขไปสู่ชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมี ศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) เป็นเครือข่ายรับนโยบายและงบประมาณ ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับชุมชนเป็นระบบและกลไกไปบริหารจัดการงานตามนโยบายที่ได้รับ นอกจากนี้โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (SO3) ยังให้การสนับสนุนในด้านความรู้ทางวิชาการ (SA4) และการสนับสนุนบุคลากร (SA5) เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบาบัด อีกด้วย การสนับสนุนดังกล่าวก่อให้เกิดงานการดูแลผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary)

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO2) และ สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา (SO1) เป็นหน่วยงานระดับสังคมทำงานประสานกัน ในเรื่องการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น อวัยวะเทียม รถเข็น และอุปกรณ์อื่นที่มีความเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนการประสานงาน ดังนี้สำนักงานเทศบาลนครราชสีมารับเรื่องและดำเนินการแจ้งสิทธิผู้สูงอายุไปยังกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO2) ๆ ตรวจสอบและอนุมัติ อวัยวะเทียม รถเข็น และอุปกรณ์อื่นที่มีความเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (SA6) นอกจากนี้สำนักงานเทศบาลนครราชสีมา (SO1) เป็นหน่วยงานระดับสังคมที่รับผิดชอบดำเนินงานเรื่องสิทธิและจ่ายเงินเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ (FP1)

ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ (SO4) เป็นหน่วยงานระดับสังคม สนับสนุนเรื่องการให้ความรู้ต่างๆ (SA4) เช่น อาชีพอิสระ และความรู้ต่างที่ผู้สูงอายุมีความสนใจ โดยให้การสนับสนุน องค์ความรู้ และบุคลากร (SA5) โดยมีการดำเดินงานร่วมมือกับศูนย์การแพทย์วัดป่าสาสะวัน (CO1) ในการจัดกิจกรรมจัดดอกไม้(CA5) การสอนอาชีพอิสระ (CA12)

ในอนาคตกลุ่มผู้ให้ข้อมูลของนครราชสีมา มีความตั้งใจเข้าไปประสานงานขอความรู้มือจากโรงเรียน ซึ่งเป็นระดับชุมชม ให้โรงเรียนมีส่วนร่วมการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ผู้สูงอายุร่วมมีบทบาทในการเรียนการสอนนักเรียนเช่น ศิลปวัฒนธรรม ทักษะชีวิต การประกอบอาชีพอิสระ และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีระหว่างนักเรียนกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวของวัยที่ต่างกัน

3. จ.สกลนคร


รูปแบบและกลไกการดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ตงชน จ.สกลนคร
ระดับครอบครัว
ระดับชุมชน
ระดับสังคม
FP1
FP2
FP3
CP1
CP8
CO4
CO1
CO2
CO3
CO5
CO6
CO7
SO8
SO1
SO2
SO3
SO5
SO6
SO7
FA1 FA4 FA5
FA1-FA5
FA6
CA1
CA5
CA8
CA9
CA10
CA11 CA15 CA17
CA12
CA14
CA16
CA2 CA4 CA5 CA8
CA2 CA4-CA8
CA2 CA5
CA11 CA12 CA17
SA1 SA6
SA1
SA4
SA5
SA7 SA8 SA9 SA12
SA9
SA11
SA7 SA8 SA9 SA10 SA12

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ จ.สกลนคร

โมเดลนี้แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรม ส่งเสริม ป้องกันและแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ คนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มทำกิจกรรมคล้ายกันคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) ทำกิจกรรม ปลูกต้นไม้ ดายหญ้า (FA1) เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน (FA4) และเข้าวัดปฏิบัติธรรม (FA5) ส่วนคนในครอบครัว (FP3) ทำกิจกรรม ปลูกต้นไม้ ดายหญ้า (FA1) เดินไปส่งลูกหลานไปโรงเรียน (FA2) ทำอาชีพเสริมที่บ้าน (FA3) เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน (FA4) และเข้าวัดปฏิบัติธรรม (FA5)

ทั้งนี้ มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมย้อนกลับไปยังโรงเรียน (CO6) โดยตรงด้วย คือกิจกรรมผู้สูงอายุถ่ายทอดภูมิปัญญา (FA16)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ทั้งนี้กลุ่มประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ รพ.สต. (CO1) กลุ่ม อสม. (CO2) อบต. (CO3) วัด (CO5) โรงเรียน (CO6) อพม. (CO7) และบุคคลอีก 1 กลุ่ม คือหมอเหยา (CP1)

2.1กลุ่มที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รพ.สต. (CO1) กลุ่ม อสม. (CO2) อบต. (CO3) วัด (CO5) และ อพม. (CO7) โดยที่

กิจกรรมที่ รพ.สต. (CO1) ทำคือ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (CA2) จัดกิจกรรมสุขภาพ (CA4) อบรมให้ความรู้ (CA5) กิจกรรมตามประเพณี (CA8)

กิจกรรมที่ กลุ่ม อสม. (CO2) ทำคือ เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (CA2) จัดกิจกรรมสุขภาพ (CA4) อบรมให้ความรู้ (CA5) จัดกิจกรรมออกกำลังกาย (CA6) ธนาคารสุขภาพ (CA7) กิจกรรมตามประเพณี (CA8)

กิจกรรมที่ อบต. (CO3) ทำคือ กิจกรรมตามประเพณี (CA8) ธนาคารขยะ (CA9)

กิจกรรมที่ วัด (CO5) ทำคือ กิจกรรมตามประเพณี (CA8)

กิจกรรมที่ อพม. (CO7) ทำคือ งบกู้ยืม (CA10)

โดยสรุปกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับจากชุมชนมากที่สุดคือ คือ อบรมให้ความรู้ให้ผู้ดูแล (CA5) รองลงมาคือ กิจกรรมตามประเพณี (CA8) และลำดับสุดท้ายคือ งบกู้ยืม (CA10)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมมีจำนวน 6 กลุ่ม ประกอบด้วย สสจ. (SO1) สสอ. (SO2) กระทรวง พม. (SO3) สโมสรโรตารี (SO5) สสส. (SO6) สปสช. (SO7)

3.1 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ คือ สโมสรโรตารี (SO5) โดยกิจกรรมที่ทำคือ บริหารงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ (SA1) และ การฝังเข็ม (SA6)

3.2 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน รพ.สต. (CO1) และ กลุ่ม อสม. (CO2) ประกอบด้วย สสจ. (SO1) และ สสอ. (SO2) กิจกรรมทั้งหมดเป็นเรื่องของการจัดอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ (SA5)

3.2 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน รพ.สต. (CO1) และ อบต. (CO3) คือ สปสช. (SO7) โดยทำกิจกรรม บริหารงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ (SA1) และการตัดแว่นตาฟรี (SA4)

3.3 องค์กรในสังคมทำกิจกรรมผ่าน กลุ่ม อสม. (CO2) และ อพม. (CO7) แห่งละ 1 กิจกรรม กิจกรรมทั้งหมดเป็นเรื่องของการบริหารงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ (SA1)

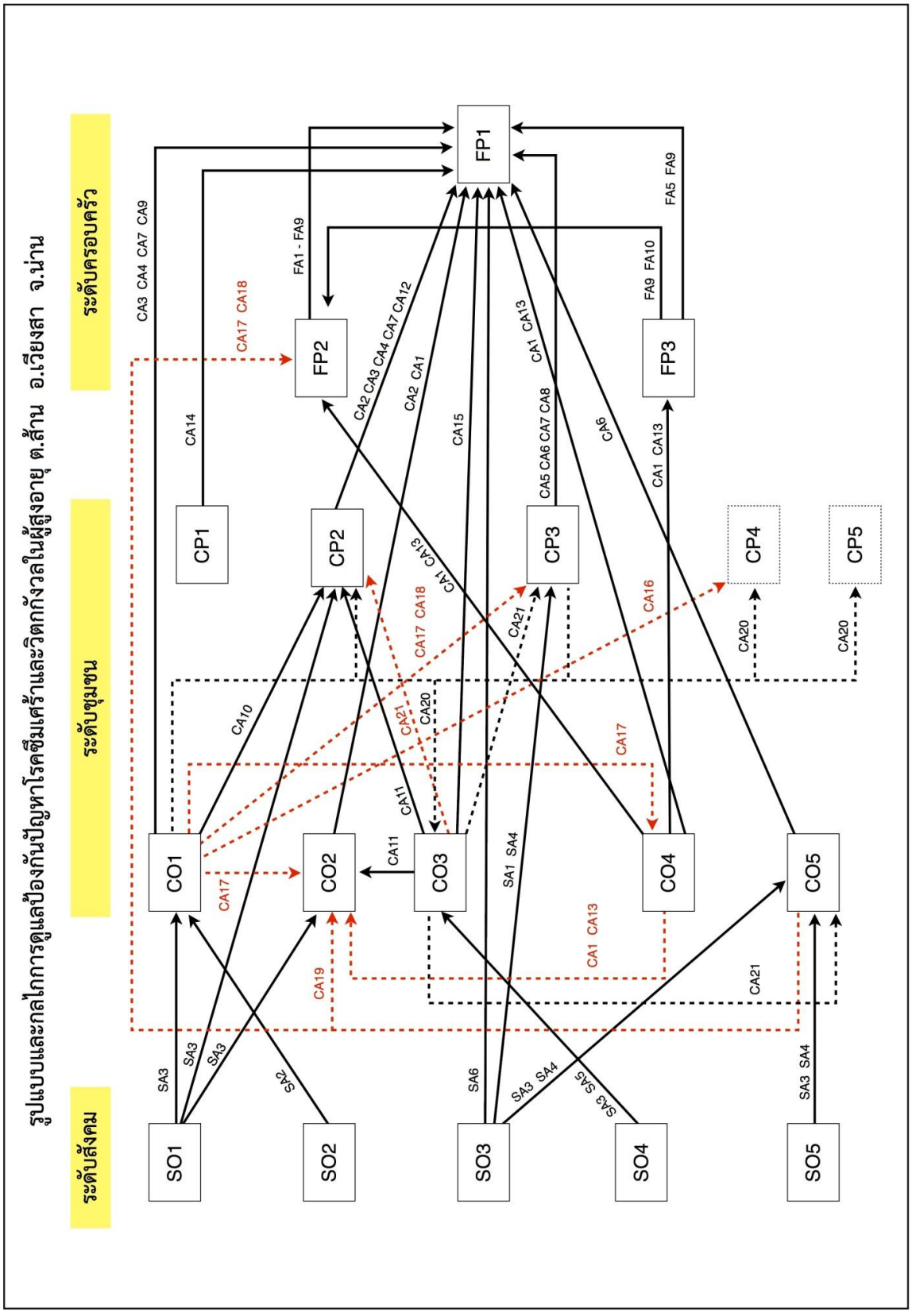
โดยสรุปองค์กรในสังคมมีกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ และทำผ่านองค์กรในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เหมือนกันคือการบริหารงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ (SA1) และการจัดอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ (SA5)

ในอนาคตทีมงานของดงชน จ.สกลนครมีความตั้งใจที่จะเพิ่มองค์กรทางสังคม 1 องค์กร คือ โรงพยาบาลจังหวัด (SO8) โดยเป็นผู้จัดกิจกรรมอบรมการให้คำปรึกษาแก่ อสม. (SA9) ไปยัง รพ.สต. (CO1) เพื่อทำกิจกรรม ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้ (CA11) อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และหมอเหยา (CA12) สร้างแผนและการประเมินผล (CA15) และสร้างความเข้มแข็งในครอบครัวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CA17)

และเพิ่ม องค์กรระดับชุมชน 2 องค์กร ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน (CO4) และ สภาเด็ก (CO8) โดยต้องการเพิ่มกิจกรรมที่ดำเนินการให้กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน (CO4) คือ สร้างแผนและการประเมินผล (CA15) และเพิ่มกิจกรรมที่ดำเนินการโดย อบต. (CO3) ผ่านสภาเด็ก (CO8) คือ การจัดกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติในการดูแลผู้สูงอายุ (CA16)

นอกจากนี้ในอนาคต ทีมงานดงชน จ.สกลนคร ต้องการเพิ่มกิจกรรมที่ รพ.สต. (CO1) ร่วมกับ กลุ่ม อสม. (CO2) ทำกับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) คือ กิจกรรมสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ (ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ) (CA14) และต้องการเพิ่มกิจกรรมที่ รพ.สต. (CO1) ทำกับ คนในครอบครัว (FP3) คือกิจกรรมอบรมให้ความรู้ (CA12)

4. จ.น่าน


รูปแบบและกลไกการดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ต.ล้าน อ.เวียงสา จ.น่าน
ระดับครอบครัว
ระดับชุมชน
ระดับสังคม
FP1
FP2
FP3
CP1
CP2
CP3
CP4
CP5
CO1
CO2
CO3
CO4
CO5
SO1
SO2
SO3
SO4
SO5
CA3 CA4 CA7 CA9
CA17 CA18
FA1 - FA9
FA5 FA9
FA9 FA10
CA14
CA2 CA3 CA4 CA7 CA12
CA2 CA1
CA15
CA1 CA13
CA5 CA6 CA7 CA8
CA6
CA1 CA13
CA10
CA17 CA18
CA21
CA16
CA20
CA11
CA17
CA19
SA1 SA4
CA1 CA13
CA21
SA3
SA2
SA6
SA3 SA4
SA3 SA5
SA3 SA4

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุจ.น่าน

โมเดลนี้แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรมส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องได้ดังต่อไปนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3)

1.1 บุคคลในครอบครัวทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3)

- กิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) ทำ มี 9 กิจกรรม คือ แลกเปลี่ยนความรู้กันเอง (FA1) ศาสนาและจิตวิญญาณ ได้แก่ พาไปวัด ทำบุญ ทำพิธีเรียกขวัญ และพิธีสืบชะตา (FA2) พาไปหาหมอและจัดยาให้ทาน (FA3) ทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ ปลูกผักสวนครัวและเลี้ยงเป็ด (FA4) ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การยกย่อง เชิดชูผู้สูงอายุ (FA5) จัดอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ (FA6) พาไปเที่ยว (FA7) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น พาไปส่ง ชักชวนให้ไป (FA8) และ ให้เงินและสิ่งอำนวยความสะดวก (FA9)
- กิจกรรมที่คนในครอบครัว (FP3) ทำจะมีเพียง 2 กิจกรรม คือ ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การยกย่อง เชิดชูผู้สูงอายุ (FA5) และ ให้เงินและสิ่งอำนวยความสะดวก (FA9)

1.2 บุคคลในครอบครัวทำกิจกรรมผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) คือ คนในครอบครัว (FP3) โดยกิจกรรมที่ทำ คือ ให้เงินและสิ่งอำนวยความสะดวก (FA9) และ ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นคุณค่าในตนเอง (FA10)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน กลุ่มในชุมชนประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล (CO3) วัด (CO4) และ เครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) ส่วนบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย คนในชุมชน (CP1) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3)

2.1 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)/เทศบาล (CO3) วัด (CO4) และ เครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5)

- กิจกรรมที่ รพ.สต. /รพช. (CO1) ทำคือ จัดอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ (CA3) เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพกายและจิต (CA4) คัดกรองโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA7) และรักษาผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA9)
- กิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) ทำคือ วัฒนธรรมและศาสนพิธี ได้แก่ รดน้ำดำหัว เรียกขวัญและสืบชะตา (CA1) กีฬา ท่องเที่ยว และนันทนาการ (CA2)
- กิจกรรมที่อบต. / เทศบาล (CO3) ทำคือ ให้เบี้ยยังชีพ (CA15)

- กิจกรรมที่วัด (CO4) ทำคือ วัฒนธรรมและศาสนพิธี ได้แก่ รดน้ำดำหัว เรียกขวัญและสืบชะตา (CA1) และ บำบัดจิตใจและจิตวิญญาณโดยใช้ศาสนา (ธรรมะ) (CA13)

- กิจกรรมที่เครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) ทำคือ เยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจความต้องการและให้ความช่วยเหลือ (CA6)

2.2 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และผ่านคนในครอบครัว (FP3) คือ อบต. / เทศบาล (CO3) และ วัด (CO4)

- กิจกรรมที่วัด (CO4) ทำ คือ วัฒนธรรมและศาสนพิธี ได้แก่ รดน้ำดำหัว เรียกขวัญและสืบชะตา (CA1) และ บำบัดจิตใจและจิตวิญญาณโดยใช้ศาสนา (ธรรมะ) (CA13)

2.3 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมผ่านอสม. (CP2) คือ รพ.สต. /รพช. (CO1) และ อบต. / เทศบาล (CO3)

- กิจกรรมที่ รพ.สต. /รพช. (CO1) ทำ คือ ให้นโยบายเรื่องการจัดอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพกายและจิต คัดกรองโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ส่งต่อผู้ที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA10)

- กิจกรรมที่ อบต. / เทศบาล (CO3) ทำคือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (CA11)

2.4 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมผ่านกลุ่มในชุมชนด้วยกัน

- กิจกรรมที่อบต. / เทศบาล (CO3) ทำ คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (CA11) แก่ ชมรมผู้สูงอายุ (CO2)

2.5 บุคคลในชุมชนที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ คนในชุมชน (CP1) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3)

- กิจกรรมที่คนในชุมชน (CP1) ทำคือ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่ดีต่อกัน (CA14)

- อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) ทำคือ กีฬา ท่องเที่ยว และนันทนาการ (CA2) จัดอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ (CA3) เยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพกายและจิต (CA4) คัดกรองโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA7) และ ให้บริการตรวจสุขภาพและปฐมพยาบาล (CA12)

- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3) ทำคือ ซ่อมแซมบ้าน (CA5) เยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจความต้องการและให้ความช่วยเหลือ (CA6) คัดกรองโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA7) และ ส่งต่อผู้ที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA8)

โดยสรุป กลุ่มในชุมชนมีทั้งที่ทำกิจกรรมทั้งโดยตรงต่อผู้สูงอายุและโดยผ่านกลุ่มหรือบุคคลอื่น กล่าวคือ กลุ่มในชุมชนที่ทำเฉพาะกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ คือ ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) เครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) และกลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมทั้งโดยตรงต่อผู้สูงอายุและโดยผ่านกลุ่มหรือบุคคลอื่น คือ รพ.สต. /รพช. (CO1) อบต. / เทศบาล (CO3) วัด (CO4) สำหรับบุคคลในชุมชนจะมีที่ทำเฉพาะกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ คือ คนในชุมชน (CP1) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3) ผู้สูงอายุจะได้รับกิจกรรมจากกลุ่มและบุคคลในชุมชน

มากที่สุด คือ วัฒนธรรมและศาสนพิธี ได้แก่ รดน้ำดำหัว เรียกขวัญและสืบชะตา (CA1) และผู้สูงอายุจะได้รับกิจกรรมจากกลุ่มและบุคคลในชุมชนน้อยที่สุด มีอยู่ด้วยกัน 7 กิจกรรม คือ ซ่อมแซมบ้าน (CA5) ส่งต่อผู้ที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA8) รักษาผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (CA9) ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (CA11) ให้บริการตรวจสุขภาพและปฐมพยาบาล (CA12) ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่ดีต่อกัน (CA14) และ ให้เบี้ยยังชีพ (CA15)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) กระทรวงสาธารณสุข (SO2) กระทรวง พม./พมจ. (SO3) กระทรวงมหาดไทย (SO4) และ เอกชน ได้แก่ สสส. กองทุนโลก และมูลนิธิต่างๆ เช่น บ้านเซเวียร์ (SO5)

3.1 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ คือ กระทรวง พม./พมจ. (SO3) กิจกรรมที่ทำ คือ ให้เงินกู้ไม่มีดอกเบี้ย (SA6)

3.2 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่าน รพ.สต. /รพช. (CO1) คือ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) และ กระทรวงสาธารณสุข (SO2)

- กิจกรรมที่กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) ทำ คือ ให้งบประมาณในการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3)

- กิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุข (SO2) ทำ คือ มอบนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (SA2)

3.3 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ (CO2) คือ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) กิจกรรมที่ทำ คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3)

3.4 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านอบต./เทศบาล (CO3) คือ กระทรวงมหาดไทย (SO4) กิจกรรมที่ทำ คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) และ ให้เบี้ยยังชีพ (SA5)

3.5 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านเครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) / สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) (SO3) และ เอกชน ได้แก่ สสส. กองทุนโลก และมูลนิธิต่างๆ เช่น บ้านเซเวียร์ (SO5)

- กิจกรรมที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) / สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) (SO3) ทำ คือ ให้งบประมาณในการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) และให้เงินช่วยเหลือครอบครัว (SA4)

- กิจกรรมที่เอกชน ได้แก่ สสส. กองทุนโลก และมูลนิธิต่างๆ เช่น บ้านเซเวียร์ (SO5) ทำ คือ ให้งบประมาณในการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) และให้เงินช่วยเหลือครอบครัว (SA4)

3.6 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (CP2) คือ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) กิจกรรมที่ทำ คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3)

3.7 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) /อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) (CP3) คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) / สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) (SO3) กิจกรรมที่ทำ คือ แจกสิ่งของ (SA1) และให้เงินช่วยเหลือครอบครัว (SA4)

โดยสรุป กลุ่มในสังคมมีทั้งที่ทำกิจกรรมทั้งโดยตรงต่อผู้สูงอายุและโดยผ่านกลุ่มหรือบุคคลอื่น กล่าวคือ กลุ่มในสังคมที่ทำกิจกรรมโดยตรงต่อผู้สูงอายุ คือ กระทรวง พม./พมจ. (SO3) ในขณะเดียวกัน กระทรวง พม./พมจ. (SO3) ก็ทำกิจกรรมโดยผ่านกลุ่มและบุคคลอื่น สำหรับกลุ่มในสังคมที่ทำกิจกรรมเฉพาะผ่านกลุ่มหรือบุคคลอื่น คือ กองทุนสุขภาพ สปสช. (SO1) กระทรวงสาธารณสุข (SO2) กระทรวงมหาดไทย (SO4) และ เอกชน ได้แก่ สสส. กองทุนโลก และมูลนิธิต่างๆ เช่น บ้านเซเวียร์ (SO5) ผู้สูงอายุจะได้รับกิจกรรมจากกลุ่มและบุคคลในสังคมมากที่สุด คือ ให้งบประมาณทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ (SA3) รองลงมา คือ ให้เงินช่วยเหลือครอบครัว (SA4) และน้อยที่สุด มีอยู่ด้วยกัน 4 กิจกรรม คือ แจกสิ่งของ (SA1) มอบนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (SA2) ให้เบี้ยยังชีพ (SA5) และ ให้เงินกู้ไม่มีดอกเบี้ย (SA6)

ในอนาคตทีมงานของส้านมีความตั้งใจที่จะเพิ่มบุคคลในชุมชน 2 กลุ่ม คือ ผู้ใหญ่บ้าน (CP4) และคนที่มีจิตอาสาในชุมชน (CP5) และเพิ่มกิจกรรมไปสู่กลุ่มและบุคคลอื่น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- รพ.สต. /รพช. (CO1) ทำกิจกรรมอบรมให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรควิตกกังวลและความซึมเศร้า (CA16) แก่ผู้ใหญ่บ้าน (CP4)

- รพ.สต. /รพช. (CO1) ทำกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับความรู้และการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลและความซึมเศร้า การคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคดังกล่าว (CA17) แก่กลุ่ม อสม. (CP2) อผส. /อพม. (CP3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ (CO2) และวัด (CO4)

- รพ.สต. /รพช. (CO1) อบรมให้ทีม (อสม.(CP2) อผส. /อพม. (CP3) และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2)) มีสุขภาพจิตที่ดีโดยการออกกำลังกาย (CA18) ให้ดูแล้วเราไม่ใช่คนอ่อนแอคนขี้โรค

- รพ.สต./รพช. (CO1) และเครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5) สร้างแกนนำผู้สูงอายุ (คนในชมรมผู้สูงอายุ) (CO2) ให้มีศักยภาพในการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยร่วมกันจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแกนนำในเรื่องการให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง (CA19)

- วัด (CO4) สร้างแกนนำผู้สูงอายุ (คนในชมรมผู้สูงอายุ) (CO2) ให้มีศักยภาพในการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยวัดให้ธรรมะ ศาสนพิธี (CA1) และดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (CA13)

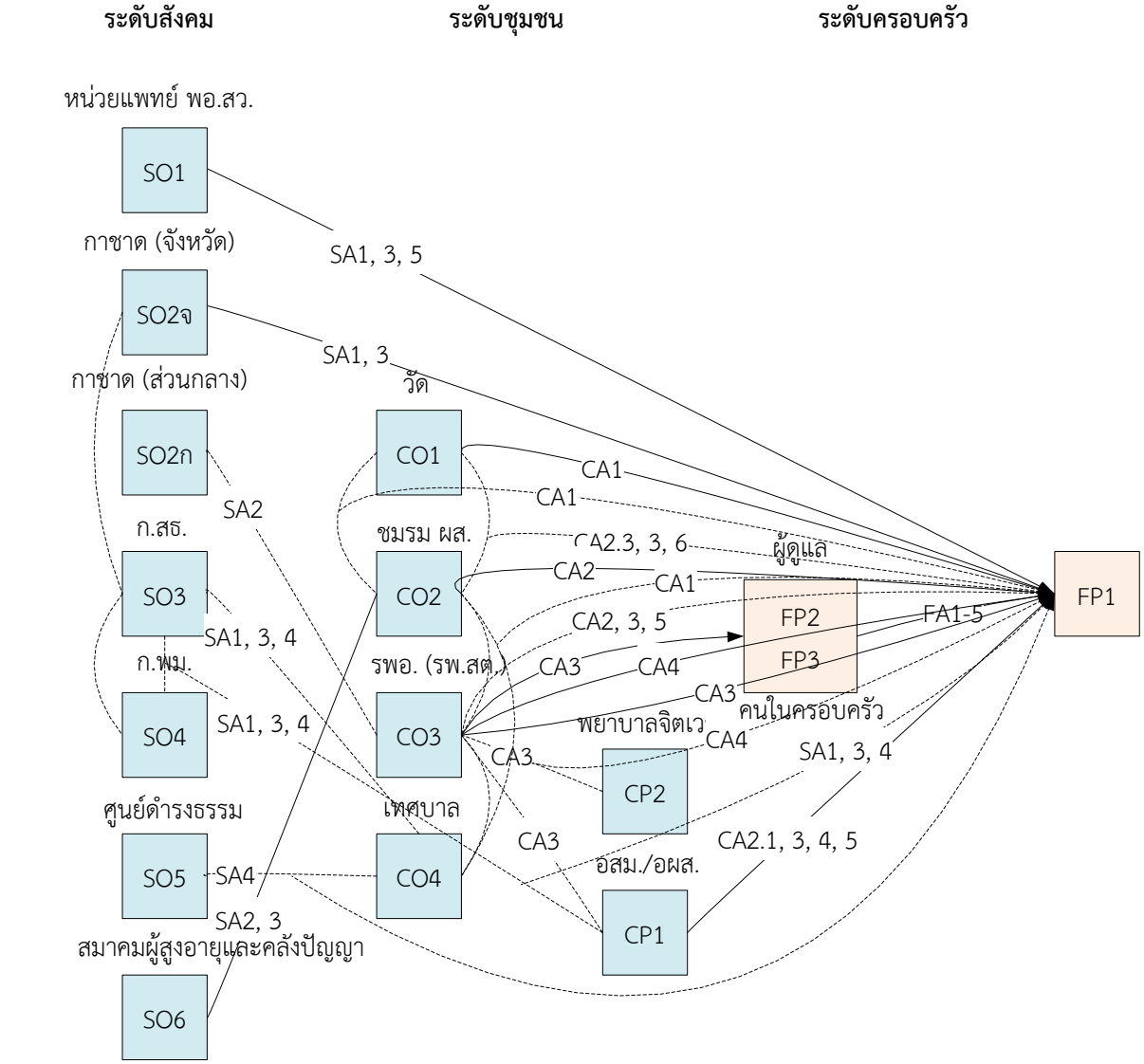
- อบต. (CO3) ตั้งงบประมาณในการขับเคลื่อนเรื่องงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลและความซึมเศร้า (CA21) ให้แก่ อสม. (CP2) อผส./ อพม. (CP3) และเครือข่ายฟื้นฟูฮักส้าน (CO5)

- อสม. (CP2) อผส. / อพม. (CP3) และรพ.สต./รพช. (CO1) ร่วมกันจัดเวทีพูดคุย รับรู้ปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขร่วมกันเกี่ยวกับโรควิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (CA20) โดยการเชิญผู้ใหญ่บ้าน (CP4) อบต. (CO3) และคนที่มีจิตอาสาในหมู่บ้าน (CP5) เพื่อให้ผู้ใหญ่บ้าน อบต. และคนที่มีจิตอาสาในหมู่บ้านเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนในการขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

5. จ.ราชบุรี

โมเดลผู้สูงอายุ โมเดลราชบุรี

โมเดลสำหรับผู้สูงอายุ



หมายเหตุ ———— คือ การส่งผลไปยังอีกกลุ่ม

---------- คือ การมีความสัมพันธ์ร่วมกัน

<u>กิจกรรม</u>

SA1 = เยี่ยมบ้าน
SA2 = อบรมให้ความรู้ (สังคม)
SA3 = แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ
SA4 = แก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน
SA5 = รักษา

FA1 = แลกเปลี่ยนความรู้กันเองกับผู้สูงอายุ
FA2 = พาผู้สูงอายุไปวัดทำบุญ
FA3 = พาผู้สูงอายุไปหาหมอ
FA4 = พาผู้สูงอายุไปเที่ยว
FA5 = ดูหนังฟังเพลงร่วมกันกับผู้สูงอายุ

CA1 = วัฒนธรรม/ศาสนา
CA2 = สังคม (ผ่านชมรม)
2.1 เยี่ยมบ้าน
2.2 จัดงานวันเกิด
2.3 ศึกษาดูงาน
CA3 = อบรมให้ความรู้ (ชุมชน)
CA4 = คัดกรอง
CA5 = เบี้ยยังชีพ
CA6 = แจกเงิน

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ จ.ราชบุรี

การศึกษาเพื่อแสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรม ส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องและแสดงโมเดล ได้ดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ คนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มทำกิจกรรมเหมือนกันคือ แลกเปลี่ยนความรู้กันเองกับผู้สูงอายุ (FA1) พาผู้สูงอายุไปวัดทำบุญ (FA2) พาผู้สูงอายุไปหาหมอ (FA3) พาผู้สูงอายุไปเที่ยว (FA4) และดูหนังฟังเพลงร่วมกันกับผู้สูงอายุ (FA5)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ วัด (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) และเทศบาล (CO4) บุคคลประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ อสม./อผส. (CP1) และพยาบาลจิตเวช (CP2)

2.1 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ด้วยการทำงานกลุ่มเดียว ประกอบด้วย วัด (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) และรพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) พบว่า กิจกรรมที่วัด (CO1) ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) กิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) ทำคือ กิจกรรมทางสังคม (ผ่านชมรม) (CA2) ได้แก่ เยี่ยมบ้าน (CA2.1) จัดงานวันเกิด (CA2.2) ศึกษาดูงาน (CA2.3) และกิจกรรมที่ รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) ทำคือ คัดกรอง (CA4)

2.2 บุคคลในชุมชนที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ คือ อสม./อผส. (CP1) ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน (CA2.1) ให้ความรู้ (CA3) คัดกรอง (CA4) และแจกเบี้ยยังชีพ (CA5)

2.3 กลุ่มในชุมชนที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ด้วยความร่วมมือกันของกลุ่มต่างๆ ประกอบด้วย การทำงานร่วมกันของ 2 กลุ่ม คือ วัด (CO1) และชมรมผู้สูงอายุ (CO2) กิจกรรมที่ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) ส่วน รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) และพยาบาลจิตเวช (CP2) กิจกรรมที่ทำคือ คัดกรอง (CA4) สำหรับการทำงานร่วมกันของ 3 กลุ่ม คือ วัด (CO1) ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) และเทศบาล (CO4) กิจกรรมที่ทำคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) ส่วนการทำงานร่วมกันของ ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) และเทศบาล (CO4) กิจกรรมที่ทำคือ กิจกรรมทางสังคม (ผ่านชมรม) (CA2) ได้แก่ เยี่ยมบ้าน (CA2.1) จัดงานวันเกิด (CA2.2) ศึกษาดูงาน (CA2.3) อบรมให้ความรู้ (CA3) และแจกเบี้ยยังชีพ (CA5)

โดยสรุปกิจกรรมที่ ผู้สูงอายุได้รับจากกลุ่มและบุคคลในชุมชนคือ กิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม (CA1) กิจกรรมทางสังคม (ผ่านชมรม) (CA2) ได้แก่ เยี่ยมบ้าน (CA2.1) จัดงานวันเกิด (CA2.2) ศึกษาดูงาน (CA2.3) อบรมให้ความรู้ (CA3) คัดกรอง (CA4) และแจกเบี้ยยังชีพ (CA5)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมมีจำนวน 6 กลุ่ม ประกอบด้วย หน่วยแพทย์ พอ.สว. (SO1) สภากาชาดจังหวัด (SO2จ) สภากาชาดส่วนกลาง (SO2ก) กระทรวงสาธารณสุข (SO3) กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4) ศูนย์ดำรงธรรม (SO5) และสมาคมผู้สูงอายุและคลังปัญญา (SO6)

3.1 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ด้วยการทำงานกลุ่มเดียว ประกอบด้วย หน่วยแพทย์ พอ.สว. (SO1) และสภากาชาดจังหวัด (SO2จ) กิจกรรมที่หน่วยแพทย์ พอ.สว. (SO1) ทำคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3) และรักษา (SA5) และกิจกรรมที่สภากาชาดจังหวัด (SO2จ) ทำคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) และแจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3)

3.2 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่าน ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) ประกอบด้วย สมาคมผู้สูงอายุและคลังปัญญา (SO6) กิจกรรมที่ทำคือ อบรมให้ความรู้ (สังคม) (SA2) และแจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3)

3.3 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่าน รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) ประกอบด้วย กาชาด (ส่วนกลาง) (SO2ก) ทำกิจกรรมผ่านไปยัง อสม./อผส. (CP1) และพยาบาลจิตเวช (CP2) ซึ่งมีกิจกรรมที่ทำคือ อบรมให้ความรู้ (SA2) โดยกาชาด (ส่วนกลาง) (SO2ก) อบรมให้ความรู้ (SA2) แก่รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) และ รพ.อ. (ทำหน้าที่เหมือน รพ.สต.) (CO3) อบรมให้ความรู้ (CA3) แก่อสม./อผส. (CP1) และพยาบาลจิตเวช (CP2)

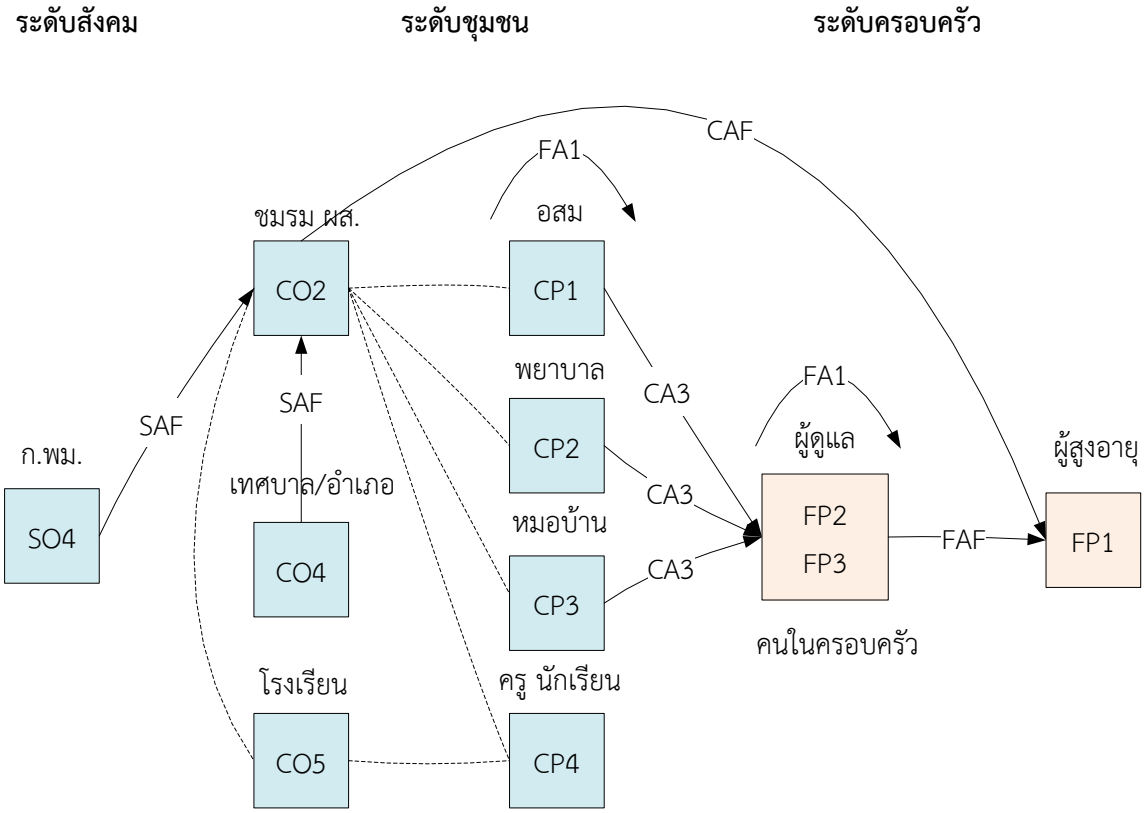
3.4 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่านเทศบาล (CO4) คือ ศูนย์ดำรงธรรม (SO5) ซึ่งมีกิจกรรมที่ทำคือ การแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน (SA4)

นอกจากนี้ ยังมีการทำงานร่วมกันของกลุ่มต่างๆ ที่ทำกิจกรรมผ่านเทศบาล (CO4) ประกอบด้วย สภากาชาดส่วนกลาง (SO2ก) กระทรวงสาธารณสุข (SO3) กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4) กิจกรรมที่ทำคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3) และการแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน (SA4)

3.5 องค์กรในสังคมที่ทำกิจกรรมผ่าน อสม./อผส. (CP1) ประกอบด้วย หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข (SO3) ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4) กิจกรรมที่ทำคือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3) และการแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน (SA4)

โดยสรุปกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับจากองค์กรในสังคม คือ การเยี่ยมบ้าน (SA1) อบรมให้ความรู้ (สังคม) (SA2) แจกสิ่งของ/เบี้ยยังชีพ (SA3) และการแก้ปัญหาที่ชาวบ้านเดือดร้อน (SA4) และ รักษา (SA5)

โมเดลภาพอนาคต



หมายเหตุ ———— คือ การส่งผลไปยังอีกกลุ่ม

---------- คือ การมีความสัมพันธ์ร่วมกัน

<u>กิจกรรม</u>

SAF = ให้งบประมาณทำกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ

FAF = สังเกต/คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล

CAF = ร่วมมือกับหลายฝ่าย ทำกิจกรรมหลากหลายกับผู้สูงอายุ

FA1 = แลกเปลี่ยนความรู้กันเองภายในกลุ่ม

สรุปภาพอนาคต (จังหวัดราชบุรี)

การศึกษาภาพอนาคต (ภาพฝัน) ของความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีกิจกรรม ส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน มีคำอธิบายความเกี่ยวข้องและแสดงโมเดล ได้ดังนี้

1. ทำอย่างไรให้คนในชุมชนรู้เรื่องและเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ

1.1 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ความรู้ โดยฝึกผู้ดูแลให้สามารถสังเกตอาการภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้

1.2 จัดให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ ในการสังเกตดูแลผู้สูงอายุมาแลกเปลี่ยนกัน โดยต้องมีคนมาดูแลผู้สูงอายุแทน ในขณะที่ไปร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจทำได้โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

จัดให้มี day care สำหรับผู้สูงอายุมาอยู่รวมกัน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ในวันที่ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องไปทำกิจกรรม โดยมีการบริหารจัดการจูงใจให้ผู้สูงอายุยินยอมมาร่วม

1.3 ผู้ดูแล/อสม. แสวงหาความรู้เพิ่มเติมจาก

1.3.1 อสม. รุ่นพี่หรือรุ่นอาวุโส ซึ่งจะทำหน้าที่ช่วย เชื่อมต่อให้อสม.รุ่นใหม่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น เพราะจะเป็นผู้รู้ภูมิหลังของผู้สูงอายุ จึงสามารถสร้างความไว้วางใจได้ดี

1.3.2 หมอบ้านหรือปราชญ์ชาวบ้านในชุมชน ซึ่งจะให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพรต่างๆ

1.3.3 ชมรมผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วม ทำกิจกรรมด้วยกัน ซึ่งจะต้องมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญ

1.4 ปรับรูปแบบกิจกรรมและการทำงานของชมรมผู้สูงอายุให้แปลกใหม่ ดังนี้

1.4.1 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. เข้าไปมีบทบาทมากขึ้น โดยจัดกิจกรรมนันทนาการที่สอดแทรกความรู้ทางสุขภาพ มิใช่เป็นการบอกกล่าวความรู้โดยตรง อาจให้ดูของหรือสาธิตให้ดูจริงๆ

1.4.2 ชมรมจัดกิจกรรมหลากหลาย เช่น มีเลี้ยงอาหาร มีของขาย ตัดผมฟรี มีการสาธิตวิธีทำอาหารสุขภาพแบบง่ายๆ ที่สามารถทำได้จริง

1.5 มีการให้บุคคลหลายฝ่ายมาเชื่อมโยงกับผู้สูงอายุ เช่น โรงเรียน ครู นักเรียน ทำกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับผู้สูงอายุ เช่น การปั้น

2. ทำอย่างไรให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ บรรลุเป้าหมาย (ฝัน) ของการทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ฝัน --> อยากให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าทางสังคม ให้มีสุขภาพแข็งแรงมีรอยยิ้ม มีอาชีพในยามว่างจะได้ไม่เครียด

บุคคลทุกฝ่ายต้องร่วมมือร่วมใจทำงานเชื่อมโยงกันในทุกข้อที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุหางบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ก.พม. เทศบาล/อำเภอ เพื่อสร้างกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ

ภาพอนาคตของจังหวัดราชบุรี

สำหรับภาพอนาคตของจังหวัดราชบุรี ประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ 3 กลุ่ม คือ

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มควรมีการทำกิจกรรมคือ แลกเปลี่ยนความรู้กันเอง (FA1) และสังเกต/คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล (FAF) ในผู้สูงอายุ

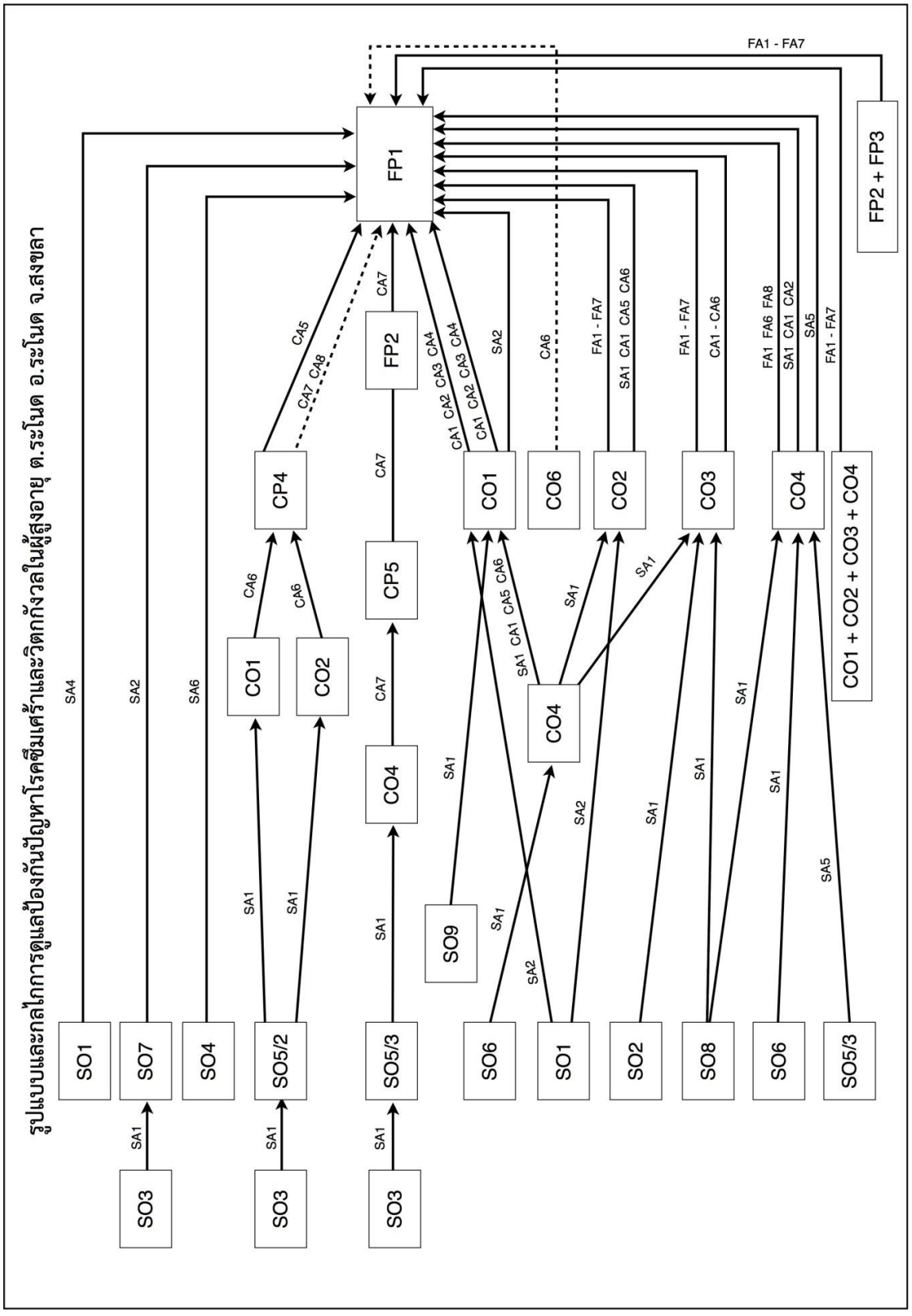
2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) เทศบาล (CO4) และโรงเรียน (CO5) บุคคลประกอบด้วย 4 กลุ่มคือ อสม./อผส. (CP1) พยาบาล (CP2) หมอบ้าน (CP3) และครูนักเรียน (CP4)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม ประกอบด้วย กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4)

การมองภาพอนาคตของการทำงานร่วมกันทั้ง 3 กลุ่มมีรายละเอียดการทำกิจกรรมที่ทำกับผู้สูงอายุ คือ 1) ในระดับสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ (SO4) ควรทำกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุ (CO2) โดยการร่วมมือกับหลายฝ่ายทำกิจกรรมหลากหลายกับผู้สูงอายุ (CAF) 2) ระดับชุมชน เทศบาล/อำเภอ (CO4) ควรให้งบประมาณชมรมผู้สูงอายุ (CO2) ทำกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุ (SAF) นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุ (CO2) ควรทำงานร่วมกับโรงเรียน (CO5) และบุคคล 4 กลุ่ม คือ อสม./อผส. (CP1) พยาบาล (CP2) หมอบ้าน (CP3) และครูนักเรียน (CP4 อย่างแบบสัมพันธ์ร่วมกัน และ อสม./อผส. (CP1) พยาบาล (CP2) หมอบ้าน (CP3) มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ (CA3) แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากในการสังเกต/คัดกรอง ภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล (FAF) ในผู้สูงอายุ

อีกทั้ง ในกลุ่มระดับบุคคลทั้ง 4 กลุ่มคือ อสม./อผส. (CP1) พยาบาล (CP2) หมอบ้าน (CP3) และครูนักเรียน (CP4) และในกลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และคนในครอบครัว (FP3) ควรมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันเองภายในกลุ่มด้วย (FAI)

6. จ.สงขลา


รูปแบบและกลไกการดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ต.ระโนด อ.ระโนด จ.สงขลา
FP1
FP2
FP2 + FP3
FA1 - FA7
CP4
CP5
CO1
CO2
CO3
CO4
CO6
CO1 + CO2 + CO3 + CO4
SO1
SO2
SO3
SO4
SO5/2
SO5/3
SO6
SO7
SO8
SO9
SA1
SA2
SA4
SA5
SA6
CA1 CA2 CA3 CA4
CA5
CA6
CA7 CA8
FA1 FA6 FA8
CA1 - CA6

คำอธิบายโมเดลผู้สูงอายุ จ.สงขลา

โมเดลนี้แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างองค์กร บุคคลในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอธิบายความเกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. บุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ (FP1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ คนในครอบครัว (FP3) ทั้งสองกลุ่มทำกิจกรรมเหมือนกันคือ กิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) การบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7)

2. กลุ่มและบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต. (CO1) คลีนิคเวช (CO2) ชมรมผู้สูงอายุ (CO3) หน่วยสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) และบุคคลประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ อสม.อผส.(CP4) และเจ้าหน้าที่ พม. (CP5)

2.1 กลุ่มที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ

2.1.1 กลุ่มที่ 1 เป็นการร่วมมือกันระหว่าง รพ.สต. (CO1) คลีนิคเวช (CO2) ชมรมผู้สูงอายุ (CO3) หน่วยสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) โดยกิจกรรมที่ทั้ง 4 กลุ่มร่วมกันทำให้กับผู้สูงอายุ (FP1) ได้แก่ กิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7)

2.1.2 กลุ่มที่ 2 เป็นการร่วมมือกันระหว่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และ (FP3) คนในครอบครัว โดยกิจกรรมที่ทั้ง 2 กลุ่มร่วมกันทำให้กับผู้สูงอายุ (FP1) ได้แก่ กิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7)

2.2 กลุ่มที่ทำกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุโดยผ่านหน่วยงานอื่น

2.2.1 กลุ่มที่ 1 ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) คลีนิคเวช (CO2) เพื่อจัดกิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

โดยสรุปกิจกรรมที่ ผู้สูงอายุ (FP1) ได้รับจากชุมชนโดยตรง และผ่านหน่วยงานในชุมชนเอง ได้แก่ กิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7)

3. กลุ่มและบุคคลในสังคม กลุ่มในสังคมมีจำนวน 9 กลุ่ม ประกอบด้วย หน่วยแพทย์พระราชทาน (SO1) สสส. (SO2) นโยบายของรัฐ (SO3) กรมการขนส่ง. (SO4) รัฐบาล (SO5) กระทรวงมหาดไทย (SO51)

กระทรวงสาธารณสุข (SO52) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO53) สปสช. (SO6) อบจ. (SO7) หน่วยงานเอกชน (SO8) สสจ. (SO9)

3.1 กลุ่มในสังคมที่ทำกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ

3.1.1 กลุ่มที่ 1 ได้แก่ หน่วยแพทย์พระราชทาน (SO1) โดยกิจกรรมที่ทำให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับเป็นคนไข้ในพระราชทาน (SA4)

3.1.2 กลุ่มที่ 2 ได้แก่ กรมการขนส่ง (SO4) โดยกิจกรรมที่ทำให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ขึ้นรถประจำทางครึ่งราคา (SA6)

3.2 กลุ่มในสังคมที่ทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ โดยผ่านหน่วยงานอื่น

3.2.1 กลุ่มที่ 1 ได้แก่ อบจ. (SO7) ซึ่งได้รับทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านนโยบายของรัฐ (SO3) .ให้จัดกิจกรรม การออกหน่วยตรวจโรค (SA2) ให้กับผู้สูงอายุ

3.2.2 กลุ่มที่ 2 ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (SO52) ได้รับทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านนโยบายของรัฐ (SO3) ให้มอบทุนและงบประมาณ (SA1) ให้กับ รพ.สต. (CO1) และ คลีนิคเวช (CO2) เพื่อจัดกิจกรรมการให้ความรู้ (CA6) ให้กับ อสม.และอผส. (CP4) เพื่อไปช่วยดูแลสุขภาพ (CA5) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.3 กลุ่มที่ 3 ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO53) ได้รับทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านนโยบายของรัฐ (SO3) ให้มอบทุนและงบประมาณ (SA1) ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) เพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CA7) ให้กับ เจ้าหน้าที่พม.ในพื้นที่ (CP5) เพื่อไปจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CA7) ในระดับหมู่บ้านให้กับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (FP2) และผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.4 กลุ่มที่ 4 ได้แก่ สสจ. (SO9) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับ รพ.สต. (CO1) เพื่อให้จัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนา (CA1) กิจกรรมด้านกีฬา (CA2) กิจกรรมเกี่ยวกับการศึกษา (CA3) กิจกรรมสร้างรายได้ (CA4) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.5 กลุ่มที่ 5 ได้แก่ สปสช. (SO6) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) เพื่อให้ทุนและงบประมาณ (SA1) ที่ได้จาก สปสช. (SO6) ไปให้กับผู้สูงอายุโดยตรง (FP1) และทางสปสช. (SO6) ยังให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) สำหรับจัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนา (CA1) กิจกรรมการดูแลสุขภาพ (CA5) และกิจกรรมการให้ความรู้ (CA6) กับทาง รพ.สต. (CO1) ไปให้กับผู้สูงอายุโดยตรง (FP1)

3.2.6 กลุ่มที่ 6 ได้แก่ สปสช. (CO6) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับชมรมผู้สูงอายุ (CO3) ไปจัดกิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.7 กลุ่มที่ 7 ได้แก่ หน่วยแพทย์พระราชทาน (SO1) ได้จัดกิจกรรมออกหน่วยตรวจโรค (SA2) กับทาง รพ.สต. (CO1) เพื่อตรวจโรคให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.8 กลุ่มที่ 8 ได้แก่ หน่วยแพทย์พระราชทาน (SO1) ได้จัดกิจกรรมออกหน่วยตรวจโรค (SA2) กับทางคลีนิคเวช (CO2) และทางคลีนิคเวชได้ไปจัดกิจกรรมกิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7) กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.9 กลุ่มที่ 9 ได้แก่ สสส. (SO2) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับทางชมรมผู้สูงอายุ (CO3) เพื่อมาจัดกิจกรรมทางด้านสังคม (FA1) ออกกำลังกาย (FA2) กิจกรรมทางด้านศาสนา (FA3) ปลูกผักสวนครัว (FA4) ทำงานบ้าน (FA5) กิจกรรมสร้างอาชีพ (FA6) และการบริการข้อมูลที่เกี่ยวกับชุมชน (FA7) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.10 กลุ่มที่ 10 ได้แก่ หน่วยงานเอกชน (SO8) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับทางชมรมผู้สูงอายุ (CO3) ไปจัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนา (CA1) กิจกรรมด้านกีฬา (CA2) กิจกรรมด้านการศึกษา (CA3) กิจกรรมสร้างรายได้ (CA4) กิจกรรมการดูแลสุขภาพ (CA5) กิจกรรมการให้ความรู้ (CA6) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.11 กลุ่มที่ 11 ได้แก่ หน่วยงานเอกชน (SO8) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านทางหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) ไปจัดกิจกรรมด้านสังคม (FA1) กิจกรรมเกี่ยวกับอาชีพ (FA6) กิจกรรมบริการข้อมูลเกี่ยวกับชุมชน (FA7)

3.2.12 กลุ่มที่ 12 ได้แก่ สปสช. (SO6) ได้ให้ทุนและงบประมาณ (SA1) ผ่านทางหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) เพื่อให้ทุนและงบประมาณ (SA1) กับผู้สูงอายุ (FP1) โดยตรง และยังให้จัดกิจกรรมด้านวัฒนธรรมและศาสนา (CA1) และ กิจกรรมด้านกีฬา (CA2) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

3.2.13 กลุ่มที่ 13 ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (SO53) ได้ให้เบี้ยยังชีพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพ (SA5) ผ่านทางหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาล (CO4) นำเบี้ยยังชีพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพนี้ไปให้กับผู้สูงอายุ (FP1)

ในอนาคตทีมงานของระโนดมีความตั้งใจที่จะเพิ่มบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับทางด้านนี้โดยตรง ได้แก่ จิตแพทย์ (CP6) โดยอยากให้จิตแพทย์มาให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตัวเองทั้งทางร่างกาย และจิตใจให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลโดยตรง และยังมีความตั้งใจที่จะให้อสม.และอผส. (CP4) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (CA7) และจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (CA8) ให้กับผู้สูงอายุ (FP1) อีกด้วย

กิจกรรมที่ 3 : ทบทวนผลการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)

ระยะเวลาที่ใช้ : 1 ชั่วโมง 30 นาที

อุปกรณ์ : 1) ใบงานที่1 “สะท้อนสิ่งที่เราได้ทำมา...ดูสักหน่อย”
2) กระดาษ Flip Chart
3) ปากกาเคมี

วิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร

กลุ่ม	วิทยากรและผู้ช่วยวิทยากร
กลุ่มที่ 1 จังหวัดราชบุรี	1. รศ.ดร.ดุษฎี 2. นายวีรพงษ์
กลุ่มที่ 2 จังหวัดน่าน	1. อ.ดร.ฐาศุกร์ 2. ผศ.ธีรชน 3. อ.ดร.ภิญญาพันธ์
กลุ่มที่ 3 จังหวัดฉะเชิงเทรา	1. อ.ดร.นิยะดา 2. นางสาวณภัทรรัตน์
กลุ่มที่ 4 จังหวัดสกลนคร	1. อ.ดร.ครรชิต 2. นางสาวปานรดา
จังหวัดที่ 5 นครราชสีมา	1. อ.ดร.นฤมล 2. อ.ดร.มณฑิรา

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. จัดกลุ่มผู้เข้าร่วมออกเป็น 6 กลุ่มตามพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มฉะเชิงเทรา กลุ่มราชบุรี กลุ่มนครราชสีมา กลุ่มสกลนคร กลุ่มน่าน และกลุ่มสงขลา
2. ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator)ประจำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกาของการทำและแจ้งประเด็นการทำ AAR ซึ่งได้แก่ **“สะท้อนความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ”** (กิจกรรมครั้งที่1 การทำ Environmental Scanning กิจกรรมครั้งที่2 การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่1เพื่อสร้างโมเดลการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กิจกรรมครั้งที่3 ลงพื้นที่จัดกิจกรรม “ฐานเรียนรู้ดูแลสูงวัย” ประกอบด้วย ฐาน1 สร้างเรื่องเล่า ฐาน2 แสดงบทบาทสมมติ ฐาน3 รู้ไว้ใช่ว่า มีค่าแน่นอน และให้แต่ละพื้นที่ฝึกเก็บเรื่องเล่าด้วยตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 4 (ครั้งล่าสุด) การประชุมเชิงปฏิบัติการที่ กทม. ครั้งที่2)
3. ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator)ประจำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแต่ละพื้นที่ระดมความคิดเพื่อตอบคำถาม 9 ข้อ ทั้งนี้ให้เวลาสมาชิกแต่ละท่านคิด และเรียบเรียงความคิด ประมาณ 5 นาที (ใช้ใบงานที่1“สะท้อนสิ่งที่เราได้ทำมา...ดูสักหน่อย”)จากนั้นให้แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม โดยให้ช่วยกันสรุปประเด็นที่สำคัญ และอภิปรายจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ได้โดยมี ผู้จดบันทึก (Note taker)เป็นผู้จดบันทึกการสิ่งที่ได้จากการแลกเปลี่ยนในกลุ่ม ในประเด็น ดังนี้

   คำถามเพื่อทบทวนการปฏิบัติ

   1) ท่านได้ทำกิจกรรมอะไรบ้าง ทำอย่างไร
   2) ท่านรู้สึกอย่างไร
   3) สิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการทำกิจกรรมที่ผ่านมาคืออะไร
   4) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่สูงกว่าที่คาดหวังคืออะไร
   5) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่ต่ำกว่าที่คาดหวังคืออะไร
   6) สิ่งที่คิดว่าควรปรับปรุงในการทำกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาคืออะไร
   7) หากต้องทำกิจกรรมครั้งต่อไป จะปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้น
   8) ทักษะและความรู้ที่ต้องมีก่อนการทำครั้งหน้า
   9) สิ่งที่ได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์คืออะไร

4. แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการทำ AAR ต่อที่ประชุมกลุ่มใหญ่ โดยเลือกนำเสนอบางประเด็นที่กลุ่มสรุปร่วมกันแล้วเห็นว่าสำคัญ เช่น สิ่งที่ได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์คืออะไร สิ่งที่คิดว่าควรปรับปรุงในการทำกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาคืออะไร หากต้องทำกิจกรรมครั้งต่อไป จะปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้น เป็นต้น

ใบงาน
“สะท้อนสิ่งที่เราได้ทำมา...ดูสักหน่อย”

คำชี้แจง จากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านขอให้แต่ละท่านคิดทบทวนและลองตอบคำถามต่อไปนี้

1) ท่านได้ทำกิจกรรมอะไรบ้าง ทำอย่างไร

.....

.....

2) ท่านรู้สึกอย่างไร

.....

.....

3) สิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการทำกิจกรรมที่ผ่านมาคืออะไร

.....

.....

4) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่สูงกว่าที่คาดหวังคืออะไร

.....

.....

5) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่ต่ำกว่าที่คาดหวังคืออะไร

.....

.....

6) สิ่งที่คิดว่าควรปรับปรุงในการทำกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาคืออะไร

.....

.....

7) หากต้องทำกิจกรรมครั้งต่อไป จะปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้น

.....

.....

8) ทักษะและความรู้ที่ต้องมีก่อนการทำครั้งหน้า

.....

.....

9) สิ่งที่ได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์คืออะไร

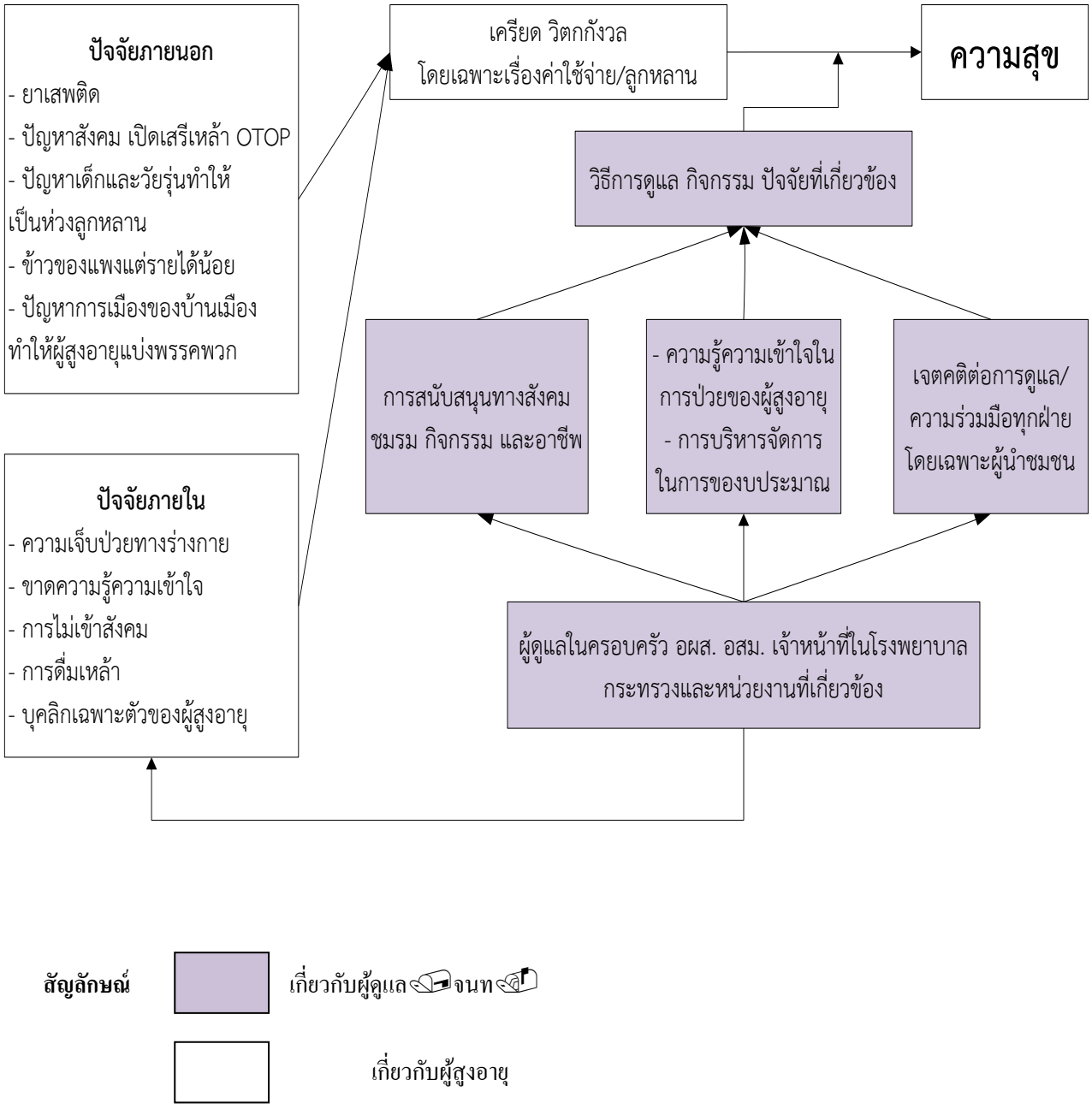
.....

.....

ภาคผนวก ฌ

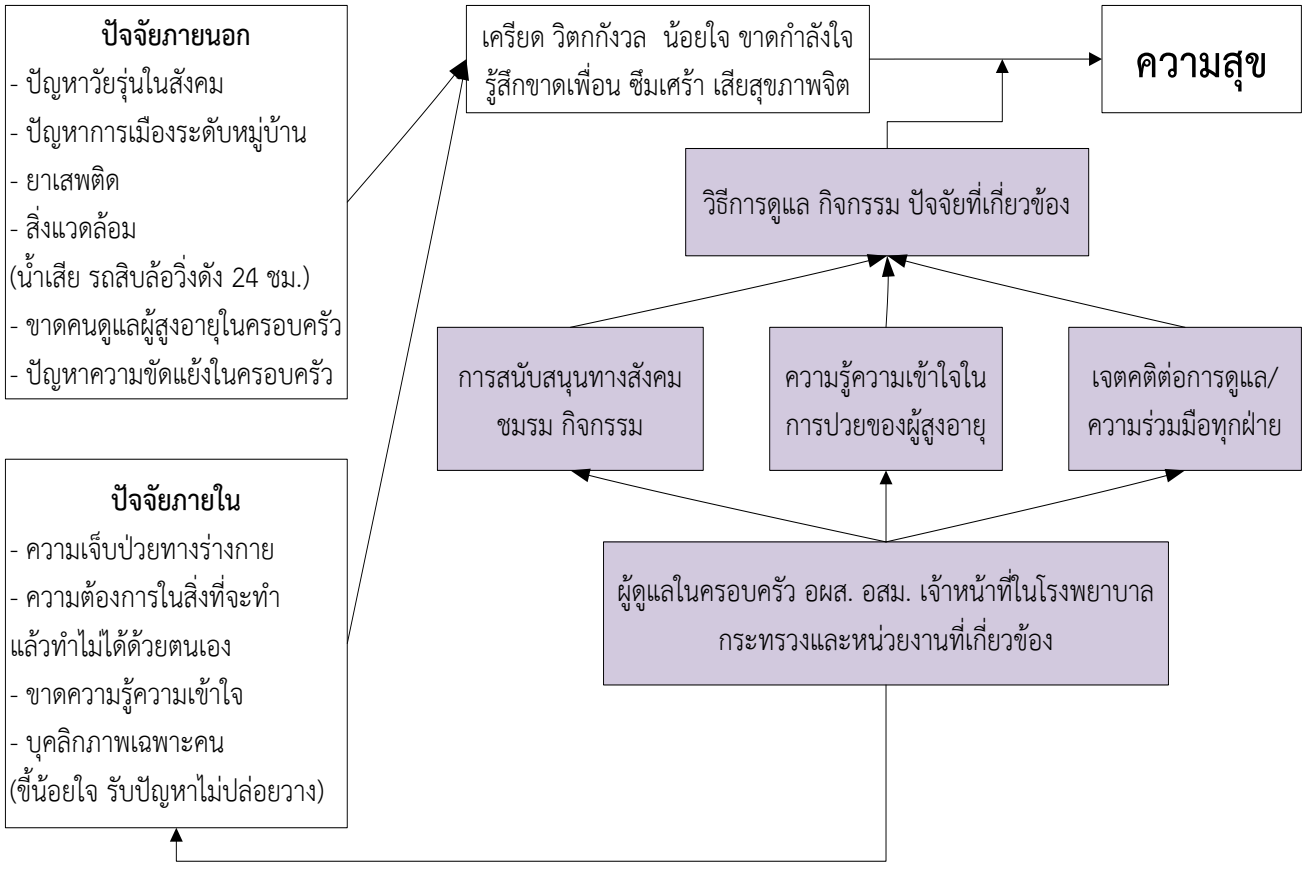
โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: ต. ส้าน จ.น่าน



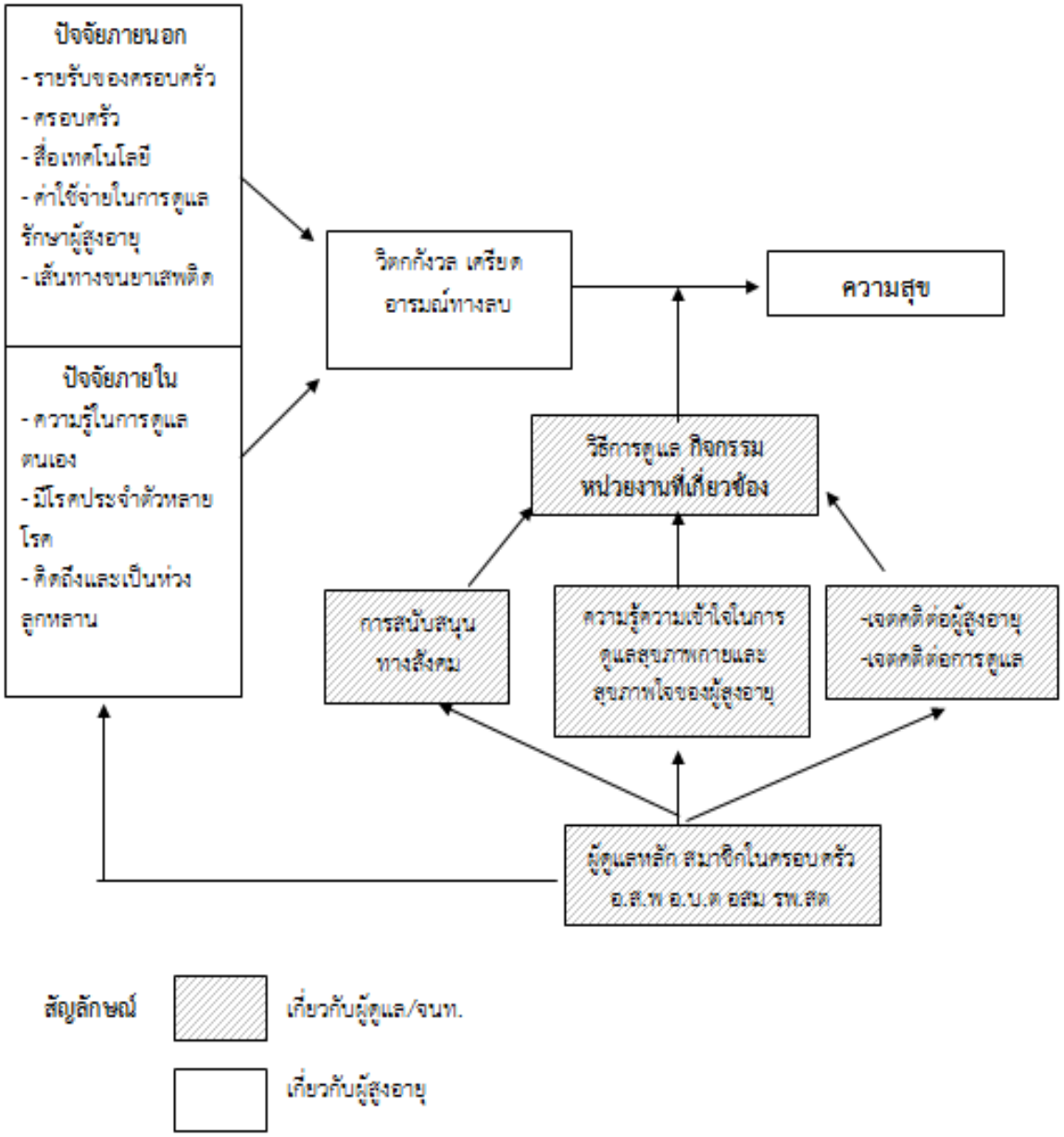
ภาพประกอบ 1 โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: ต. ส้าน จ.น่าน

โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: บางแพ ราชบุรี



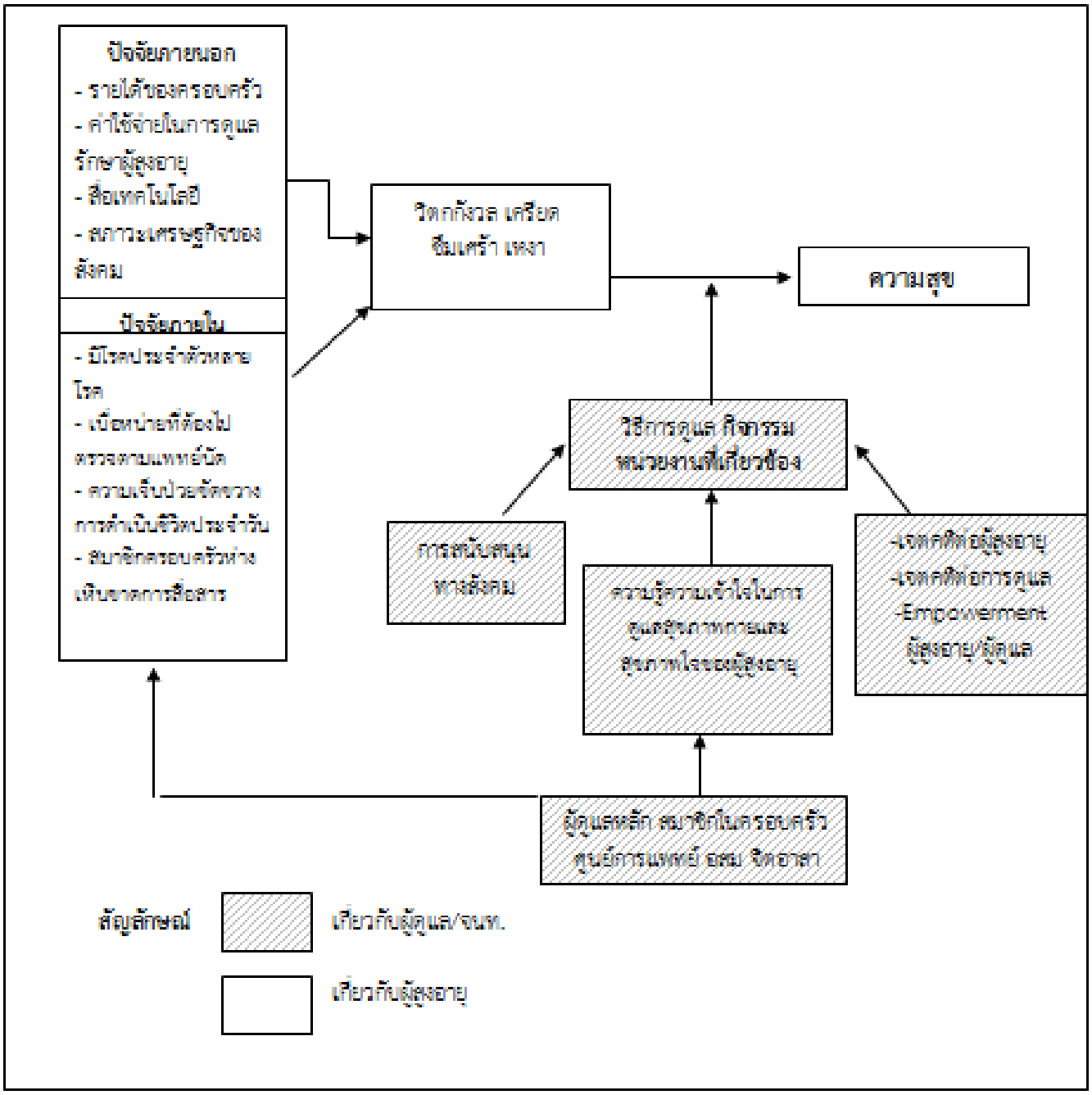
ภาพประกอบ 2 โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: บางแพ ราชบุรี

โมเดล : สาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล สกลนคร



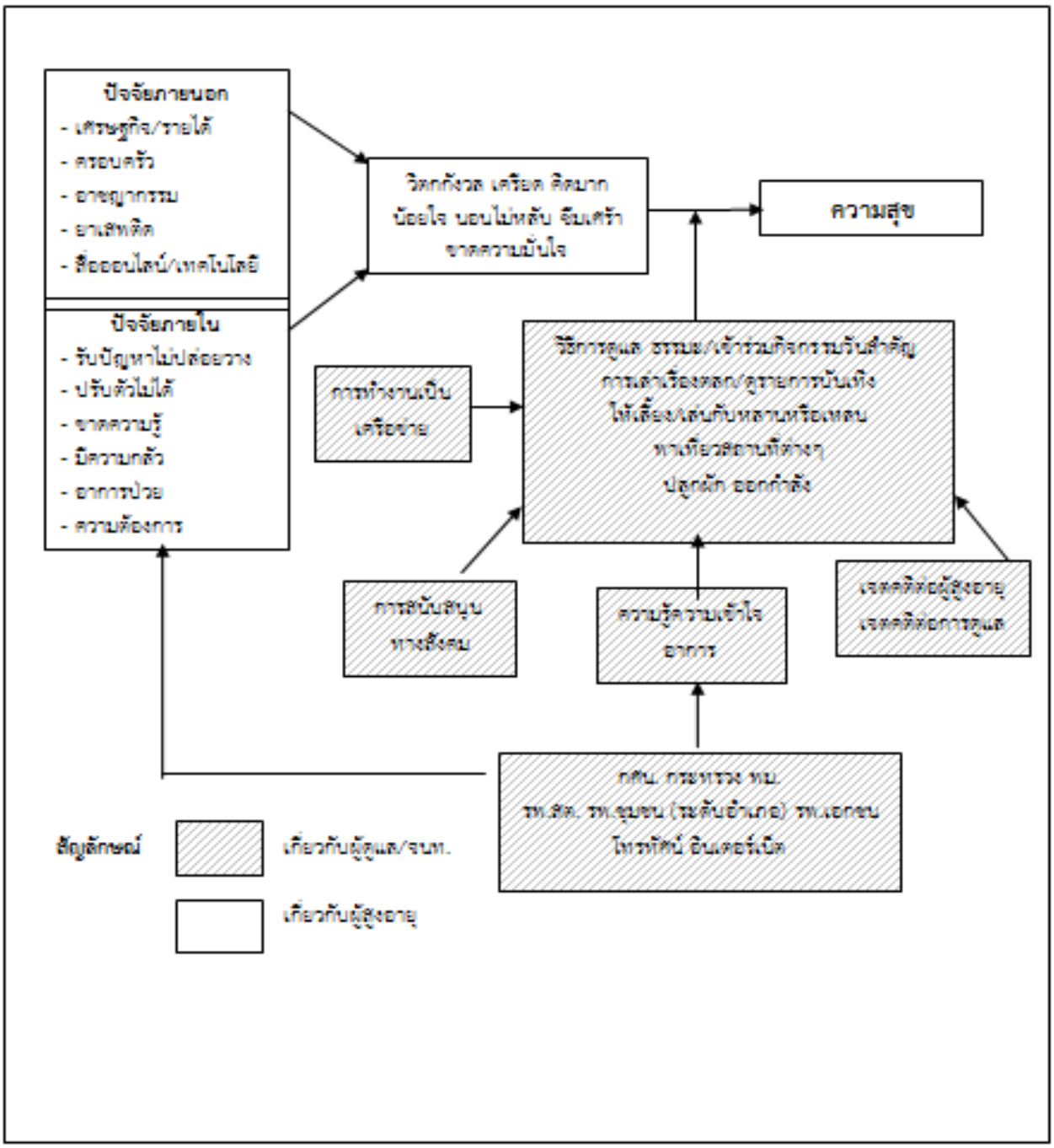
ภาพประกอบ 3 โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: สกลนคร

โมเดล : สาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล นครราชสีมา



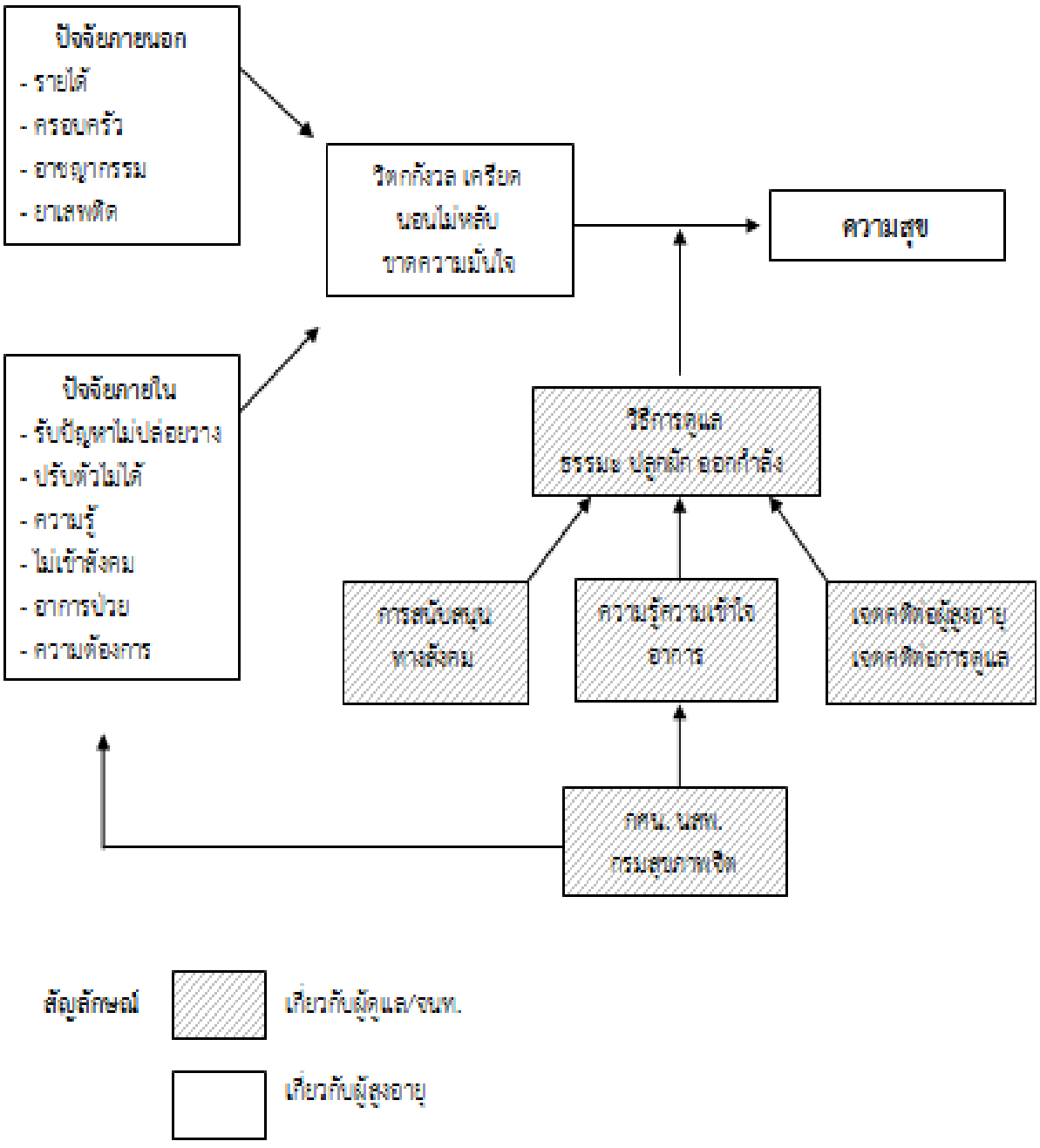
ภาพประกอบ 4 โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: นครราชสีมา

โมเดล : สาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ฉะเชิงเทรา



ภาพประกอบ 5 โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: ฉะเชิงเทรา

โมเดล : สาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล สงขลา



ภาพประกอบ 6 โมเดลสาเหตุและผลลัพธ์ของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้สูงอายุ: สงขลา