

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจ  
ของ **ผู้สูงอายุ**  
เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต



กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

# แนวทาง

การดูแลทางด้านสังคมจิตใจของ  
ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)

ชื่อหนังสือ

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ  
เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  
(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุจิต สุวรรณชีพ  
นางนันทนา รัตนากร  
นางสาวกาญจนา วณิชรมณีย์  
นางสาวพรธนี ภาณุวัฒน์สุข  
นางสาวนันทน์ภัส ประสานทอง

พิมพ์ครั้งที่ 1

กรกฎาคม 2556 จำนวน 6,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2

ธันวาคม 2556 จำนวน 5,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 3

กรกฎาคม 2557 จำนวน 2,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 4

พฤศจิกายน 2558 จำนวน 1,200 เล่ม

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 8069 โทรสาร 0 2590 8078

พิมพ์ที่

ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

ISBN

978-974-296-812-0

	หน้า
บทนำ	1
บทที่ 1	7
☛ เทคนิคในการ Approach ผู้สูงอายุ	11
☛ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ	13
บทที่ 2	27
บทที่ 3	33
บทที่ 4	39
☛ วิธีการให้คำแนะนำแบบสั้น	41
☛ วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ	43
☛ วิธีการสร้างแรงจูงใจ	45
บทที่ 5	47
และการตาย	
บทที่ 6	53
☛ แนวทางการให้การดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการ	54
☛ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน	57
บทที่ 7	59
☛ การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลความเจ็บป่วย	60
☐ ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน	60
☐ ระยะเยี่ยมบ้าน	62
☛ ขั้นตอนการให้บริการเมื่อพบผู้ป่วยและญาติ	63
☛ วิธีการให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสังคมจิตใจที่สำคัญ	65

ภาคผนวก	67
♣ วิธีการดูแลทางด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุ	68
♣ การให้การปรึกษาที่ใช้เป็นหลักในการให้ความช่วยเหลือ	71
♣ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)	87
♣ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	88
♣ แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	90
♣ รายชื่อแหล่งส่งต่อหน่วยงานโรงพยาบาล ในสังกัดกรมสุขภาพจิต	93
♣ บรรณานุกรม	96

## ๑ ความสำคัญของการดูแลทางสังคมจิตใจ

มีคำกล่าวทางพุทธศาสนาถึงธรรมชาติ 4 ประการสำหรับผู้สูงอายุที่พึงกระทำและควรทำให้เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความสุขชั้นโลกีย์สุข ได้แก่ สุขกาย สุขใจ พลามัยสมบูรณ์และเพิ่มพูนงานอดิเรก (เชิด เจริญรัมย์, 2552) เช่นเดียวกับการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถภาพทางจิตใจในการลดความทุกข์และสร้างสุขให้ตนเองได้ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2555) จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจอันเนื่องมาจาก การสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าผู้สูงอายุนั้นๆปรับตัวปรับใจไม่ทัน จะนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุไทยจะมีปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ เครียด วิตกกังวล โรครจิต สมองเสื่อม ซึมเศร้า และการติดสารเสพติด

การให้การดูแลทางสังคมจิตใจด้วยการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุ รับรู้ เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการณเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับสภาวะอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ นอกจากนี้จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของสถานบริการในการรองรับปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ประเทศไทยต้องเผชิญในทศวรรษนี้

## ๑ ความหมายของการดูแลทางด้านสังคมจิตใจ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2556)

การดูแลทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ดูแล โดยคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาหรือภาวะโรคและมีแนวทางการปรับตัวต่อปัญหาหรือความเจ็บป่วย รวมทั้งให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่บุคคลทั่วไปโดยใช้การสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างสัมพันธภาพเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการ

## ๑ วัตถุประสงค์ของคู่มือ

เพื่อให้บุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีความรู้พื้นฐาน และทักษะด้านสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ เพื่อให้การดูแลเบื้องต้น การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การส่งต่อ และการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบได้

## ๑ ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1) บุคลากรสาธารณสุขในระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สามารถใช้ทักษะการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจ

2) มีการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

3) มีการให้บริการด้านการดูแลทางสังคมจิตใจ เพื่อส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

## ๖ กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งจะพิจารณาตาม สมรรถภาพทางด้านร่างกายตามนิยามของกรมอนามัย คือ (วรรณภา อรุณแสง และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

1.1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรค ที่ยังคงควบคุมโรคได้

1.2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีความจำกัดในการ ดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือจิตใจ จนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

1.3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอื่นๆ มีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

2. ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่คอยดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ที่เป็นญาติ และผู้ที่รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ (วารี ละกิติ, 2551)



## ๑ การให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

สัดส่วนของผู้สูงอายุจำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง มีประมาณร้อยละ 78 20 และ 2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ในการดูแลทางด้านสังคมจิตใจจำแนกได้ดังนี้

1. กลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยตัวเองได้ดี ไม่ค่อยมีปัญหาทางด้านจิตใจ การดูแลหลักต้องผลักดันให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมต่างๆที่ผู้สูงอายุสนใจ ทั้งนี้ภายในชมรมต้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทางกาย พัฒนาความคิด พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และกิจกรรมที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้กิจกรรมในชุมชนควรเป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยเฉพาะในกลุ่มติดสังคมสามารถเปลี่ยนภาวะให้เป็นพลังของชุมชนได้ เช่น

กิจกรรมการช่วยเหลือเด็กเล็ก ด้วยการพัฒนาเด็กเล็ก อาทิ ทำอย่างไรให้เด็กเล็กในชุมชนได้ความสนุก (ด้วยการใช้การละเล่นในอดีตเล่นกับเด็กหรือสอนครูพี่เลี้ยง) ได้รับความฉลาด (ด้วยการฝึกวิธีการตั้งคำถามแล้วให้เด็กเล็กตอบ/ฝึกให้เด็กได้ใช้จินตนาการ/เล่นิทานให้เด็กฟัง เป็นต้น) ได้รับความภาคภูมิใจ (จากการที่เด็กมีคนยกย่องชมเชยและมีเพื่อนที่สูงวัย)

กิจกรรมช่วยเหลือวัยรุ่น ด้วยวิธีง่ายๆ โดยให้ผู้สูงอายุผูกสัมพันธ์กับวัยรุ่น พูดคุย ใต้ถ่ม และเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้แสดงออกโดยผู้สูงอายุเป็นสื่อกลางกับคนต่างวัย

กิจกรรมการเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือชุมชน เช่น การฝึกทักษะการฟังให้ผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นທີ່ปรึกษากับคนต่างวัย ฝึกทักษะการถ่ายทอดเพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆในชุมชนได้อย่างน่าสนใจ เป็นต้น

2. กลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตได้ ถ้ามีปัญหาทางด้านจิตใจ ต้องให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องนั้นๆ ก่อน จากนั้นค่อยถามสารทุกข์สุกดิบ การเยี่ยมบ้านจึงต้องมีข้อมูลของผู้สูงอายุรายนั้นๆ และต้องเตรียมคำถามที่สามารถสร้างความมีคุณค่าและกระตุ้นให้เกิดความภาคภูมิใจในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เมื่อไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มนี้บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นฝ่ายฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุระบายปัญหาแล้วจึงร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา

3. กลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มนี้ นอกจากต้องรู้ข้อมูลของผู้สูงอายุแล้วต้องเตรียมเรื่องที่จะพูดคุยกับผู้สูงอายุ เมื่อไปถึงบ้านผู้สูงอายุถ้าพอจะนั่งเอนหลังได้ก็ให้จัดทำนั่งให้กับผู้สูงอายุเพราะจะทำให้การพูดคุยจะสื่อสารเป็นไปได้ดีขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดคุยเล่าเรื่องมากกว่าที่จะเป็นฝ่ายพูดเสียเอง ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้สูงอายุเคยประสบความสำเร็จภาคภูมิใจในอดีต เพื่อเป็นประเด็นการตั้งคำถามและให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องให้ฟัง



## สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

### ๑ ธรรมชาติผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาองค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆกันไป โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าจึงพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย ผู้สูงอายุมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งจะเป็นรากฐานของการแสดงออกของคน แต่ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเดิม การศึกษา ประสบการณ์ สภาพสังคมในวัยเด็ก อย่างไรก็ตามักพบบ่อยๆว่า ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจซึ่งเป็นการปรับตัวเชิงลบ และการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน แบ่งได้ 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านสังคม และทางด้านจิตใจ ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

1. ทางด้านสังคม พบว่าเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับความสูญเสีย ดังนี้ (สุจริต สุวรรณชีพ, 2555)

- การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยมีบทบาทตำแหน่ง และมีคนเคารพนับถือในสังคมเปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม การมีบทบาทลดลงทำให้สูญเสียความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม อยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (Poor Self-Image) และรู้สึกว่าการกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

- การสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อเกษียณอายุ หรือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจนทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก

- การสูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี เนื่องจากรายได้ลดลงขณะที่ค่าครองชีพกลับสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาในการดำรงชีวิต

## 2. ทางด้านอารมณ์และจิตใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

- ด้านบุคลิกภาพ โดยปกติผู้สูงอายุจะมีบุคลิกภาพไม่ต่างจากเดิม บางรายถ้ามีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอัมมโนทัศน์ การยอมรับของสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆตัวผู้สูงอายุ และการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

- ด้านการเรียนรู้ พบว่าการเรียนรู้จะลดลงมากโดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี แม้การเรียนรู้จะลดลงแต่ก็ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ ถ้าการเรียนรู้นั้นสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจจริงของผู้สูงอายุ โดยสิ่งที่คุณสูงอายุเรียนรู้ได้ดีและเร็วคือการเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่ไปเร่งรัด

- ด้านความจำ มักพบว่าผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆลดลง การกระตุ้นความจำจึงต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน หรือการจดบันทึกช่วยจำ

- ด้านสติปัญญา โดยปกติความสามารถทางสมองจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 30 ปีเป็นต้นไป ในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา สภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การเรียนรู้และการแก้ปัญหาในอดีต โดยทั่วไปการเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไปไม่เท่ากันทุกคน คุณลักษณะการเสื่อมทางปัญญาที่พบในผู้สูงอายุได้แก่

- ความสามารถในการใช้เหตุผล
- ความสามารถในการคำนวณบวกลบตัวเลข
- ความสามารถในการคิดเรื่องนามธรรม

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

- ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ แต่จะดีขึ้นถ้ามีการใช้ประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาเข้าช่วย อย่างไรก็ตามก็ยังใช้เวลาในการคิดนานกว่าวัยหนุ่มสาว

- ความสามารถในการคิดตัดสินใจ พบว่าจะช้าลงบางครั้ง ต้องให้บุคคลอื่นช่วยในการตัดสินใจ

● ด้านการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ โดยปกติเนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกาย เช่นสมองทำงานลดลง ความจำสั้นลง

● ด้านเจตคติ ความสนใจและคุณค่า ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจาก เพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติและวัฒนธรรม ดังนั้นการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องราวใหม่ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนเจตคติได้

● ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าคุณค่าในวัยฟั่งฟางเพราะความเสื่อม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง

## ๘ การสังเกตปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2555)

1. สังเกตอาการต่างๆ จากการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ การกินผิดปกติ อาจจะกินมากขึ้นกว่าเดิม ยังไม่สบายใจก็ยิ่งกินมาก หรือบางคนก็ตรงข้ามคือกินน้อยลง เบื่ออาหาร ชูบผอมลงต่างๆ ที่ไม่มีปัญหาทางร่างกาย บางคนมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

2. การนอน อาจจะมีการนอนหลับมากกว่าปกติ เช่น มีอาการง่วงเหงาซึ่ม เซื่อง อยากนอนตลอดเวลา หรือบางคนก็ตรงข้ามคือ นอนไม่หลับ ตกใจตื่นตอนดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก บางคนอาจมีอาการฝันร้ายติดต่อกันบ่อยๆ

3. อารมณ์ผิดปกติ หงุดหงิดบ่อยขึ้น เคร้าซึม เคร่งเครียด ฉุนเฉียว วิตกกังวลมากขึ้นกว่าเดิมจนสังเกตเห็นได้และสร้างความลำบากใจให้กับคนรอบข้าง

4. พฤติกรรมการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เคยเป็นคนร่าเริงแจ่มใส ช่างพูด ช่างคุย ก็กลับซึมเศร้า เงียบขรึม ไม่พูดไม่จา บางคนก็หันไปพึ่งยาเสพติด เหล้า บุหรี่ เป็นต้น บางคนอาจเคยพูดน้อยก็กลายเป็นคนพูดมากหรือแสดงความคิดเห็นในเรื่องเพศอย่างผิดปกติ เป็นต้น

5. มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งหาสาเหตุไม่พบ เช่น ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ปวดกระดูก วิงเวียนศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น

๐ **เสียงสะท้อนจากผู้สูงอายุ (จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุ  
ที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน  
กระทรวงสาธารณสุข)**

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มาโรงพยาบาลแม้จะมาตรวจตามนัดหลายครั้ง คุ่นชินกับสถานที่ แต่ลึกๆแล้วบางรายก็มีอาการตื่นเต้น บางรายก็หวาดกลัวกับหัตถการทางการแพทย์ สิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงออกมีหลากหลายบางรายความดันโลหิตสูงขึ้น บางรายเดินไปเดินมา บางรายจะลุกขึ้นมาถามโน่น ถามนี้ บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องจับความรู้สึกเหล่านี้ให้ได้ เรามักพบเสมอว่าเจ้าหน้าที่มักจะเฉยๆ หรือไม่สนองตอบต่อสิ่งที่ผู้สูงอายุกังวล หรือบางรายหลีกเลี่ยงการตอบคำถาม หรือบางรายแสดงสีหน้ารำคาญ หรือบางรายใช้น้ำเสียงที่เน้นเสียงไม่น่าฟัง หรือบางรายดูว่าผู้สูงอายุ จนทำให้เกิดความคับข้องใจต่อผู้สูงอายุ ในที่สุดก็ทำให้เกิดปัญหาด้านบริการกับผู้สูงอายุตามมา

สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นภาพการให้การดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงร่างกายแต่ไม่ได้คำนึงถึงจิตใจ แค่เพียงปรับเปลี่ยนทัศนคติ ใส่ใจ และแสดงออกด้วยพฤติกรรมง่ายๆ ซึ่งแสดงถึงความสนใจ ความใส่ใจต่อผู้ที่อยู่ตรงหน้าเรา ด้วยคำพูดง่ายๆ ว่า “วันนี้ดูคุณป้าวิตกกังวลมากเลย มีอะไรจะให้ดิฉัน/ผม

ช่วยเหลือไม้คะ/ครับ” หรือการพูดปลอบใจ “คุณปู่/คุณลุง สีหน้าไม่ค่อยดีเท่าไร นั่งลงก่อนนะคะ มีอะไรต้องการให้ช่วยเหลือไม้คะ” หรือการให้คำแนะนำง่ายๆ ด้วยคำพูดที่อ่อนโยน “ดูเหมือนความดันโลหิตของคุณปู่สูงกว่าปกติ มีอะไรในใจหรือเปล่าคะ กลัวอะไรหรือเปล่า หรือยังเหนื่อยอยู่คะ นั่งลงพักผ่อนก่อนนะคะ ชัก 15 นาที แล้วเดี๋ยวค่อยวัดใหม่ ระหว่างนี้ก็ทำใจให้สบายๆนะคะ อย่าเครียด บางทีความเครียดผสมกับความกลัวและการเดินทางเหนื่อยๆก็ทำให้ความดันโลหิตสูงได้คะ”

แค่คำพูดง่ายๆไม่กี่ประโยค ไม่ต้องลงทุน แต่คำพูดเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความเอื้ออาทร การใส่ใจ ความห่วงใย จากบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้จะทำให้ผู้สูงอายุไว้วางใจแล้ว สิ่งเหล่านี้สามารถช่วยลดปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งปัญหาด้านบริการที่อาจเกิดขึ้นได้

## ๑ เทคนิคในการ Approach ผู้สูงอายุ

1. บุคลากรสาธารณสุขควรเริ่มต้นด้วยการให้ความเคารพและอ่อนน้อมต่อผู้สูงอายุไว้ก่อนโดยยึดหลักธรรมเนียมไทยคือการยกมือไหว้ผู้สูงอายุ การที่บุคลากรสาธารณสุขยกมือไหว้ผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการให้เกียรติ ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น เกิดความรู้สึกอบอุ่นและภาคภูมิใจ

การไหว้เป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายมากไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ใดๆ แต่กลับมีพลังมหาศาลที่จะทำให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นคนอ่อนน้อม ถ่อมตน มีสัมมาคารวะ จะช่วยให้เกิดความเอื้ออาทรและความรู้สึกดีๆระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและผู้สูงอายุ และเป็นทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีที่ทำได้ง่ายๆ ก่อนที่จะใช้ทักษะการสื่อสารอื่นๆ

2. พยายามจดจำผู้สูงอายุให้ได้และรู้จักผู้สูงอายุให้ได้เป็นรายบุคคล เช่นจำชื่อเรียกได้ถูกต้อง



3. เมื่อผู้สูงอายุเข้ามาพูดคุยคำพูดต่างๆที่สื่อสารกับผู้สูงอายุ “วันนี้คุณลุงมาพบเจ้าหน้าที่ คุณลุงมีอะไรให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือคะ” (เปิดประเด็นด้วยคำถามปลายเปิด) เมื่อผู้สูงอายุพูดก็ต้องเป็นนักฟังที่ดี ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่อยู่ตรงหน้า รับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุด้วยความตั้งใจ ให้ความสนใจในเรื่องราวที่กำลังรับฟัง และรู้จักกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องของตนเองมากที่สุดพร้อมสังเกตและจับใจความสิ่งที่ผู้สูงอายุเล่า คำพูดต่างๆที่จะทำให้ผู้สูงอายุพูดคุยต่อเนื่องคือการสะท้อนความรู้สึกของผู้สูงอายุด้วยคำถามปลายเปิดที่ผนวกสิ่งที่ผู้สูงอายุเล่า เช่น “ฟังจากที่คุณลุงเล่ามาดูเหมือนคุณลุงจะไม่ค่อยมีความสุข/กังวลใจ/เครียด/กลัว หลังจากที่คุณลุงควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้” (สะท้อนอารมณ์) และต้องแสดงออกถึงความเป็นกันเอง กรณีที่ผู้สูงอายุพูดคุยความรู้สึกในแง่ลบ ก็เพื่อต้องการระบายความรู้สึก บุคลากรสาธารณสุขควรฟังด้วยความตั้งใจและสนใจ ไม่ทำท่าเบื่อหน่าย รำคาญ หรือเห็นพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นเรื่องน่าขัน ในบางกรณีอาจต้องใช้ภาษาที่เหมาะสมเช่นการสัมผัสเพื่อปลอบโยน

4. เลือกวิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ต้องให้ความสำคัญกับความรู้สึกและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่อยู่ตรงหน้า พยายามทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และระมัดระวังกับการจัดการกับอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มาขอรับการปรึกษา ควรตระหนักไว้ว่า การวิจารณ์การพูดตำหนิติเตียน อาจทำให้เกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างกันได้ ควรช่วยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเรื่องต่างๆด้วยตัวเอง และสนับสนุนหรือช่วยเหลือให้เกิดการแก้ไขปัญหา

5. ระมัดระวังการให้ข้อมูล太多จนเกินไป เพราะการรับรู้และความสามารถด้านการจดจำของผู้สูงอายุเริ่มช้าลง

6. น้ำเสียงที่ใช้สื่อสารควรใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ตรงหน้า อย่าลืมการแสดงความรู้สึกเป็นห่วง เห็นใจ เข้าใจผู้สูงอายุที่อยู่ตรงหน้า

## ๑ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ

**สาระสำคัญ :** มักพบเสมอว่าปัญหาที่รบกวนจิตใจผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักเป็นเรื่องสัมพันธ์ภาพในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัวและ สิ่งที่ผู้สูงอายุไวต่อความรู้สึกมากที่สุดคือการเสียหน้า การเสียคุณค่าและการ เสียความเคารพจากผู้อื่น ส่วนปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ เรื่อง ความเครียด วิดกกังวล เหนง/ว้าเหว่ จู้จี้ ขี้บ่น กลัวการถูกทอดทิ้ง รู้สีกว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า นอนไม่หลับ

### 1. ความเครียด

เป็นสภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆในสิ่งแวดล้อม ที่บีบคั้น กดดัน คุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ หรือความไม่พอใจ (กรมสุขภาพจิต, 2541)

#### อาการที่แสดงว่าผู้สูงอายุเกิดความเครียด

1. อารมณ์ตึงเครียด ยิ้มไม่ออก สนุกไม่ออก หัวใจเต้นแรง
2. ผิวหนังเย็นหรือแห้ง บางครั้งชาตามปลายมือปลายเท้า
3. มีน้ทั้งหัว หรือปวดท้ายทอย
4. หงุดหงิดง่าย ดูไม่มีความสุข หรือเบื่อหน่ายกับชีวิต
5. คิดเรื่องต่างๆไม่ค่อยออก
6. ไม่อยากพูดคุยกับใคร
7. ขาดความกระตือรือร้น ไม่ค่อยมีพลังหรือแรงกระตุ้นในการทำงาน
8. เวลาเหลือจนไม่รู้ว่าจะทำอะไร
9. นอนหลับยากขึ้น หรือไม่หลับเลย

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตของผูสูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

10. มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร อาจทานมากหรือน้อยกว่าปกติ
11. ไม่ค่อยอยากออกไปเจอญาติ มิตร เพื่อน หรือใครๆ
12. ไม่ค่อยสนใจงานอดิเรก หรือกิจกรรมที่ตนเองเคยสนใจทำ หรือเข้าร่วม
13. รู้สึกหงุดหงิด โกรธ คนหรือสภาวะการณ์รอบๆตัว

### แนวทางการช่วยเหลือ

1. หลังจากสังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุมาขอรับคำแนะนำเรื่องเครียดวิตกกังวล นอกจากการกล่าวทักทายโดยทั่วไป แล้วอาจเพิ่มความไว้วางใจจากผู้สูงอายุด้วยวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ วิธีง่ายๆและให้ผลดีคือการถามสารทุกข์สุขดิบ จากนั้นให้บุคลากรสาธารณสุขใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสำรวจปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยการถามคำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้สำรวจและบอกเล่าความคิด ความรู้สึกของตนเอง เช่นการใช้คำถาม “อะไร” หรือ “อย่างไร” เช่น “คุณบ้างพอจะเล่ารายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้นให้ดิฉันฟังได้ไหมคะ” “อาการที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรรึอีกคะ” เป็นต้น

2. ใช้ทักษะในการสื่อสาร เช่นการทวนซ้ำ หรือการสะท้อนอารมณ์ เพื่อยืนยันความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองชัดเจน

3. สรุปความเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจปัญหาโดยเฉพาะสาระสำคัญ

4. ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถเชื่อมโยงถึงที่มาของปัญหา เกิดความเข้าใจในปัญหาและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยบุคลากรสาธารณสุขอาจใช้ทักษะการตอบโต้ดังนี้

4.1 การให้ข้อมูล เช่น “จากที่ฟังมาดูเหมือนว่าคุณบ้างจะหงุดหงิด โกรธ ที่ลูกหลานไม่ให้ความสำคัญ/ไม่ให้ความเคารพ/ไม่มาเยี่ยมเยียน/

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ไม่พอใจการกระทำของลูกหลาน จนทำให้คุณปู่เกิดอาการนอนไม่หลับ ตื่นมา ก็มินหัว ปวดท้ายทอย”

4.2 การหาผลจากการกระทำ เช่น “ลองนึกอีกครั้งซิคะว่าอะไร ที่เป็นต้นเหตุที่ทำให้คุณปู่เกิดความเครียด เช่นไม่พอใจอะไร / ไม่พอใจใคร / ไม่พอใจการกระทำแบบไหนของลูกหลาน”

4.3 การให้ข้อมูลย้อนกลับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในมุมมองของ บุคลากรสาธารณสุข เช่น

“จากที่คุณปู่เล่ามาทั้งหมด แสดงว่าอาการนอนไม่หลับ ตื่นมาก็มินหัว ปวดท้ายทอย เกิดขึ้นหลังจากที่รู้สึกไม่พอใจกับพฤติกรรมของคุณลุง”

4.4 การตีความสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น “จากที่คุณปู่เล่ามาทั้งหมดนี้ ดูเหมือนการกระทำของลูกหลานเรื่อง.....ทำให้คุณปู่หงุดหงิด ไม่พอใจ เก็บเอาความคิดจนเกิดความเครียด และทำให้นอนไม่หลับ”

5. การวางแผนในการแก้ปัญหา ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสามารถ ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้น ตระหนักถึงผลที่จะ ตามมาจากการเลือกในการแก้ปัญหาในแต่ละทาง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ อาจใช้วิธีดังต่อไปนี้

5.1 การให้ความรู้ เช่น การแนะนำเรื่องที่เป็นสาเหตุของความเครียด วิธีการปฏิบัติตัว การนอนในบรรยากาศที่เหมาะสม วิธีการพูดคุย กับลูกหลาน / คู่ชีวิตแบบสร้างสรรค์

5.2 การให้คำแนะนำ เช่น ให้ผู้สูงอายุลองนึกถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นว่าปัญหาอยู่ตรงไหน จากนั้นให้ถามตัวเองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นตัวเองมีส่วนใน ปัญหาอย่างน้อยแค่ไหน และจะแก้ปัญหที่เกิดขึ้นอย่างไร เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุ ไม่พอใจเรื่อง ลูกหลานไม่มาเยี่ยม/ ไม่เคารพ / ไม่ดูแล

“คุณป้าคิดว่าทำไมลูกหลานถึงไม่มาหา/ เขาทำงานหรือเปล่า / แล้วถ้าเขามาจะกระทบกับการงานของเขาหรือไม่”

“เวลาเขามาเยี่ยมแล้วเคยแสดงความเป็นห่วงลูกหลานด้วยการถามถึงสารทุกข์สุกดิบของลูกหลานหรือไม่ (เพื่อแสดงถึงความเป็นผู้ให้ของผู้สูงอายุ) หรือต้องรอให้ลูกหลานถามถึงทุกข์สุขของตัวเอง (แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นแต่เพียงผู้รับซึ่งต้องปรับทัศนคติของผู้สูงอายุด้วย)”

“เวลาชวนคุย คุยถึงเรื่องของลูกหลานบ้างหรือไม่ (ดูว่าผู้สูงอายุขี้บ่นหรือไม่)”

“เวลาลูกหลานมา มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสเมื่อพบหน้ากันหรือไม่”

“เคยช่วยเหลืออะไรลูกหลานบ้างไหม เช่น เลี้ยงหลาน/ ให้ความรู้ / เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องงาน”

“เคยชมลูกหลานบ้างหรือไม่”

5.3 การแนะแนวทาง เช่น การให้คำแนะนำเรื่องการปรับมุมมองให้กว้างขึ้นและให้ลูกหลาน/คู่ชีวิตได้รับรู้ปัญหาและเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น/การฝึกทักษะการตั้งคำถามเพื่อไม่ให้เป็นคนที่น่าเบื่อ/วิธีการคลายเครียด เป็นต้น

5.4 การชักจูง เช่น “ดูเหมือนว่าการแก้ปัญหาเรื่องการกระทำของคนอื่นเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก และยังทำให้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นยิ่งตึงเครียดหรือกระตุ้นให้คุณบ่นรู้สึกเครียดมากขึ้น ดูเหมือนไม่ทำให้อะไรดีขึ้นเลย ลองแก้ไขที่ความคิด ความรู้สึกของตัวเองจะง่ายกว่าหรือเปล่าคะ ลองปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ เอาใจใส่กับผู้อื่นให้น้อยลงแต่ให้เพิ่มความห่วงใยต่อสุขภาพและจิตใจของตัวเองให้มากขึ้น ”

5.5 การฝึกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เช่น การฝึกลมหายใจ การฝึกสติ เป็นต้น

## 2. ความวิตกกังวล (พบในทุกกลุ่ม)

มีความวิตกกังวลที่ต้องพึ่งพาลูกหลาน มักแสดงออกเด่นชัดเป็นความกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เช่น กลัวไม่มีคนเคารพยกย่องนับถือ กลัวว่าตนเองไร้ค่า กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวเป็นคน งกๆ เงินๆ กลัวถูกทำร้าย กลัวนอนไม่หลับ กลัวตาย ความวิตกกังวลแสดงออกทาง ด้านร่างกาย เช่น เป็นลม แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย

### แนวทางการช่วยเหลือ

จะมีแนวทางการช่วยเหลือเช่นเดียวกับปัญหาความเครียดแต่ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ บางอย่างเป็นปัญหาการวิตกกังวลไปเอง เช่นความเป็นห่วงลูกหลาน ความกังวลอันเกิดจากปัญหาของตนเอง ควรแก้ที่ความคิดด้วยการสอนวิธีปรับมุมมองให้กว้างและอาจดึงลูกหลานเข้ามาสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้สูงอายุ กล่าวโดยสรุปว่า ความวิตกกังวลนั้น ต้องรู้ว่าเรื่องอะไร แก้อย่างไร ถ้าวิตกกังวลในเรื่องที่แก้ไขไม่ได้ก็ให้คนอื่นช่วยแก้หรือให้ทำใจ

## 3. รู้สึกว่าลูกหลานไม่เคารพ (พบในทุกกลุ่ม)

แนวทางการช่วยเสริมสร้างกำลังใจเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกน้อยอกน้อยใจ

1. รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ พร้อมจับประเด็นความรู้สึกทางลบ / ประเด็นที่เป็นปัญหา
2. แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้ผู้สูงอายุทบทวนพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง เช่น
  - 2.1 ให้ผู้สูงอายุถามตนเองว่าบ่นมากเกินไปหรือไม่
  - 2.2 ให้ไปฟังคนอื่นบ่นว่าแล้วจะรู้สึกอย่างไร
  - 2.3 เป็นผู้วิจารณ์พรั่าเพรีหรือหรือไม่ เช่น ดุด่าว่ากล่าวลูกหลานมากเกินไปหรือเปล่า

2.4 ให้ผู้สูงอายุถามตนเองว่าเป็นผู้ให้ที่ดีหรือไม่ ถ้าดี ให้อะไรได้บ้าง เช่น ให้ความช่วยเหลือลูกหลานอาทิ งานบ้าน /ดูแลหลาน ให้ความรู้ - ประสพการณ์ เป็นต้น

3. ช่วยคิดและหาทางออกของปัญหาร่วมกัน

4. ปรับวิธีคิด ไม่ควรยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง หรือเอาความคิดของตัวเองเป็นใหญ่หรือถูกต้องเสมอ พร้อมให้ข้อคิด เช่น “ให้คิดถึงอกเขา ไม่ใช่คิดถึงแต่อกเรา”

5. ชื่นชมและให้กำลังใจ ด้วยการให้ผู้สูงอายุเล่าในเรื่องที่ตนเองภาคภูมิใจ หรือเคยทำสำเร็จมาแล้ว

#### 4. รู้สึกว่าตนเองถูกลูกหลานทอดทิ้ง (กลุ่มติดสังคม)

แนวทางการช่วยเสริมสร้างกำลังใจเมื่อผู้สูงอายุกลัวการถูกทอดทิ้ง

1. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุคบหาเพื่อนบ้าน พูดคุยกับกลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกันในชมรมผู้สูงอายุ หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และสร้างเครือข่ายกับคนในชุมชนให้มากที่สุด

2. ฝึกทักษะที่จำเป็นในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น การให้การปรึกษา การเป็นผู้ฟังที่ดี การลดข้อขัดแย้ง การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ และการจัดการกับความเครียด

3. ชักชวนให้ผู้สูงอายุหันมาทำกิจกรรมทางศาสนา ศีลธรรมะ ปฏิบัติธรรม

4. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจต่างๆตามความเหมาะสมหรือหางานอดิเรกที่ชอบทำ

5. แนะนำให้ผู้สูงอายุกู้จักเป็นผู้ฟังที่ดี รู้จักพูดคุยอย่างสร้างสรรค์ ไม่เป็นคนช่างตำหนิ ตัวอย่างเช่น การแนะนำผู้สูงอายุว่าต้องระลึกไว้เสมอว่า “การไปหาลูกหลานเมื่อคิดถึง ไม่เป็นการเสียดังค์ศรี” “การไปเยี่ยมเยียนลูกหลานจะช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนรุ่นถัดไป

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

## แนวทางการช่วยเสริมสร้างกำลังใจเมื่อผู้สูงอายุกลัวถูกทอดทิ้ง กลุ่มติดบ้าน / ติดเตียง

1. ประสานเครือข่ายทางสังคมให้ดูแลช่วยเหลือ เยี่ยมบ้าน พร้อมสอนวิธีการพูดคุยให้กำลังใจ
2. เมื่อไปเยี่ยมบ้าน ต้องพูดคุยและให้กำลังใจ ถ้าไม่สะดวกในการไปเยี่ยมลูกหลาน ให้ใช้อุปกรณ์สื่อสาร หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง เพื่อป้องกันความรู้สึกโดดเดี่ยว และไร้ที่พึ่ง
3. บุคลากรสาธารณสุขต้องบอกกับผู้สูงอายุว่า “เมื่อลูกหลานมาเยี่ยม ต้องไม่ไปบ่นว่าลูกหลาน จึงจะทำให้ลูกหลานไม่รู้สึกลัวว่าผู้สูงอายุจู้จี้ขี้บ่น”
4. ชักชวนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจต่างๆ ที่เหมาะสมกับศักยภาพ
5. สอนวิธีการตั้งคำถามเชิงบวก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีหัวข้อในการสนทนา ที่ไม่ใช่การบ่น การตำหนิ การติเตียน เช่น การตั้งคำถามที่ลูกหลานสนใจ หรือชวนพูดคุยเรื่องที่ลูกหลานกำลังทำอยู่ บุคลากรสาธารณสุขต้องระลึกว่า “การพูดคุยกับลูกหลานจะทำให้ผู้สูงอายุตามทันเหตุการณ์ และโลกปัจจุบันได้และยังทำให้ลูกหลานภาคภูมิใจ และต้องไม่ลืมกล่าวคำขอบใจให้ลูกหลาน เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลาน”

### 5. จู้จี้ขี้บ่น (พบในทุกกลุ่ม)

#### แนวทางการช่วยเหลือ

#### วิธีการให้คำแนะนำลูกหลาน/ญาติ/ผู้ดูแล ดังนี้

1. แนะนำให้ลูกหลาน/ญาติ/ผู้ดูแล รับฟังผู้สูงอายุที่บ่นในช่วงแรกเพื่อเปิดโอกาสให้ได้ระบายความไม่สบายใจหรือความคับข้องใจ
2. แนะนำให้ลูกหลาน/ญาติ/ผู้ดูแล เป็นฝ่ายชวนคุย หมั่นซักถามเพื่อให้ผู้สูงอายุตอบคำถามและลืมเรื่องราวต่างๆที่บ่นว่าไป



3. บุคลากรสาธารณสุขต้องสอนเทคนิคการตั้งคำถามให้กับลูกหลาน/ญาติ/ผู้ดูแล โดยคำถามที่ดีต้องเป็นคำถามที่ให้ผู้สูงอายุในบ้านคิดและตอบคำถามที่ดีต้องเป็นสิ่งที่ลูกหลานหรือผู้ดูแลอยากรู้เพื่อนำไปเป็นประเด็นการคุย

4. แนะนำให้ลูกหลาน/ญาติ/ผู้ดูแล ชักชวนหรือหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำ ซึ่งเป็นงานหรือกิจกรรมที่ทำแล้วเพลิดเพลิน ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดเดิมๆ อาจเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบหรือกิจกรรมแปลกใหม่เพื่อสร้างประสบการณ์แปลกใหม่และดึงความสนใจออกจากเรื่องที่บ่น

5. ลูกหลาน/ญาติ/ผู้ดูแล ไม่ชวนทะเลาะหรือเก็บเรื่องให้ผู้สูงอายุบ่นมาเป็นอารมณ์แต่พยายามทำความเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุที่มีลักษณะย้ำคิดย้ำทำและติดอยู่กับอดีต ไม่ควรตอบโต้ด้วยอารมณ์ที่รุนแรง

### **แนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดังนี้**

1. บุคลากรสาธารณสุขรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบายความไม่สบายใจหรือความคับข้องใจ

2. ใช้คำถามเพื่อสะท้อนให้ผู้สูงอายุได้เห็นภาพของตนเองว่าผู้สูงอายุบ่นมากเกินไปหรือไม่ ด้วยคำพูดง่ายๆว่า “ถ้ามีคนพูดเช่นนี้ให้คุณบ่นบ้างแล้วจะรู้สึกอย่างไร” หรือ “ถ้ามีคนวิจารณ์คุณลงแล้วคุณลงจะรู้สึกอย่างไร”

3. ช่วยผู้สูงอายุฝึกวิธีการตั้งคำถามอย่างสร้างสรรค์ ชวนคิด เพื่อเป็นประเด็นในการพูดคุย แทนการบ่นว่า

### **6. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า**

ในวัยสูงอายุความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ความภาคภูมิใจในตัวเองลดน้อยถอยลง บางรายต้องพึ่งพิงผู้อื่นเพราะปัญหาความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายและสติปัญญา บางรายรู้สึกน้อยอกน้อยใจหรือซึมเศร้า ไม่สามารถสร้างกำลังใจเมื่อเกิดความรู้สึกน้อยอกน้อยใจได้ บางรายจู้จี้ขี้บ่นและรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ต่อตนเอง

## แนวทางการช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม)

1. ฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในเรื่องง่าย เช่น กิจวัตรประจำวันในบ้านเล็กๆน้อยๆ หรือการดูแลเด็กๆ เพื่อไม่ทำให้รู้สึกเป็นภาระกับคนอื่น
2. ให้ผู้สูงอายุใกล้ชิดกับเพื่อนผู้สูงอายุคนอื่นๆ เพื่อฝึกให้เกิดการช่วยเหลือกันเอง เช่น การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน จิตอาสาในรูปแบบต่างๆ เพื่อทำตนให้เป็นประโยชน์ และเสียสละเพื่อส่วนรวม (อาจเป็นแรงงานหรือทรัพย์สินหรือความรู้ก็ได้)
3. ฝึกให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือผู้อื่น เช่น การตั้งชมรมต่างๆ และชุมชนควรวัดเวลาที่ให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็น หรือในประเด็นต่างๆ เพื่อกระตุ้นสมอง ป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น
4. ฝึกให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้การปรึกษา/วิทยากร/นักจัดรายการวิทยุชุมชน ฯลฯ ให้ท้องถิ่นเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจและเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีพลังในการดำเนินชีวิต และป้องกันภาวะซึมเศร้า

## แนวทางการสร้างคุณค่าในตนเอง (ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน)

ในกลุ่มนี้จะเน้นการเยี่ยมบ้านเป็นหลัก บุคลากรสาธารณสุขต้องอาศัยทักษะการสื่อสาร

1. ให้ทักทาย พูดคุย เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้กำลังใจ โดยปกติผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะรู้สึกดีใจที่มีคนมาเยี่ยม อยากพูดคุย อยากทักทาย อยากเล่าเรื่องต่างๆ ให้ผู้อื่นฟังอยู่แล้ว
2. ให้ถามความเห็นในเรื่องที่ผู้สูงอายุถนัด และให้เล่าเรื่องราวให้ฟังพร้อมทั้งจดบันทึกเพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นว่าเรื่องที่เล่า มีคนสนใจ และสำคัญ
3. ให้ค้นหาศักยภาพ เพื่อประเมินความสามารถและส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ให้มากที่สุด เช่น “ในแต่ละวันคุณลุง มีกิจวัตรประจำวันอะไรบ้าง และกิจกรรมที่ชอบคืออะไร/อยากทำอะไร” “คิดว่าตัวเองเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกหลานเรื่องอะไรบ้าง”

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

4. ประเมินสิ่งที่ผู้สูงอายุบอกเล่าและทำให้เกิดการทำกิจกรรมตาม ที่เห็นสมควรเช่น อยากรทำกิจกรรมดอกไม้ประดิษฐ์ควรจัดหาอุปกรณ์ หรือ ประสานหน่วยงานต่างๆเพื่อให้การช่วยเหลือ

5. แนะนำและอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม/ชมรม /กลุ่ม ต่างๆ ในชุมชน โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### **แนวทางการสร้างคุณค่าในตนเอง (ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง)**

ในกลุ่มนี้จะเน้นการเยี่ยมบ้าน ต้องเน้นการฟังและการให้กำลังใจ เป็นหลัก

1. ให้ทักทาย สร้างสัมพันธ์ภาพ มักพบเสมอว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงไม่ค่อยอยากพูดคุย บุคลากรสาธารณสุขต้องพยายามให้ผู้สูงอายุพูดคุย เพื่อเล่า ระบาย ความทุกข์ ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ และบุคลากรควรรับฟังอย่างตั้งใจ

2. ให้ผู้สูงอายุเล่าความภาคภูมิใจในอดีต เรื่องชื่นชม ให้กำลังใจ พร้อมกับค้นหาสิ่งที่ดีในเรื่องเล่า

3. ถ้าไม่มีเรื่องเล่า บุคลากรสาธารณสุขควรให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวของชุมชนในอดีต วัฒนธรรมประเพณีของชุมชน บุคคลสำคัญในชุมชน เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่ประสานกับโรงเรียน ให้นักเรียนมาถอดความรู้กับผู้สูงอายุในประเด็นเหล่านี้

4. ประเมินปัญหาสุขภาพจิต/ภาวะซึมเศร้า หากพบปัญหาให้คำปรึกษาเบื้องต้นหรือส่งต่อ

5. ใช้เครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เช่น อสม. ชมรมผู้สูงอายุ

## 7. นอนไม่หลับ (พบในทุกกลุ่ม)

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาอนไม่หลับ มักจะชอบตื่นขึ้นกลางดึกหรือไม่ก็ตื่นเช้ากว่าปกติ และเมื่อตื่นแล้วก็หลับต่อยาก ต้องลุกขึ้นมาทำโน่นทำนี่ ซึ่งจะรบกวนสมาธิคนอื่นในบ้านที่กำลังนอนหลับอยู่ด้วย ทั้งนี้สาเหตุของการนอนไม่หลับ อาจเกิดจากการนอนกลางวันมากเกินไป ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายหรือใช้แรงงาน ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อได้เวลานอนอาจวิตกกังวลบางเรื่องอยู่ที่นอนไม่สบาย อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป มีปัญหาทางร่างกายที่รบกวนการนอน เช่นปวดหลัง เบาหวานต้องลุกมาปัสสาวะบ่อยจนรบกวนการนอน เป็นต้น

### แนวทางการช่วยเหลือ

1. หลังจากสร้างสัมพันธภาพถามสารทุกข์สุขดิบแล้ว ควรจะประเมินลักษณะการนอนว่านอนประมาณกี่ชั่วโมง โดยปกติผู้สูงอายุควรนอนอย่างน้อย 4 - 6 ชั่วโมงต่อคืนและติดต่อกันในช่วงเดียวกัน
2. ประเมินด้าน “คุณภาพ” หรือ “ปริมาณ” ของการนอนเพื่อกำจัดสาเหตุที่เกิดขึ้น ด้วยการให้ผู้สูงอายุลองนึกเปรียบเทียบดูว่า ช่วงที่รู้สึกว่าจะหลับไม่ดีเป็นช่วงไหน เช่น นอนหลับไม่ดีช่วงต้น คือต้องนอนกลิ้งไปมาอยู่นานกว่าจะหลับ(แสดงถึงปริมาณการนอนไม่พอ) หรือนอนหลับไม่ดีช่วงกลาง คือ นอนหลับแล้วตื่นขึ้นมากกลางดึกแล้วกว่าจะหลับก็ยากแต่ก็ยังหลับได้ (แสดงถึงปริมาณการนอนไม่พอ) หรือนอนไม่หลับในช่วงท้ายคือหลับไปนานแล้วตื่นขึ้นมาแล้วจะนอนไม่หลับช่วงดึกๆจนกระทั่งสว่างคาตา (แสดงถึงคุณภาพการนอนที่ไม่ดี)
3. ประเมินความรุนแรงของปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นต่อว่า “ก่อนหน้านี้ที่นอนได้ไม่มีปัญหานะ นอนอย่างไร...” “ตัวคุณปู่เองลองนึกดูสิคะว่าอะไรที่จะเป็นสาเหตุที่คุณปู่นอนไม่หลับ”
4. กรณีของคุณภาพการนอนไม่ดีต้องพยายามหาสาเหตุที่เกิดขึ้นและแก้ไขตามสาเหตุโดยพบว่าสาเหตุของการนอนไม่หลับมักจะเกิดจาก

- การใช้สารกระตุ้นต่อจิตประสาท อาทิ เหล้า บุหรี่ กาแฟ (ชา ชาเขียว ชาขาว โคล้ก ช็อกโกแลต เครื่องดื่มชูกำลัง ฯลฯ ที่มีคาเฟอีน)
- ปัจจัย กระตุ้นภายนอก เช่น แสง เสียง สะเทือน สั่น หนาว ร้อน
- ปัจจัยกระตุ้นภายใน เช่น เครียด ครุ่นคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นานๆ หรือโรคเรื้อรังที่เป็น เช่น โรคเบาหวานที่ต้องตื่นบ่อยเพื่อปัสสาวะ

**นอกจากนี้ อาจช่วยเหลือด้วยการปรับสัลักษณะการนอนให้ดีขึ้น ด้วยการให้คำแนะนำดังนี้**

1. เข้านอนและตื่นนอนให้เป็นเวลา
2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรออกกำลังกายก่อนนอน และเมื่อออกกำลังกายก็ให้ออกกำลังกายให้พอเมื่อยแต่ไม่ถึงกับเหนื่อย จะช่วยทำให้หลับได้ง่ายขึ้น
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม หลีกเลี้ยงเสียงดัง หรืออากาศ ร้อน
4. ทำจิตใจให้สบายก่อนนอน หลีกเลี้ยงสิ่งที่กระตุ้นจิตใจ
5. ไม่ใช่เตียงทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น อ่านหนังสือ รับประทานอาหาร เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์
6. หากนอนไม่หลับนานเกิน 30 นาที ให้ลุกจากเตียง ทำกิจกรรมอะไรก็ได้จนง่วง แล้วจึงเข้านอนใหม่
7. งดการใช้สารกระตุ้นต่อจิตประสาท เช่น สุรา กาแฟ ก่อนนอน
8. หากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำในตอนกลางวัน
9. ดูแลรักษาโรคทางกายให้ทุเลา กรณีมีปัญหาเรื่องเครียด วิตกกังวล คงต้องหาสาเหตุ ปลอดภัยให้หายกังวล

10. หากอาการนอนไม่หลับยังคงอยู่เป็นเวลานาน ควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้การบำบัดรักษาต่อไป

5. กรณีที่ปริมาณเวลานอนไม่พอ ก็ต้องชี้ให้ผู้สูงอายุเห็นประเด็นปัญหาหรือสาเหตุที่เกิดขึ้นและต้องให้ผู้สูงอายู้จกจัดการชีวิตตนเองทำให้เวลานอนมากขึ้นให้ได้ เริ่มจากคำพูดว่า “ก่อนหน้านี้ทำอะไรจึงนอนได้เต็มอึ่มนอนได้นาน” “ช่วงนี้คิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้รู้สึกว่าคุณนอนไม่พอพยายามลองนึกดูเพื่อจะได้ช่วยกันวางแผนการนอนให้ดีขึ้น” และเมื่อหาสาเหตุได้อาจให้คำแนะนำเพิ่มเติมได้ดังนี้

- สามารถนอนพักได้ทุกเวลา ไม่ต้องกังวลว่าจะนอนไม่พอ
- ถ้านอนไม่หลับจะลุกขึ้นมาทำกิจกรรมอะไรก็ได้เช่นฟังวิทยุ ดูทีวี จนง่วงแล้วค่อยหลับต่อ

- ร่วมกันกับผู้สูงอายุในการวางแผนการนอนใหม่ให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

- ปรับสุขลักษณะการนอนให้ติดคำแนะนำข้างต้น



# การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น ได้แก่การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง การปรับตัวให้ยอมรับจากการสูญเสีย แบบแผนของสังคมที่เปลี่ยนไป การไม่มีงานทำและรายได้ลดลง ซึ่งเป็นต้นเหตุของการไม่มีความสุขในผู้สูงอายุ ในเชิงจิตวิทยา ความสุขเป็นการวัดเชิงอัตวิสัย คือเป็นเรื่องของอารมณ์และความรู้สึก แม้ความสุขแต่ละคนจะแตกต่างกันไป แต่ความสุขเชิงจิตวิทยามักวัดเฉพาะความอยู่ดีทางอารมณ์ ซึ่งคำว่าอยู่ดี (well-being) ก็จะวัดรวมเอามิติสุขภาพกาย สุขภาพใจเข้ามาเป็นบริบทของการอยู่ดี มีสุข (Lyubomirsky;2008)

เพื่อพัฒนาให้เกิดความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องนิยามความสุขที่พร้อมจะปฏิบัติและสามารถวัดผลลัพธ์ในเชิงสัมพัทธ์ได้ กรมสุขภาพจิตได้นำเสนอแนวคิดเรื่องสุข 5 มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตดี บุคลากรสาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้กิจกรรมการเสริมสร้างความสุข 5 มิติโดยมีรายละเอียดดังนี้ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2556)

### 1. สุขสบาย (Health)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่คล่องแคล่วมีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจ หรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ติดสิ่งเสพติด



## วิธีส่งเสริมให้เกิดความสุขสบาย

จุดประสงค์: เพื่อให้เกิดความคล่องแคล่วว่องไวไม่เกิดอุบัติเหตุง่าย

1. แนะนำเรื่องการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ฝึกกายบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหวและควรออกกำลังกายให้ครบทุกสัดส่วน ทุกข้อต่อของร่างกาย ทั้งนี้ การออกกำลังกายไม่ควรออกกำลังกายแบบรุนแรงและควรทำเป็นประจำทุกวัน วันละ 15-30 นาที
2. ขณะออกกำลังกายต้องฝึกการควบคุมการหายใจให้เป็นจังหวะตามการออกกำลังกาย โดยหายใจให้ลึกและผ่อนลมหายใจออกทางปาก ไม่กลั้นหายใจขณะออกกำลังกายเพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงได้
3. หลังการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ไม่ควรหยุดแบบทันที ควรออกกำลังกายต่อ แต่ให้ช้าลงประมาณ 5 - 10 นาที แล้วจึงหยุด
4. ใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน และทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น กวาดบ้าน ทำสวน ซ่อมแซมเครื่องใช้ไม้สอย เป็นต้น
5. รมัดระวังการพลัดตกหกล้ม

## 2. สุขสนุก (Recreation)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า

## วิธีส่งเสริมให้เกิดความสุขสนุก

จุดประสงค์ : เพื่อคลายเครียด

1. แนะนำเรื่องเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ หรือกิจกรรมต่างๆที่สร้างความสดชื่น และมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดีงาม
2. แนะนำเรื่องการเล่นกีฬา ดนตรี ศิลปะหรืองานอดิเรกที่ชอบ เช่น เปตอง รำไม้พลอง เต้นแอโรบิค เต้นฮูลาฮูป รำวงพื้นบ้าน หรือเล่นดนตรีพื้นบ้าน เป็นต้น

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

### 3. สุขสง่า (Integrity)

หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเองได้ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเพื่อแบ่งปันและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

#### วิธีส่งเสริมให้เกิดความสุขสง่า

**จุดประสงค์ :** เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเอง

1. แนะนำให้ผู้สูงอายุพยายามช่วยเหลือตนเองในเรื่องง่ายๆ เพื่อให้ไม่เป็นภาระกับคนอื่น เช่น กิจวัตรประจำวัน งานบ้านเล็กๆน้อยๆ การดูแลเด็ก เป็นต้น
2. แนะนำให้ผู้สูงอายุรู้จักฝึกการเป็นผู้ฟังที่ดีเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น ด้วยการไม่แทรกหรือขัดจังหวะขณะที่ผู้อื่นพูด ยกเว้นกรณีที่สงสัยสิ่งที่ผู้พูดกำลังพูด ต้องฟังอย่างตั้งใจเพื่อจะได้เก็บเรื่องราว ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้พูดขณะพูด เพื่อเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องที่ตนเองถนัด หรือมีประสบการณ์
3. ฝึกวิธีการตั้งคำถามเพื่อจะได้ใช้เป็นหัวข้อในการพูดคุยสนทนากับผู้อื่น อาจเริ่มต้นด้วยการชวนพูดคุยเรื่องที่ลูกหลานกำลังทำอยู่ เรื่องเทคโนโลยี เรื่องข่าวสารที่กำลังเป็นประเด็น เพื่อจะได้ทันเหตุการณ์และโลกในปัจจุบันได้
4. แนะนำเรื่องการเป็นคนไม่จู้จี้ขี้บ่นและระวังการใช้คำพูดที่รุนแรง ที่อาจทำให้การสนทนาไม่สร้างสรรค์ (กล่าวแล้วในบทที่ 1)
5. แนะนำให้ผู้สูงอายุหากิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดเดิมๆ อาจเป็นกิจกรรมที่ชื่นชอบ หรือกิจกรรมแปลกใหม่เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สิ่งใหม่
6. แนะนำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆทั้งในครอบครัว และชุมชนตามศักยภาพที่ตนเองมี

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

#### 4. สุขสว่าง (Cognition)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผน และการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

##### วิธีส่งเสริมให้เกิดความสุขสว่าง

จุดประสงค์: เพื่อชะลอความเสื่อมของสมองในด้านต่างๆ

1. แนะนำผู้สูงอายุเรื่องการฝึกการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่เคยรู้มาก่อน เช่น ทำกิจกรรมด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด ทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่เคยทำ

2. แนะนำผู้สูงอายุเรื่องการรวมกลุ่มกับเพื่อนๆ หรือกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งจะช่วยให้เกิดความคิดวิเคราะห์ ความคิดเรื่องการวางแผน และความคิดเรื่องการบริหารจัดการได้ดี

3. แนะนำผู้สูงอายุในการฝึกกิจกรรมที่จะช่วยประสานสหสัมพันธ์ระหว่างมือ ตา และเท้า เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เกิดความคล่องแคล่วและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ด้วยการฝึกหยิบจับวัตถุชิ้นเล็กๆ เช่น ร้อยลูกปัด นั่งปั่นกระดาษหนังสือพิมพ์ 1 คู่ด้วยเท้าขณะดูทีวีให้กลมที่สุด เป็นต้น

4. แนะนำผู้สูงอายุเรื่องการเล่นเกมที่สามารถฝึกฝนด้านความจำหรือฝึกสมองได้แต่ควรเป็นเกมที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา เกิดการคิดเชิงบริหารจัดการ เกิดการจัดลำดับความคิดอันเป็นการชะลอความเสื่อมของสมอง เป็นต้น เช่น หมากกรุก อักษรไขว้ ต่อคำ ต่อเพลง คิดเลข หรือการจดจำข้อมูลต่างๆ เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล หมายเลขโทรศัพท์ เป็นต้น

5. สอนผู้สูงอายุในเรื่องการฝึกคิดแบบมีเหตุผล พยายามใช้เหตุผลตรวจสอบหาข้อเท็จจริง ไตร่ตรองให้รอบคอบจะได้ไม่ตกเป็นเหยื่อให้ใครหลอกได้ อาจเริ่มจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วให้บอกเหตุผลเพื่อตรวจสอบหาข้อเท็จจริงมาใช้สนับสนุนหรือคัดค้าน หรือฝึกคาดคะเนความเป็นไปได้ของเหตุการณ์หรือข้อมูลโดยมีการนำข้อมูลที่เชื่อถือได้มาอ้างอิง และสรุปเป็นการคาดคะเนของตนเอง

## 5. สุขสงบ (Peacefulness)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

### วิธีส่งเสริมให้เกิดความสุขสงบ

จุดประสงค์ : เพื่อปรับความคิด บริหารจิตให้เกิดสติ สมาธิ

1. แนะนำวิธีการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนั่งในท่าสบาย ฝึกหายใจช้าๆลึกๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องช่วย โดยหายใจเข้า ท้องป่อง กลั้นหายใจไว้ นับเลข 1 - 4 และหายใจออกช้าๆนับ1-8 ให้ท้องแฟบ ทำซ้ำๆ เมื่อรู้สึกเครียด หงุดหงิด โกรธ หรือไม่สบายใจ
2. แนะนำเรื่องการฝึกคิดยึดหยุ่นให้มากขึ้น อย่าเข้มงวด จับผิดหรือตัดสินผิดถูกตนเอง และผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา รู้จักผ่อนหนักเป็นเบา ลดทฐิมานะ รู้จักให้อภัยไม่ถือโทษโกรธเคือง และปล่อยวาง ชีวิตจะได้มีความสุขมากขึ้น
3. แนะนำเรื่องการฝึกคิดแต่เรื่องดีๆเช่น คิดถึงประสบการณ์ที่ดี คิดถึงความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คำชมเชยที่ได้รับ ความมีน้ำใจของเพื่อนบ้าน เป็นต้น

4. แนะนำเรื่องการฝึกคิดถึงคนอื่นบ้าง อย่าคิดหมกมุ่นกับตนเองเท่านั้น เปิดใจให้กว้าง ได้รับความเป็นไปของคนอื่น เริ่มต้นง่ายๆจากคนใกล้ซิด ด้วยการใส่ใจช่วยเหลือ สนใจเอาใจใส่คนใกล้ซิดเราบ้าง จากนั้นหันกลับไปมองคนรอบข้างที่มีปัญหาหนักหน่วงในชีวิต

5. แนะนำการทำกิจกรรมที่สามารถฝึกสติ ฝึกสมาธิ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญ เช่น วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ เป็นต้น

## การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตชนิดหนึ่งที่ต้องสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัวเอง ชอบบออยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม มีบางรายที่แสดงออกด้วยการหงุดหงิดโมโหง่าย ทะเลาะกับบุตรหลานบ่อยครั้ง น้อยใจง่าย มักมาพบแพทย์ด้วยอาการใจสั่น ปวดหัว ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ ท้องอืด ท้องเฟ้อ เมื่อแพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติใดๆ ที่รุนแรง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งสาเหตุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม

**แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2552)**

การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจัดเป็นการเฝ้าระวังโรคได้ การคัดกรองมี 2 ระดับ

1. คัดกรองในผู้สูงอายุทั่วไป
2. คัดกรองในกลุ่มเสี่ยงหรือมีแนวโน้มการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไป เช่น
  - ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

- ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน
- ผู้ที่มีปัญหาสุรายาเสพติด
- ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน

### แนวทางการคัดกรองโรคซึมเศร้า

การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินโรคซึมเศร้า

#### ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองโรคซึมเศร้า

การคัดกรองหาผู้ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยโรคซึมเศร้ามี 2 ระดับได้แก่

1. การคัดกรองในผู้สูงอายุทั่วไป

2. การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็น

โรคซึมเศร้า เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีอาการซึมเศร้าชัดเจน ผ่านการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน หรือมีปัญหาสุรายาเสพติด

#### วิธีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป

เครื่องมือ

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

วัตถุประสงค์

ใช้ค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุในชุมชนหรือกลุ่มเสี่ยง

ผู้ใช้

อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคลากรใน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล / โรงพยาบาลชุมชน

## ขั้นตอนที่ 2 การประเมินโรคซึมเศร้า

### แนวทางการประเมินโรคซึมเศร้า

เครื่องมือ	แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)
วัตถุประสงค์	ช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรง
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุในชุมชนและกลุ่มเสี่ยงที่มีผลบวจากการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)
ผู้ใช้	พยาบาล / แพทย์

### ๑ การดูแลช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงระดับน้อย

#### การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยตนเอง 2Q
ผู้ปฏิบัติ	บุคลากร (พยาบาล) ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลทั่วไป ที่ดำเนินการประเมินด้วย 9Q

#### แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

1. เมื่อแจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและสุขภาพจิตศึกษาโดยการสอบถามถูกต้องและเพียงพอในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต



2. ประเมินว่ามีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3. แนะนำเทคโนโลยีหรือสื่อสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ ฯลฯ

4. แนะนำให้ออกกำลังกาย 30 - 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

5. แนะนำให้สำรวจ / ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ด้วยตนเอง เมื่อพบว่ามีผลบวกให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าอีกครั้ง

### ๑) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย หายหรือทุเลา

**กลุ่มเป้าหมาย** กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน = 7 - 12 คะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

#### แนวทางการดำเนินการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและเพียงพอในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้องอาจมอบเอกสาร หรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต

3. ประเมินว่ามีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

4. แนะนำให้ออกกำลังกาย นาน 30 - 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย
5. แนะนำให้ / ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ใกล้บ้าน

### **แนวทางการดำเนินการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป**

1. กรณีที่รับส่งต่อจากสถานีนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้พยาบาลหรือผู้รับผิดชอบประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ซ้ำอีกครั้ง ถ้าคะแนน  $\geq 7$  ให้ขออนุญาตประเมินด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q
2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แล้วให้สุขภาพจิตศึกษาโดยการทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จากนั้นจึงเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้องอาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิตและส่งพบแพทย์
3. แพทย์ R/O โรคทางกายและประเมินยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ให้หยุดหรือลดยาที่สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคซึมเศร้า
4. แจ้งผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัว
5. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม ถ้ามีควรให้การปรึกษาช่วยผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทุกขใจ (โดยส่งให้ผู้ให้การปรึกษาที่ได้รับการฝึกอบรมมาดีแล้วเป็นผู้ดำเนินการ)
6. นัดติดตามประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q



## บทที่ 4

# การดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุถึง 2 ใน 3 มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และหากปรับตัวไม่ได้ หรือไม่สามารถดูแลตัวเองได้ดี ก็ทำให้อาการกำเริบ การรักษาไม่ได้ผล เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง พิการหรือเสียชีวิต

มักพบเสมอว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและปรับตัวไม่ได้จะมีปัญหาเครียด หงุดหงิดง่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจในการปรับวิถีชีวิต บางรายอาจมีอาการกลัว วิตกกังวลต่อสภาวะโรคที่เป็น

การดูแลทางด้านสังคมจิตใจจะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าใจปัญหาสุขภาพและการรักษาที่ได้รับ การให้ความรู้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันหรือชะลอความรุนแรงของโรค บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุและญาติเป็นผลมาจากสัมพันธภาพและการขาดความไว้วางใจทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุและญาติได้

### ๖ ตัวอย่างเรื่องเล่าจากประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเมื่อไปใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ

การจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มพฤติกรรมดี และลดพฤติกรรมเสี่ยง การสื่อสารที่เป็นเชิงตำหนิ ชู เยาะเย้ย สบประมาท ฯลฯ พร้อมทั้งการสื่อสารทางกาย สีหน้าท่าทาง ที่เป็นลบ ควรระมัดระวัง เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเสียกำลังใจในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมต่อต้านผู้รักษาหรือบุคลากรสาธารณสุข

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ตัวอย่างประโยคที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ กรณีที่น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูง  
กว่ามาตรฐาน หรือควบคุมไม่ได้ เช่น

“จะเอาน้ำตาลไปขายหรืออย่างไรคะ คุณป้า”

“น้ำตาลสูงๆอย่างนี้ เดี่ยวก็ตาบอด (ไตวาย, อัมพาต, เส้นเลือดสมองแตก) หรือก”

“แล้วแต่ป้านะ จะทำไม่ทำ ฉันไม่รู้หรอก ตัวใครก็ตัวมัน”

โดยทั่วไปผู้ป่วยส่วนมากมักคาดหวังว่า ผู้ให้การรักษาหรือบุคลากร  
สาธารณสุขควรมีท่าทีที่อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ฯลฯ และจะให้ความ  
สนใจกับท่าทีของผู้ให้การรักษาหรือบุคลากรสาธารณสุขมาก และจะประเมิน  
ผู้ให้การรักษาหรือบุคลากรสาธารณสุขทุกครั้งที่ได้รับบริการ

### ๑ จุดประสงค์ของการดูแลทางด้านสังคมจิตใจ :

1. ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังใช้ชีวิตอย่างสมดุล ในการปรับตัว  
หรือวางแผนปรับวิถีชีวิตตนเองให้สมดุลสอดคล้องกับการรักษา
2. พัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองทั้งเรื่องการ  
รับประทานยา อาหารและการออกกำลังกาย

### ๑ ทักษะที่จำเป็น

1. วิธีการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับ  
โรคเรื้อรังที่เป็นและทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาที่ผู้สูงอายุกำลังละเลย  
หรือมองเห็นปัญหาและต้องการทราบแนวทางการแก้ไข
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อให้ผู้สูงอายุค้น  
พบปัญหาและจัดการกับปัญหาได้ด้วยตัวเอง
3. การสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เพื่อเพิ่มศักยภาพ  
ให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลตนเอง และปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

## ๑ แนวทางการให้บริการ

### 1. วิธีการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หรือที่เรียกย่อๆว่า BA หมายถึง การให้ข้อมูลเชิงปรึกษาที่ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข **ซึ่งหลักการสำคัญที่สุด** คือต้องฟังอย่างตั้งใจและจับประเด็นให้ได้ ว่าผู้ป่วยมีเหตุผล/วิธีคิดต่อโรคที่เป็นอย่างไร ก่อนจะให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย

## ๑ ขั้นตอนการให้คำแนะนำแบบสั้น

หลังสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุแล้ว ให้เริ่มต้นด้วย การประเมินปัญหา ค้นหาปัญหา และระดับแรงจูงใจ ดังนี้

### 1. ใช้คำถาม/การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

ได้แก่ การใช้คำถามเพื่อกระตุ้น ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหามองผลดีในอนาคตหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ หรือมองผลเสียหากไม่เปลี่ยนแปลงตนเอง

#### กลุ่มคำถามที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจได้แก่

1. คุณเรื่องผลเสียหากยังมีพฤติกรรมเดิม เช่น “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไ หากปล่อยให้ น้ำหนักตัวมากอย่างนี้ต่อไป”
2. คุณเรื่องผลดีหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น “จะเกิดอะไรขึ้นหากคุณกินยาความดันโลหิตสูง ต่อเนื่อง”
3. คุณเรื่องความสำคัญของครอบครัว เช่น “ลูกเขาจะรู้สึกอย่างไรกับการดื่มสุราของคุณ”

4. คุณเรื่องเป้าหมายในชีวิต เช่น “คุณอยากให้อายุยืนยาวเป็นอย่างไรในอีกสัก 20 ปีข้างหน้า”

5. การสนทนาเกี่ยวกับผลดีผลเสียของทางเลือกในชีวิตแล้วให้ผู้สูงอายุลองชั่งน้ำหนักดูว่าอย่างไรจึงจะเหมาะสมหรือดีกว่ากัน เช่น หากดื่มสุรามีข้อดีอะไร ข้อเสียอะไร การเสพยาบ้ามีข้อดีอะไร ข้อเสียคืออะไร หรือหากคุณเลือกที่จะไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพ กินตามใจปาก ไม่ออกกำลังกาย แล้วปล่อยให้น้ำหนักตัวคุณเป็นเช่นนี้ต่อไปจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง แล้วสุดท้ายคิดว่าใครจะดูแลคุณ

## 2. การให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือวิถีปฏิบัติที่จะช่วยลดความเสี่ยงหรือแก้ปัญหาสุขภาพ การให้ข้อมูลในจังหวะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดแรงจูงใจบ้างแล้วจะมีความเหมาะสมเพราะผู้ป่วยจะสนใจจดจำและนำไปใช้มากกว่าสภาวะปกติ

การให้ข้อมูลในขณะนี้ควรเป็นข้อมูลสั้นๆที่เข้าใจง่าย เช่น กรณีของการกินเค็มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก็ควรให้ข้อมูลที่ผู้สูงอายุทำได้เช่น การกินเค็มกินได้ขนาดไหน และกินแบบไหนที่จะเกิดโทษ หรือการแนะนำเรื่องการออกกำลังกายอาจแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เช่น “คุณป้าต้องออกกำลังกายเสริม ความดันจะได้ลด วิธีการออกกำลังกายก็ง่ายๆ ทำกายบริหารที่คุณป้าถนัด ไม่เกิดอันตราย ออกกำลังกายนานพอให้รู้สึกเหนื่อยก็ให้พัก และจะรู้ได้อย่างไรว่าเหนื่อย ก็แค่คุณป้ารู้สึกว่าต้องหายใจทางปากก็พัก แล้วค่อยเริ่มใหม่ทำอย่างนี้น้อยวันละ 2 ครั้งนะคะ” เป็นต้น พร้อมทั้งอาจให้แผ่นพับรายละเอียดเพิ่มเติมซึ่งผู้ป่วยสามารถศึกษาเองในภายหลังได้

## 3. การสรุปและให้กำลังใจ

การใช้คำแนะนำแบบสั้นจะจบลงด้วยการสรุปเกี่ยวกับปัญหา (หรือความเสี่ยง) ที่เผชิญอยู่และทางแก้ไข พร้อมทั้งเน้นว่าแรงจูงใจหรือพลังใจรวมทั้งเหตุผล ซึ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงจะได้มาจากสิ่งไหน

## 2. วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อให้ผู้สูงอายุค้นพบปัญหาและจัดการกับปัญหาได้ด้วยตัวเอง (สุจริต สุวรรณชีพ, 2556)

**สาระสำคัญ :** ให้ผู้สูงอายุค้นพบปัญหาด้วยตนเอง บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนอย่าง ต่อเนื่องหรือชี้แนะส่งเสริม พัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จนเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน

### ๖ แนวทางการช่วยเหลือ

#### 1. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุค้นพบสถานการณ์จริง

- ช่วยให้ผู้สูงอายรรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง ด้วยการให้ข้อมูลที่แท้จริงทางห้องปฏิบัติการ อาทิ “ขณะนี้ผลน้ำตาลในเลือดของคุณป้าคือ 260 สูงกว่าค่าปกติมาก แสดงถึงการคุมน้ำตาลไม่ได้ เพราะค่าปกติคือ 120 และถ้าไม่คุมน้ำตาลให้ได้จะเกิดผลเสียต่อระบบต่างๆในร่างกายดังนี้ .....”

- ในช่วงนี้มักพบว่าเมื่อได้รับทราบข้อมูลจากบุคลากรแล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักแสวงหาข้อมูลโดยสอบถามจากบุคลากรในประเด็นที่สงสัยมากที่สุดจนกว่าจะพอใจ จากนั้นมักจะตระหนักและยอมรับถึงปัญหาที่เกิดขึ้น บางรายพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง

#### 2. ขั้นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้วยการ

2.1 ให้ผู้สูงอายุค้นหาทางเลือกที่จะปฏิบัติ ซึ่งบุคลากรต้องใช้การถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสะท้อนคิด ถึงแง่มุมต่างๆในการแก้ปัญหาที่ตนให้ความสำคัญ เช่น

“ที่บอกว่าเข้ามีธุระต้องส่งหลานไปโรงเรียน ทำให้ออกกำลังกายไม่ได้ ถ้าเปลี่ยนมาออกกำลังกายตอนเย็นเป็นไปหรือไม่”



“กินข้าวครึ่งละ 3 ทักพี ถ้ากินผักต้มก่อนกินข้าวแล้วค่อยกินข้าวล่ะ”

2.2 ให้เล่าประสบการณ์และประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมา ทั้งล้มเหลวและประสบความสำเร็จ จากนั้นช่วยกันประเมินผลที่เกิดขึ้นและหาทางแก้ปัญหาพร้อมกัน

“โอโห้ทั้งๆที่น้ำตาลก่อนหน้าตั้ง 200 แต่มาครั้งนี้น้ำตาลลดลงมาตั้ง 20 อะไรที่ทำให้คุณป้าสามารถลดน้ำตาลได้ตั้ง 20 ค่ะ”

“เคยมีมัยที่น้ำตาลลดจนเข้าสู่เกณฑ์ปกติและครั้งนั้นทำอย่างไร/คุณลุงปฏิบัติตัวอย่างไร”

“ที่เคยทำสำเร็จแล้ว มันมีผลดีอะไรบ้าง”

2.3 ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสม ด้วยการ กำหนดเป้าหมายและการระบุแนวทางที่จะปฏิบัติ เช่น “จากที่เล่ามาคุณลุงคิดว่าถ้าจะปรับพฤติกรรมจะอย่างไร เริ่มจากอะไรก่อน .... แล้วต่อจากนั้นจะทำอย่างไรต่อ....”

หรือ “สรุปว่าคุณลุงจะเปลี่ยนวิธีการกินอาหาร และเพิ่มการออกกำลังกายใช่ไหมคะ ลองทบทวนวิธีปฏิบัติอีกครั้งสิคะว่าจะทำอย่างไร”

2.4 สร้างแรงจูงใจให้คงอยู่ ด้วยการให้กำลังใจ เน้นให้เห็นว่าผู้สูงอายุทำได้ เช่น “วิธีที่คุณป้าเล่ามาเป็นวิธีการที่ดี เหมาะสมกับชีวิตของคุณป้า ซึ่งขออนุญาตนำเรื่องดีๆเช่นนี้ไปแนะนำผู้สูงอายุท่านอื่นที่ไม่สามารถลดน้ำตาลได้ จะได้ไหมคะ และหวังว่าพบกันคราวหน้าน้ำตาลคุณป้าคงลดลงนะค่ะ”

“โอโห้ทั้งๆที่น้ำตาลก่อนหน้าตั้ง 200 แต่มาครั้งนี้น้ำตาลลดลงมาตั้ง 20 ดีฉิ้นของชื่นชมคุณป้าที่พยายามงดอาหารหวานที่ชอบทานได้”

### 3. วิธีการสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลตนเอง และปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

สาระ : เป็นทักษะที่ใช้กับปัญหาทางด้านจิตใจ โดยช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถมองเห็นด้านที่เป็นบวกของตนเองและสถานการณ์ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ มีความคาดหวัง และส่งเสริมความพยายามในการแก้ปัญหา การให้กำลังใจนี้ต้องอิงอยู่บนศักยภาพของผู้รับการปรึกษาด้วย

หลักการสำคัญ : ต้องให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณการสาธารณสุขเป็นพวกเดียวกับเขา เพื่อลดแรงเสียดทาน ก่อนที่จะสำรวจว่าอะไรคือสิ่งสำคัญของผู้สูงอายุ ต้องระลึกไว้เสมอว่าการใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุอยากพูดหรืออยากตอบคำถามจะช่วยนำสู่การสนทนาก่อนนำมาวางแผนการรักษาร่วมกัน

#### ๖ แนวทางการช่วยเหลือ

1. สร้างสัมพันธภาพ ทักทาย แนะนำตัว พร้อมบอกวัตถุประสงค์การสนทนา
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเองและระดับความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงตนเอง
3. ถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้คำถามปลายเปิดโดยมุ่งเน้นให้เห็นปัญหา
  - ถามเพื่อให้ลูกใจคิด หันมามองอนาคต/มองเป้าหมายในชีวิตตนเอง เห็นความสำคัญของคนที่ตนรักและห่วงใย จนเกิดความตั้งใจที่จะปรับปรุงตนเอง
  - ถามถึงอดีตที่ดีกว่า
  - ถามถึงสิ่งเลวร้ายสุดๆที่เป็นไปได้ถ้าไม่ดูแลตนเอง
  - ถามถึงสิ่งที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ถ้าคุณโรคที่เป็นได้

- ถ้าทำให้เกิดพันธะสัญญาได้จะช่วยทำให้ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมมากขึ้น

4. จัดการกับแรงต้าน ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่มาตามนัด ไม่สนใจในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาล ไม่สนใจที่จะวางแผนการรักษาร่วมกัน บุคลากรสาธารณสุขต้องรักษาสัมพันธ์ภาพ ไม่ใช่อารมณ์ ไม่ตำหนิ ไม่ตัดสิน ไม่ถกเถียงกับผู้สูงอายุ

- ควรทวนความสั้นๆ เพื่อชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น “คุณลุงไม่มาตรวจตามนัดทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในขณะนี้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินระดับปกติมาก”

- สนทนาทั้งข้อดีและข้อเสียของสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น “คุณลุงทราบหรือไม่ว่าถ้าระดับน้ำตาลเกิน 300 เช่นนี้ไปนานๆ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดตาบอด ไตวาย แต่ถ้าคุณลุงควบคุมระดับน้ำตาลได้จะช่วยชะลอการเสียของหลอดเลือดทั้งร่างกาย....”

5. กำหนดเป้าหมาย วางแผน/ประยุกต์ ควรกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ซักถาม

6. สนับสนุนให้กำลังใจ สรุปลง และนัดหมาย โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลต่อสุขภาพ รวมทั้งคนรอบข้าง โดยสรุปประเด็นสำคัญได้แก่

- ความเสี่ยงหรือปัญหาคืออะไรบ้าง
- เหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง /ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคืออะไร
- แผนการที่วางเอาไว้เริ่มต้นจากตรงไหน สิ่งที่ต้องทำมีอะไรบ้าง
- อุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายคืออะไร และตัวช่วยให้บรรลุเป้าหมายคืออะไร

7. ปิดการสนทนาด้วยการสรุปการพูดคุย/ยินดีให้คำปรึกษาต่อไป

# ความเศร้าโศกเสียใจของผู้สูงอายุที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย (Grief and Bereavement)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่เริ่มพบการสูญเสียและการพลัดพรากจากการตายของบุคคลใกล้ชิด การสูญเสียจะนำมาซึ่งอารมณ์เศร้าโศกเสียใจ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจและกระบวนการทางจิตใจที่เกิดขึ้นตามปกติ คนส่วนใหญ่สามารถผ่านพ้นและกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามเดิมโดยไม่มีผลตกค้างทางจิตใจเกิดขึ้น

ในผู้สูงอายุไทยพบว่า การก้าวผ่านพ้นวิกฤติในชีวิตมักจะนำหลักศาสนา มาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ แต่ในบางรายอารมณ์เศร้าโศกนี้รุนแรงและยาวนานเกินปกติจนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น เรียกว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ซึ่งเป็นอาการที่จะนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าต่อมาได้ จากการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลายรายเคยมีประวัติการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว

จุดมุ่งหมายของการให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจในผู้สูงอายุที่ประสบกับความสูญเสียและการตายจึงเป็นการให้การดูแลกับผู้สูญเสีย โดยไม่ใช้การทำให้ผู้สูงอายุไม่เศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก แต่เป็นการพยายามทำอะไรเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เศร้าโศกเสียใจ อยู่ต่อไปได้อย่างมีสมดุลใหม่ โดยปราศจากผู้จากไป (นพ. สกล สิงหะ, 2555)

## ๑) ปฏิกริยาทางจิตใจต่อการสูญเสีย (Gorer,1967)

ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียจะมีปฏิกริยาทางจิตใจต่อการสูญเสีย ดังนี้

1) ระยะช็อค หลังทราบเรื่องการสูญเสียใหม่ๆ จนเกิดภาวะปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง หรือช็อคทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกตกใจ ไม่เชื่อ ปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกมีมึนชา โกรธ ใช้เวลาตั้งแต่ 2 - 3 ชั่วโมงจนถึง 2-3 สัปดาห์

2) ระยะทนของความโศกเศร้าเสียใจ ซึ่งจะมีอารมณ์เศร้ามากร้องไห้ คร่ำครวญ ย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ หรืออาจทำให้หน้าที่กิจวัตรตามปกติลดลงจากเดิมบ้าง ใช้เวลาหลายสัปดาห์ แล้วจะดีขึ้นเองในเวลา 2 เดือน

3) ระยะเข้าใจและยอมรับ จะค่อยๆกลับคืนสู่ปกติ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้และจะกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติของบุคคลนั้น

ในบางราย อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียมีความรุนแรงและยาวนานเกินปกติ เรียกว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอาการของโรคซึมเศร้า ควรรับคำปรึกษาแนะนำจากแพทย์

## ๑) การสังเกตผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้ต่อการสูญเสียจะมีการแสดงออกที่หลากหลาย อาทิ

- มีการเจ็บปวดตามร่างกายเพิ่มขึ้น
- มีปัญหาการนอน การดื่มสุรา ใช้สารเสพติดมากขึ้น
- ไม่สนใจสิ่งรอบๆตัว หรือสิ่งที่เคยให้ความสนใจ
- ละเลยกิจกรรมทางสังคม เก็บตัวมากขึ้น
- ไม่สนใจดูแลตนเอง เป็นต้น

## ๖ อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงกว่า ปฏิกิริยาปกติต่อการสูญเสีย (ธนา นิลชัยโกวิท, 2554)

1. รู้สึกผิดในเรื่องอื่นๆนอกเหนือจากที่เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าตนควรทำหรือไม่ควรทำในช่วงที่ผู้ตายเสียชีวิต
2. คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย นอกเหนือจากความรู้สึกอยากตายแทน หรือตายไปพร้อมกับผู้เสียชีวิต
3. คิดหมกมุ่นว่าตนไร้ค่า ไม่มีความหมาย
4. มีการเคลื่อนไหวและความคิดช้าอย่างชัดเจน (marked psychomotor retardation)
5. มีการบกพร่องของการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆทั้งทางสังคมและการทำงานอย่างมากเป็นเวลานาน
6. มีอาการประสาทหลอน นอกเหนือไปจากการคิดว่าได้ยินเสียง หรือเห็นภาพของผู้ตายเป็นช่วงขณะสั้นๆ ซึ่งอาจพบได้ในปฏิกิริยาปกติ
7. ถ้ามีอาการโศกเศร้า หรืออาการที่ไม่ใช่ลักษณะปกติของปฏิกิริยาต่อการสูญเสียโดยทั่วไป นานเกิน 2 เดือน ควรพบแพทย์เพื่อให้การรักษา

## ๖ แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น (ชิษณุ พันธุ์เจริญ, 2552 และ สุจริต สุวรรณชีพ, 2556)

จุดมุ่งหมายของการให้การคำปรึกษาในผู้ที่มีปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย คือ การช่วยให้เขาสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้ตามที่ควรจะเป็น ดังนี้

1. ไม่ควรให้ผู้สูงอายุที่ประสบกับความสูญเสียอยู่คนเดียว ควรมีคนอยู่เป็นเพื่อนในระยะที่ยังอยู่ในภาวะเศร้าโศก เสียใจ หรือมีพฤติกรรมที่คนรอบข้างสังเกตเห็นว่ายังไม่อยู่ในสภาวะที่ยอมรับการสูญเสียได้

2. แสดงความเห็นใจ เข้าใจ รับฟัง และให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกต่อการสูญเสีย สามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกของตนออกมาได้อย่างเต็มที่ เช่น “คุณบ๊ายบายร้องไห้ก็ร้องไห้สุดๆ ไปเลย ถ้าสงบสติได้แล้วเรามาคุยกันว่าทำอะไรกันต่อ” ระหว่างนี้อาจใช้ภาษากายเพื่อปลอบโยนเช่นการสัมผัส การบีบมือให้กำลังใจ การนั่งเป็นเพื่อน

3. กระตุ้นให้ผู้พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่คับข้องใจด้วยการใช้คำถามปลายเปิด และให้สำรวจความรู้สึกต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น เทคนิคง่ายๆ ที่สามารถทำได้ดังนี้

3.1 กระตุกความคิดของผู้สูงอายุ ด้วยการตั้งคำถาม 3 ข้อ ดังนี้

- ให้ผู้สูงอายุมองใจตัวเองว่าตอนนี้ตัวเองมีความทุกข์มากแค่ไหน ยังรู้สึกทุกข์มากเหมือนเดิมไหม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบายความทุกข์
- ให้ผู้สูงอายุมองใกล้ คือมองคนรอบข้าง เช่นลูกหลานว่าจะรู้สึกอย่างไรที่เห็นผู้สูงอายุเป็นทุกข์ เศร้า โศก เสียใจเช่นนี้
- ให้ผู้สูงอายุมองไกล คือคนที่จากไป ว่าผู้จากไปจะรู้สึกอย่างไรที่เห็นผู้สูงอายุโศกเศร้า เสียใจ เขาจะไปสู่สุคติหรือไม่ เขาจะเป็นห่วงเราหรือไม่ ถ้าเขารักเราเขาอยากให้เราเป็นทุกข์เช่นนี้หรือไม่

3.2 พูดคุยถึงข้อดีข้อเสียที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการชี้ให้เห็นถึงผลดี ผลเสียจากการกระทำที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ทักษะการกระตุ้น และการให้กำลังใจ เช่น “การที่เราเป็นทุกข์เช่นนี้ ไม่ทำอะไรเลย ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพเช่นไร มีผลเสียต่อลูกหลานเช่นไรและคนที่จากไปเขาจะสงบสุขหรือไม่ สู้ทำดีเพื่อให้คนที่รักได้ไปสู่สุคติจะดีกว่าหรือไม่”

3.3 ร่วมกันหาแนวทางในการปรับตัวกับปัญหา ซึ่งขั้นตอนนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยประคับประคองให้ผู้สูงอายุผ่านวิกฤติชีวิตได้เป็นอย่างดี กรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีญาติ ต้องใช้เครือข่าย สูงอายุในชุมชนเข้ามา มีบทบาทในการประคับประคองจิตใจ

4. ถ้าผู้สูงอายุที่อยู่ตรงหน้า มีอารมณ์เฉยเมย ไม่พูด ไม่ตอบ หรือพูดน้อยลงกว่าที่เคยเป็น บุคลากรทางการแพทย์ต้องอาศัยความใจเย็น ไม่โกรธ ไม่ตำหนิ ไม่ต่อว่า แต่ต้องพยายามจับความรู้สึกที่เกิดขึ้นให้ได้ว่าเกิดจากความเศร้าโศกเสียใจ หรือไม่พอใจ เพื่อให้การช่วยเหลือ ทักษะที่ใช้ในการสื่อสารที่สำคัญคือ ทักษะการเงียบ ทักษะการกระตุ้น ทักษะการสะท้อนอารมณ์ เช่น “คุณสมศักดิ์คงตกใจที่ .....

5. ถ้าผู้สูงอายุที่อยู่ตรงหน้ามีอารมณ์โกรธ โโมโห และไม่พอใจ บุคลากรทางการแพทย์ต้องอาศัยความอดทนในการฟังเรื่องราว ทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่ชัดเจนของการเกิดอารมณ์ดังกล่าว ให้หลีกเลี่ยงการตอบโต้ และหลีกเลี่ยงการชี้แจงข้อมูลหรือเหตุผล จนกว่าจะเข้าใจความรู้สึกและรับทราบสาเหตุที่แท้จริง ดังนั้นทักษะในการสื่อสารที่ควรใช้คือ ทักษะการรับฟัง การสะท้อนอารมณ์และสรุปความ เช่น “ดูเหมือนว่าคุณป้าจะโกรธ และไม่พอใจ พอจะเล่าให้ฟังได้ไหมครับเผื่อมีอะไร ที่ผมพอจะช่วยเหลือได้”

6. ถ้าผู้สูงอายุที่อยู่ตรงหน้ามีอารมณ์เศร้า เสียใจ หรือถึงขั้นร้องไห้ ฟุ่ลมหายใจ บุคลากรทางการแพทย์ต้องอาศัยความไวในการทำความเข้าใจกับความรู้สึกเหล่านั้น หลีกเลี่ยงการปลอบโยนโดยไม่จำเป็น ทักษะในการสื่อสารที่สำคัญที่ควรเลือกใช้คือ ทักษะการรับฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยระบายปัญหา ทักษะการเงียบ ทักษะการกระตุ้น และทักษะการสะท้อนอารมณ์ เช่น “เห็นคุณสมศรีนั่งไปแล้วร้องไห้ พอจะเล่าเรื่องที่ให้คุณสมศรีไม่สบายใจให้ฉันฟังได้ไหม” (สะท้อนอารมณ์)

7. เมื่อผู้สูงอายุสามารถยอมรับ เผชิญกับความจริงของการสูญเสีย และปรับตัวกับการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงหลังการสูญเสียได้ ควรส่งเสริมทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และทักษะทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการชักชวนเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมสูงอายุ หรือการทำประโยชน์ให้กับชุมชน สังคม หรือแม้แต่การให้คำแนะนำเรื่องการหางานอดิเรกที่ชอบทำเพื่อลดความเหงา ฟุ้งซ่าน





## การดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยสิ้นหวังซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกมองว่าเป็น “ผู้ป่วยที่ไม่มีวิธีการรักษาใดๆให้หายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ได้ หรือแม้แต่จะทำให้อาการคงที่ไม่ทรุดตัวลง ดังนั้นการให้การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นวิธีการที่บุคลากรทางการแพทย์จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ บุคลากรสาธารณสุขนับเป็นแกนหลักสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากลักษณะงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุ และระยะนี้จะเน้นการดูแลมากกว่าการรักษา การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ต้องเริ่มต้นจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุ เข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและการตาย ต้องไวต่อความรู้สึก อุดหนุนและสังเกตด้วยความระมัดระวัง

จะเห็นว่าการให้การดูแลระยะนี้ต้องอาศัยทักษะทางจิตวิทยา เริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการฟัง ทักษะการสื่อสาร เพื่อให้การช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยให้สามารถเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคาม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยให้ญาติ/ผู้ดูแลสามารถลดจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจอันเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้

## ๑ จุดประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการ สุขภาพ (Roy Spilling, 1987)

1. เพื่อลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้ายหรือสิ้นหวัง
2. ให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้ายหรือสิ้นหวัง
3. มีระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้ายหรือสิ้นหวังให้สามารถเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างสงบ
4. มีการช่วยเหลือทางด้านสังคมจิตใจแก่ญาติ/ผู้ดูแล ระหว่างที่ต้องดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้ายหรือสิ้นหวัง และเตรียมพร้อมต่อการรับความสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น

## ๑ แนวทางการให้การดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการ

1. ให้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก โดยให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล รวมไปถึงการให้ความเคารพในค่านิยม ความเชื่อและศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว  
วิธีการสื่อสารเบื้องต้นคือ การพูดคุย ในลักษณะของการปรึกษาหารือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เพื่อหาทางออกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะสุดท้าย ซึ่งวิธีการนี้อาจไม่ตรงกับความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ เช่น การ feed tube ด้วยน้ำนม การ shopping around ของญาติในการพาไปรับการรักษาที่อื่น การเลือกวิธีการรักษาตามความเชื่อ เป็นต้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีหน้าที่ไปตัดสินหรือตำหนิญาติ แต่ต้องปรับ

บทบาทในการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งกับรายละเอียดและเหตุผลในการตัดสินใจนั้นๆของญาติ เพราะอาจสะท้อนเรื่องการได้รับข้อมูลด้านการรักษาของแพทย์ที่ไม่เพียงพอก็ได้ ดังนั้นการพูดคุยอาจช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลแก่กันและกัน บางกรณีอาจเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติได้ (วิชฌุพันธ์เจริญ, 2552)

ในการสื่อสารขั้นตอนนี้ต้องผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพมาก่อน และถ้าต้องเยี่ยมบ้านต้องแจ้งให้ญาติ / ผู้ดูแลทราบ และได้รับอนุญาตจากญาติ / ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายก่อนเสมอ

2. ให้บริการทางแพทย์อย่างครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากจะช่วยลดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแล้วต้องใส่ใจกับปฏิภพทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย

วิธีการประคับประคองจิตใจเบื้องต้นที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้คือ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบรรยากาศที่สงบอบอุ่น มีคนที่ผูกพันเช่น ญาติสนิท คอยดูแล ถ้าไม่มีญาติหรือคนใกล้ชิด ก็ควรจัดให้มีผู้ดูแลประจำ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอได้

3. ต้องประสานความร่วมมือกันของบุคลากรทางการแพทย์แบบสหวิชาชีพร่วมกับครอบครัว ต่อวิธีการรักษา เนื่องจากในแต่ละช่วงเวลาของการรักษาผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคร้ายต่างๆ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ที่ต้องเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้มากที่สุด

ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนร่วมกันของญาติและบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่บุคลากรทางการแพทย์ต้องไม่ละเลยผู้ป่วย นอกจากจะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตัวเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งแล้ว ต้องให้เวลาพูดคุย สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติ

ได้ซักถามถึงสิ่งต่างๆที่สงสัย เกี่ยวกับความเจ็บป่วย พุดคุยถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น เรื่องที่ยังค้างคาในใจที่ยังทำไม่สำเร็จ รวมทั้งสังเกตความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น ทักษะที่จำเป็นในขั้นตอนนี้ คือทักษะการกระตุ้น การสะท้อนอารมณ์ การฟัง การจับประเด็น จากนั้นต้องมีการสื่อสารกับญาติ ในเรื่องการตัดสินใจของผู้ป่วย รวมทั้งความคิดเห็นของญาติเพื่อนำมาสรุปความ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติเท่าที่สามารถจะทำได้ มักพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมักขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

กรณีนี้ที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกว่าต้องเป็นการตัดสินใจของญาติ วิธีการสื่อสารกับญาติเพื่อให้ตัดสินใจควรเลือกญาติที่สนิทกับผู้ป่วยที่สามารถให้ความเห็นในการเลือกหรือตัดสินใจวิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยได้ โดยอาจให้ญาติคาดเดาความต้องการของผู้ป่วย ที่มีใช้ความคิดเห็นของญาติเอง ด้วยคำพูดเช่น

“ดิฉันคิดว่าคุณป้าเป็นคู่ชีวิตที่อยู่กับคุณลุงมานาน ขณะนี้คุณลุงมีอาการไม่ดีขึ้นเท่าไหร่ และคุณลุงก็ไม่สามารถให้ความเห็นเกี่ยวกับการรักษาของทางโรงพยาบาลได้ ดิฉันอยากให้คุณป้าช่วยคาดเดาคิดและความรู้สึกของคุณลุงว่า ถ้าคุณลุงรับรู้ได้ คุณลุงจะมีความเห็นหรือความรู้สึกอย่างไรกับการรักษาที่กำลังทำอยู่ในขณะนี้”

ผู้สูงอายุในวาระสุดท้ายบางคนอาจต้องการพูดถึงความตายของตนเอง แต่บางรายไม่อยากจะพูดถึง บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

4. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุกสถานการณ์ ต้องอาศัยการดูแลรักษา ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

บุคลากรทางการแพทย์ต้องคำนึงถึงปัญหาทางด้านการเงิน และภาระค่าใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องแบกรับเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป รวมทั้ง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสะสางเรื่องต่างๆ ให้เรียบร้อยก่อนจะจากไป

ทั้งด้านการเงิน การงาน และเรื่องส่วนตัวอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

## ๖ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน (Dying care home visit) (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555)

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้สูงอายุที่สิ้นหวังในการรักษา การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในวาระสุดท้ายสิ่งแรกที่ต้องทำคือการแจ้งให้ญาติ/ผู้ดูแลทราบเรื่องทีบุคคลากรจะไปเยี่ยม บางรายจะพบว่าไม่ยอมให้เข้าไปเยี่ยมในบ้านเพราะอายุที่บ้านรก อายุที่บ้านสกปรก อายุที่ผู้สูงอายุนอนแบบไม่ถูกหลักอนามัย กรณีเช่นนี้บุคคลากรสาธารณสุขนอกจากต้องแจ้งให้ทราบเรื่องวัน เวลาที่จะไปเยี่ยมแล้ว ต้องบอกความจำเป็นในการไปเยี่ยมร่วมด้วย

### จุดประสงค์

- 1) เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง บรรเทาทุกข์และให้การดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตที่จำเป็น
- 2) เตรียมครอบครัวให้พร้อมรับมือกับภาวะโศกเศร้า

### 1) เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง บรรเทาทุกข์และให้การดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตที่จำเป็น

ในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน นอกจากจะให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน จำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างเป็นขั้นตอน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจากอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในขณะนั้นๆ เช่นปวดมาก อาจต้องให้ยาแก้ปวดชนิดรุนแรงเป็นต้น นอกจากนี้ อาจจัดกิจกรรมทางสังคม ศาสนา ตามความเชื่อ หรือด้านอื่นๆที่ไม่เน้นกิจกรรมทางการแพทย์ ซึ่งอาจต้องพึ่งผู้รู้ในชุมชนเข้ามาช่วยสนับสนุน อาทิ การถวายสังฆทาน การขอโหราศาสตร์ เป็นต้น

## 2) เตรียมครอบครัวให้พร้อมรับมือกับภาวะโศกเศร้า

ก่อนอื่นต้องให้ญาติ/ครอบครัวเข้าใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (ก่อนเสียชีวิต) จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต และยอมรับเรื่องความตายที่กำลังเกิดขึ้น ด้วยการประเมิน

1. ประเมินสภาพอารมณ์และจิตใจของสมาชิกในครอบครัวจากการสังเกต พูดคุย ซักถาม

2. ประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัว และให้การช่วยเหลือได้แก่ ความโศกเศร้า อารมณ์ สิ่งแวดล้อม แหล่งช่วยเหลือ หรือแม้แต่ปัญหาสุขภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ ตลอดจนเตรียมทำศพ เช่นการจองวัด หรือขั้นตอนทางศาสนา

3. แก้ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ ญาติ บางรายรู้สึกผิดที่ละเลยผู้เสียชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ต้องสอบถาม พูดคุย เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆของญาติและที่สำคัญต้องช่วยแก้ไขความรู้สึกผิดต่างๆของญาติที่ยังหลงเหลืออยู่ซึ่งอาจใช้เทคนิคการตั้งคำถาม 3 ข้อ คือมองใกล้ มองไกล มองใจ ในบทที่ 5 (ความเศร้าโศกเสียใจของผู้สูงอายุที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย) มาใช้ ระยะนี้บุคลากรทางการแพทย์อาจต้องประเมินสภาวะอารมณ์และให้การช่วยเหลือเพื่อให้ญาติผ่านภาวะสูญเสียไปได้

## การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน (Home Visit and Home Care in Elderly)

การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านถือเป็นกิจกรรมที่เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากต้องดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยที่บ้านแล้วยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวขณะเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขต้องเพิ่มความตระหนักว่า “การเยี่ยมบ้านถือเป็นงานบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับโรงพยาบาล” จะเห็นว่าการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกิจกรรมเชิงรุกและเชิงลึกที่ทำให้เรามองภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายจิตใจ และสังครอบตัวผู้ป่วยสูงอายุ กระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยทักษะหลายๆด้านเพื่อให้ภารกิจบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะทักษะทางด้านจิตวิทยาในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล นอกเหนือจากความรู้พื้นฐานด้านการแพทย์ต่อการดูแลความเจ็บป่วยหรือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าสำหรับการเจ็บป่วยแล้ว

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านต้องไม่ลืมหลักการสำคัญว่าการจะเยี่ยมบ้านหรือให้การดูแลที่บ้านในครั้งแรกนั้น ควรเริ่มต้นที่ความต้องการของผู้ป่วยและญาตินำมาก่อนเสมอซึ่งจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติที่ดีและเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เราเข้าถึงครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุได้ โดยเฉพาะในธรรมเนียมแบบไทยๆ การไปเยี่ยมเยือนคนอื่นถึงบ้าน ถือเป็นเรื่องสำคัญและต้องให้เกียรติเจ้าของบ้าน (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555)



## ๑ การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลความเจ็บป่วย

สำหรับผู้สูงอายุแล้ว มักเป็นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะเฉียบพลัน และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคเรื้อรัง กรณีการดูแลผู้สูงอายุในระยะเฉียบพลัน การเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่จะเน้นการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุปลอดภัยจากความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน การจัดการสิ่งแวดล้อม การสืบสวนโรคและการติดตามเฝ้าระวังโรคซึ่งจะเน้นทางด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ และเป็นการให้การช่วยเหลือที่ต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทางกายภาพ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจ จะเน้นการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ส่งผลต่อปรับตัวและพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประเมินความปลอดภัยที่พิก สิ่งแวดล้อม และความต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม รวมทั้งให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย และญาติด้วยการนำเทคนิคการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างสัมพันธ์ภาพมาเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการ

กระบวนการดูแลทางด้านสังคมจิตใจ เมื่อเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็เช่นเดียวกับกระบวนการเยี่ยมบ้านอื่นๆ ดังนี้

### 1. ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน

บุคลากรสาธารณสุขที่จะให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ มีวิธีการดำเนินการดังนี้

1.1 ต้องกำหนดเป้าหมายในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจให้ชัดเจน ทั้งผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่จะเข้าเยี่ยม

1.2 วางแผนในการเยี่ยมบ้าน ด้วยการเข้าใจข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยสูงอายุ และ

วิธีการประเมินทางสังคมจิตใจ เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวในการลดความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์และปัญหาทางด้านสังคมจิตใจของผู้ป่วยซึ่งจะต้องวิเคราะห์ตามประเด็นต่อไปนี้ คือ

1.2.1 ปัญหาที่เผชิญอยู่ในขณะนี้คืออะไรบ้าง ผู้ประเมินจะต้องใช้ทักษะการถามเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและวิเคราะห์ดูว่าเขามองปัญหาอย่างไร สิ่งสำคัญคือควรฟังสิ่งที่ปัญหาในปัจจุบันมากกว่าอดีต ทำความเข้าใจว่าปัญหามีอะไรบ้าง ปัญหาอยู่ที่ใคร และเกี่ยวข้องกับใคร

1.2.2 ปัญหาเร่งด่วน ที่ควรได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก ซึ่งต้องประเมินจากความต้องการของผู้ป่วยด้วย

1.2.3 ภาวะการเจ็บป่วยทางกายมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคที่เป็น และการสนับสนุนของผู้ใกล้ชิด

1.2.4 สังเกตสิ่งที่จะบ่งบอกความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียดและครอบคลุมในการให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจต่อไป

1.2.5 ประวัติการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ค่านิยม เป้าหมายในชีวิต บทบาท ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ต้องสังเกตว่าครอบครัวโดยรวมมีความเห็น ความคาดหวัง และมองสมาชิกแต่ละคนอย่างไร ในแง่มุมที่ต่างกัน สิ่งเหล่านี้สำคัญและส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยเป็นอย่างมาก

1.2.6 การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ใกล้ชิด ให้การดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจมากน้อยเพียงใด ประเมินอิทธิพลของระบบอื่นๆ เช่นระบบเศรษฐกิจ และศาสนา ที่มีต่อครอบครัวและการเจ็บป่วย เช่น ความจำเป็นทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระในครอบครัว ประกอบอาชีพไม่ได้ ไม่มีใครพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น

1.2.7 ผู้ป่วยสูงอายุและญาติมีแรงจูงใจ เป้าหมาย หรือความคาดหวังอะไรจากการบำบัด หรือการให้การดูแลทางสังคมจิตใจ เช่น ความต้องการการช่วยเหลือระยะยาว แรงจูงใจในการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพราะจะเป็นกำลังใจในการร่วมกันแก้ปัญหา

1.2.8 ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความสามารถหรือประสบการณ์อะไรบ้างที่เคยประสบความสำเร็จหรือรู้สึกภาคภูมิใจ(ใช้เป็นเครื่องมือซักถาม เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความภาคภูมิใจก่อนยุติการเยี่ยมบ้าน) ทั้งนี้ข้อมูลความรู้ ประสบการณ์ ความสำเร็จในอดีตให้ถามจากลูกหลานก่อน ถ้าไม่มีลูกหลานจึงจะถามจากคนรู้จัก

## 2. ระยะเยี่ยมบ้าน

เป็นระยะการปฏิบัติในการประเมินทางด้านสังคมจิตใจ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติ และให้การช่วยเหลือโดยดำเนินการตามแผนที่วางไว้ หรือปรับได้ตามสภาพการณ์ ทักษะที่สำคัญในระยะนี้

- ทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจให้เกิดขึ้น
- ทักษะในการกระตุ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติพูดคุยและนำสู่การค้นหาปัญหา
- ทักษะการสะท้อนอารมณ์เพื่อรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ที่ผู้รับบริการได้แสดงออกมา และเป็นการสะท้อนความรู้สึก
- ทักษะการทวนซ้ำเพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าใจชัดเจนขึ้นในเรื่องที่ต้องการขอความช่วยเหลือ และเป็นการเน้นย้ำให้ผู้มารับบริการเข้าใจความต้องการของตนเอง ตลอดจนผู้ให้บริการจะได้เข้าใจเนื้อหาที่เกิดขึ้น

## ๖ ขั้นตอนการให้บริการเมื่อพบผู้ป่วยและญาติ

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยการทักทาย ถามสารทุกข์สุกดิบ การแนะนำตัวเอง การพูดคุยสนทนาเรื่องที่มาเยี่ยมเยียน สนทนาเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย ลดความตื่นตันทันทีกังวลใจ โดยปกติผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน เมื่อมีผู้ไปเยี่ยมเยียนถึงบ้านมักจะรู้สึกดีใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นทุนเดิม จากนั้นให้ถามเรื่องสุขภาพกายก่อนถ้าผู้ป่วยสูงอายุยังสามารถโต้ตอบได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการทางจิตใจมากมักสามารถพูดคุยเรื่องดีๆในอดีตได้เลย และในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงถ้าพอจะนั่งเอนหลังได้จะทำการพูดคุยสื่อสารได้ดีขึ้น

สิ่งที่ไม่ควรกระทำคือการพูดจาทักทายที่ทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองเป็นเด็กเล็ก ไม่ใช่ผู้ใหญ่ที่น่าเคารพ หรือคำทักทายที่ทำให้รู้สึกว่าผู้สูงอายุกำลังทำตัวให้เป็นภาระของครอบครัวหรือครอบครัว เพราะสิ่งเหล่านี้ล้วนบั่นทอนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และยังสร้างความรู้สึกลับข้องใจให้กับผู้สูงอายุด้วยว่าตนเองทำให้คู่ครอง/ลูกหลาน ลำบาก

ตัวอย่าง ข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสามารถพูดคุยได้ดีแต่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวเนื่องจากปัญหาหลอดเลือดในสมอง ที่ได้สะท้อนถึงคำพูดที่บุคลากรสาธารณสุขซึ่งมาเยี่ยมบ้านเพื่อทำแผลกดทับและการใส่สายสวนปัสสาวะ และทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองเป็นเด็กเล็ก ไม่น่าเคารพ และรู้สึกน้อยใจ “ป้ามาลี วันนี้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ไหนลองยิ้มหน่อยซิจ๊ะ อืม...เก่งจัง ยังนอนนน้ำลายยี่ตออยู่เปล่าเนี่ย”

และคำพูดที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองกำลังเป็นเด็กนักเรียนที่ทำตัวให้เป็นภาระกับครอบครัวเช่น “ป้ามาลีเห็นมาที่ไรก็เอาแต่นอนทุกทีเลย บอกให้พยายามลุกนั่งบ้างก็ไม่ทำ ถ้าพูดแล้วไม่เชื่อกันอย่างนี้จะให้ทำโทษอย่างไรดีรู้ไม่ว่านอนมากๆจะทำให้แผลที่ก้นกบมันแฉ่ง ต้องพยายามลุกนั่งบ้าง บอกอะไรก็ไม่เคยเชื่อเลย” หรือ “ลุงจอม ป้ามาลีเป็นอย่างไรบ้าง ลุกนั่งบ้างหรือยังหรือเอาแต่นอน ดื้อหรือจ๊ะ เตี้ยแผลกก็ไม่หายกันพอดี ถ้าอยากแผลหายเร็วก็ ต้องพยายามช่วยกัน ห้ามดื้อ อย่าแผลงฤทธิ์ซิ”

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

2. หลังจากคุ้นเคยแล้วให้ใช้คำถามเพื่อค้นหาปัญหา สํารวจปัญหา และวิเคราะห์ปัญหาที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ตามแผนที่วางไว้ ทักษะที่จำเป็นคือการการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ/ญาติเล่าเรื่อง ได้ระบายปัญหา และความต้องการด้านการช่วยเหลือ

ในการตั้งคำถามเพื่อสำรวจปัญหาไม่ควรตั้งคำถามในเชิงประชดประชัน คุณถูก เช่น “เอ๊ะทำไมน้ำตาลยังสูง แอบไปทำอะไรมาน้ำตาลขึ้นอีกแล้ว” หรือ “โอโฮ น้ำตาลสูงขนาดเชื่อกมกลัวได้เลยนะเนี่ย ไหนไปทำอะไรมาน้ำตาลถึงพุ่งสูงเกินพีดานขนาดนี้ ลองเล่าให้ฟังหน่อยซิ” หรือ “แหม ...ญาติดูแลยังงัยทำไมน้ำตาลคุณลงถึงคุมไม่ได้ ไหนทำอาหารยังงัย เล่ามาเลย” หรือ “เมื่อก็ไปดูในครัว แหมเห็นแต่ขนมหวานในโตะทานข้าว มิน่าเล่าน้ำตาลถึงไม่ลง”

3. การสรุปปัญหา จากข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งการสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยและญาติผู้ประเมินจะได้คำตอบว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไรเป็นความขัดแย้งในตัวบุคคล หรือเป็นปัญหาความสัมพันธ์ หรือปัญหาอยู่ที่ระบบใด ผู้ป่วยมีภาวะจิตสังคมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องใด อาจมีภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย ภาวะการฉีกเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากลักษณะของโรคที่รุนแรงรักษาไม่หาย หรือความพิการ การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นต้น สิ่งทีฟังระลึกถึงเสมอในการประเมิน คือ

ความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติและวัฒนธรรม ผู้ประเมินจะต้องไม่ใช้มาตรฐานของตนเองมาตัดสิน ควรเป็นเพื่อนคู่คิดช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ญาติให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง กระตุ้นให้หาหนทางแก้ปัญหาเอง ช่วยให้ข้อมูลที่ยังขาดหายไป และเชื่อมโยงให้เกิดช่องทางในการนำไปสู่การแก้ปัญหา หรือหาทางเลือกในการรักษา

4. ให้การช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลทางสังคมจิตใจ

การวางแผนการดูแลทางสังคมจิตใจจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีความกระจ่างในปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ประเมินจะต้องอธิบาย

ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดูแลทางสังคมจิตใจ ผลการประเมินเพื่อสรุปว่า ปัญหาอยู่ที่ใด เพื่อวางแผนร่วมกันในการบำบัดต่อไป

### ๖ วิธีการให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสังคมจิตใจที่สำคัญ

1. การให้คำแนะนำในเรื่องที่ผู้สูงอายุ/ญาติไม่มีความกระจ่าง
2. ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ได้แก่
  - การประเมินสภาพอารมณ์ผู้สูงอายุ
  - ค้นหาปัญหาที่รบกวนผู้สูงอายุ/ญาติ
  - วิธีการที่ผู้สูงอายุ/ญาติจัดการกับปัญหา
  - แสดงความเห็นอกเห็นใจ
3. การประเมินสภาพอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า ด้วย 2Q/ 9Q/ 8Q ถ้าพบว่า มีปัญหาให้ส่งต่อการรักษา
4. ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน จะเป็นการทบทวน สรุปปัญหา และวางแผน ติดตามหรือการเยี่ยมในครั้งต่อไป



ภาคผนวก



## ๑ วิธีการดูแลทางด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย	เนื้อหา	รูปแบบการจัดกิจกรรม	เครื่องมือ	ทักษะทางจิตวิทยา
ผู้สูงอายุกลุ่ม • ติดสังคม • ติดบ้าน	ธรรมชาติของผู้สูงอายุ / การแก้ปัญหาสภาพอารมณ์ <ul style="list-style-type: none"> <li>• หงุดหงิด</li> <li>• น้อยใจ</li> <li>• เหนง/ว้าเหว่</li> <li>• นอนไม่หลับ</li> <li>• เครียด</li> <li>• จู้จี้ ขี้บ่น</li> <li>• วิตกกังวล</li> <li>• ถูกทอดทิ้ง</li> <li>• ไม่มีคุณค่าในตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้น</li> <li>• การให้ความรู้เรื่องธรรมชาติผู้สูงอายุ</li> <li>• การแก้ไขปัญหาสภาพอารมณ์ผู้สูงอายุ</li> <li>• การประเมินความเครียด</li> <li>• การส่งเสริมการรวมกลุ่มทางสังคม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• แบบประเมินความเครียด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทักษะการสื่อสาร</li> <li>• ทักษะการให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้น</li> <li>• ทักษะการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)/ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)</li> <li>• ทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ (Empowerment)</li> <li>• ทักษะการสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing)</li> </ul>
ผู้สูงอายุกลุ่ม • ติดสังคม	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การเฝ้าระวังความเครียด / ซึมเศร้า</li> <li>• การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า</li> </ul>			

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

กลุ่มเป้าหมาย	เนื้อหา	รูปแบบการจัดกิจกรรม	เครื่องมือ	ทักษะทางจิตวิทยา
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงระดับน้อย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การประเมินความเครียด</li> <li>• การคัดกรองซึมเศร้า</li> <li>• การให้การสนับสนุนทางสังคม</li> <li>• การส่งเสริมการรวมกลุ่มทางสังคม</li> <li>• การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อแก้ปัญหา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• แบบประเมินความเครียด</li> <li>• แบบคัดกรองซึมเศร้าด้วย 2Q/9Q</li> <li>• แนวทางการเฝ้าระวังซึมเศร้า</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทักษะการแก้ไขปัญหา</li> <li>• สุขภาพจิตศึกษา</li> <li>• ทักษะการให้คำปรึกษาแนะนำ</li> </ul>
<p>ผู้สูงอายุกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ติดบ้าน</li> <li>• ติดเตียง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย</li> <li>• การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า/เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</li> <li>• การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยง/มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การคัดกรองซึมเศร้า/เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</li> <li>• การเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำปรึกษา</li> <li>• วิธีการส่งต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• แบบคัดกรองซึมเศร้า/เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 9Q/8Q</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทักษะการแก้ไขปัญหา</li> <li>• สุขภาพจิตศึกษา</li> <li>• ทักษะการให้คำปรึกษาแนะนำ</li> </ul>

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

กลุ่มเป้าหมาย	เนื้อหา	รูปแบบการจัดกิจกรรม	เครื่องมือ	ทักษะทางจิตวิทยา
<p>ผู้สูงอายุกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ติดสังคม</li> <li>• ติดบ้าน</li> </ul>	<p>วิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การเสริมทักษะการแก้ไขปัญหา</li> <li>• การสร้างความมีคุณค่า</li> <li>• การพัฒนาทักษะการสื่อสาร/การฟัง/การถาม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต</li> <li>• การส่งเสริมการรวมกลุ่มทางสังคม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• คู่มือสุข 5 มิติ และโปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อสร้างสุข 5 มิติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทักษะการสื่อสาร</li> </ul>
<p>ผู้สูงอายุกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ติดสังคม</li> <li>• ติดบ้าน</li> </ul>	<p>การสังเกตปัญหาสุขภาพจิต</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง</p> <p>ภาวะโศกเศร้าและสูญเสีย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การประเมินทางสังคมจิตใจ</li> <li>• การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน</li> <li>• การเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาแนะนำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ขั้นตอนการประเมินทางสังคมจิตใจ</li> <li>• แบบคัดกรองซึมเศร้า/เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 9Q/8Q</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทักษะการสื่อสาร</li> <li>• ทักษะการให้กำลังใจ</li> <li>• ทักษะการให้คำปรึกษาแนะนำ</li> <li>• ทักษะการให้เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม</li> </ul>
<p>ผู้สูงอายุกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ติดเตียง</li> </ul>	<p>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การเยี่ยมบ้าน</li> <li>• การสร้างเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน</li> <li>• การประเมินความเครียดผู้ดูแล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• แบบคัดกรองซึมเศร้า/เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 9Q/8Q</li> <li>• แบบประเมินความเครียด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ทักษะการสื่อสาร</li> <li>• ทักษะการให้คำปรึกษาแนะนำ</li> <li>• ทักษะการให้เสริมสร้างกำลังใจ</li> <li>• สุขภาพจิตศึกษา</li> </ul>

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

## ๑ การให้การปรึกษาที่ใช้เป็นหลักในการให้ความช่วยเหลือ (Counseling Skills)

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา ด้วยการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือโดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือด้วยการใช้คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษา และทักษะต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการสำรวจตัวเองเพื่อทำความเข้าใจ สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริง สาเหตุของปัญหา และความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนปรับตัวให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2550)

### ลักษณะเฉพาะของการให้การปรึกษา

1. เป็นการให้ความช่วยเหลือ ในปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อันประกอบด้วย ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้รับการปรึกษา ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือจะเน้นการแก้ไขปัญหาที่ให้ความสำคัญในเรื่องอารมณ์ ความรู้สึก ที่จะเน้นตัวที่สืบค้นต่อไปถึงปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และส่งผลไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. เน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา ตลอดกระบวนการให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาเกิดความไว้วางใจผ่อนคลายกล้าเปิดเผยตนเอง ยอมรับรู้ ตลอดจนทำความเข้าใจ และแก้ไขปัญหาของตนเอง
3. เน้นการสื่อสารสองทาง เป็นการสร้างความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกและแยกแยะความรู้สึกที่อยู่ภายในความคิด และเรื่องราวที่เกี่ยวข้องที่สื่อด้วยคำพูด และทำทางซึ่งข้อมูลที่ได้รับจะต้องได้จากผู้รับบริการปรึกษาไม่ใช่ได้จากการคาดคะเน หรือคาดเดาเอาเอง ดังนั้นจะต้องมีการซักซ้อม

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ทำความเข้าใจ และทำความเข้าใจให้ตรงกันเป็นระยะ ๆ ตลอดกระบวนการ  
ให้การปรึกษา

4. เป็นกระบวนการที่มีการพูดคุยกันอย่างมีเป้าหมายมีขั้นตอน  
และมีการใช้ทักษะที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับโอกาส จังหวะ และสถานการณ์ที่  
ผู้ให้การปรึกษาจะเลือกใช้

5. ยึดผู้รับการศึกษาเป็นศูนย์กลาง คือ ให้ความสำคัญต่อความ  
รู้สึกนึกคิด ปัญหาความต้องการของผู้รับการศึกษาในขณะนั้น นอกจากนี้การ  
รับรู้ปัญหาการตัดสินใจเลือก และการแก้ไขปัญหาดังอยู่บนศักยภาพของผู้รับ  
การศึกษาเป็นสำคัญ

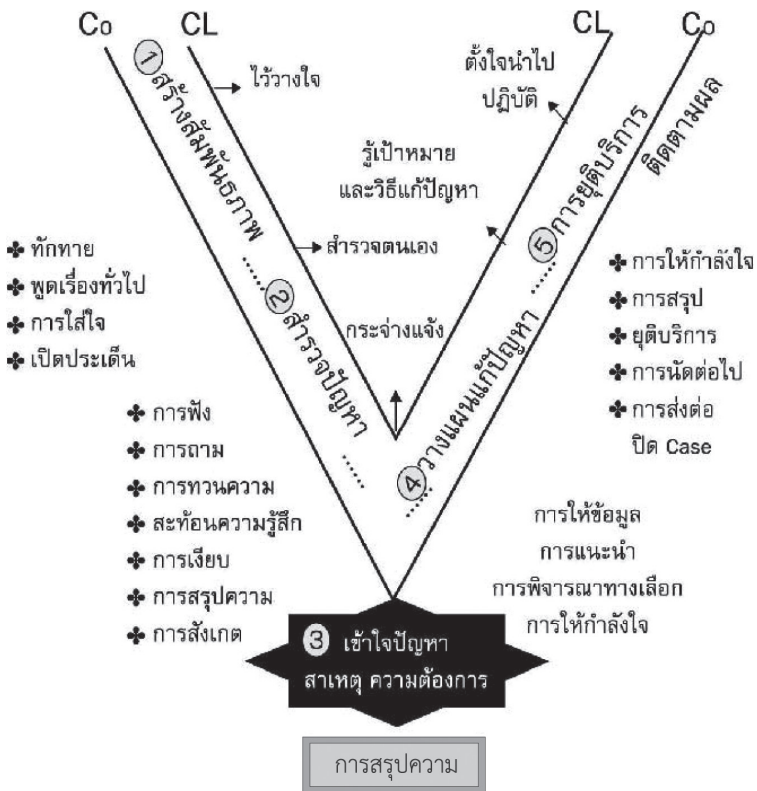
6. เน้นปัจจุบัน เป็นการเน้นปฏิกริยาที่แสดงออกถึงความรู้สึก  
นึกคิดและความเชื่อที่มากกระทบในปัจจุบัน คือ ที่นี้และเดี๋ยวนี้ จากทำที่ และ  
คำพูดของผู้รับการศึกษาในขณะนั้นส่วนเรื่องราวที่เป็นอดีต เช่น ปัญหาที่เกิด  
จากการอบรมเลี้ยงดูนั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่ผ่านพ้นไป และเรื่องราวในอนาคตเป็น  
สิ่งที่ยังมาไม่ถึง ปัจจุบัน เท่านั้นที่สำคัญ และเมื่อผู้รับการศึกษาได้ตระหนักถึง  
สิ่งที่กำลังทำอะไรอยู่จริงในขณะนี้และเดี๋ยวนี้แล้ว ผู้รับการศึกษาจะสามารถ  
ตัดสินใจที่จะกระทำการที่เป็นประโยชน์แก่ตัวเขาได้ คือ สามารถแก้ไขหรือเลือก  
ปฏิบัติได้ในปัจจุบัน

7. ไม่มีคำตอบสำเร็จรูป หรือตายตัว เนื่องจากการให้การปรึกษา  
เป็นเรื่องของการสื่อสารระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการศึกษา ผลสิ้นสุด  
ของการให้การปรึกษา อาจจบลงในขณะที่ใดก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการ  
การตัดสินใจเลือกศักยภาพ ตลอดจนถึงแรงจูงใจของผู้รับการศึกษาเป็นสำคัญ  
ซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล

8. การให้การปรึกษาไม่ใช่การแนะนำ การสั่งสอนอย่างเดียว  
หรือการตัดสินใจหรือผิด แต่การให้การปรึกษาเป็นการช่วยให้ผู้รับการ  
ปรึกษามีแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถพิจารณาทางเลือกได้มากขึ้น และตัดสินใจ

ได้ง่ายขึ้น โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่พยายามดึงศักยภาพของผู้รับการปรึกษาที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด แต่ในขณะเดียวกันผู้ให้การปรึกษาอาจให้ข้อมูลในส่วนที่ขาดหรือแนะนำได้เฉพาะบางกรณีที่เกี่ยวข้องกับหลักการปฏิบัติตัวที่เป็นความรู้ที่จำเป็น

### กระบวนการให้การปรึกษา



### หมายเหตุ

Co = Counsellor      หมายถึง      ผู้ให้การปรึกษา  
 CL = Client      หมายถึง      ผู้รับการปรึกษา

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ทักษะการปรึกษาที่ได้รับการฝึกปฏิบัติอย่างคล่องแคล่วและถูกต้อง จะทำให้การปรึกษาเกิดประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. ทักษะการฟัง (Listening Skill)
2. ทักษะการตั้งคำถาม (Questioning Skill)
3. ทักษะการเงียบ (Silence Skill)
4. ทักษะการทวนซ้ำ (Paraphrasing Skill)
5. ทักษะการสะท้อน (Reflecting Skill)
6. ทักษะการทำให้กระจ่าง (Clarifying Skill)
7. ทักษะการตีความ (Interpreting Skill)
8. ทักษะการให้ข้อมูล (Informing Skill)
9. ทักษะการพูดแบบเผชิญหน้า (Confronting Skill)
10. ทักษะการให้กำลังใจ (Reassuring Skill)
11. ทักษะการให้ข้อเสนอแนะ (Giving Suggestion Skill)
12. ทักษะการสรุปประเด็น (Summarizing Skill)

ในที่นี้จะกล่าวถึงทักษะพื้นฐานที่จำเป็นและใช้บ่อยในการให้บริการ

### 1. ทักษะการฟัง

ความหมาย การฟัง : การที่ผู้ให้การปรึกษารับฟังความคิด อารมณ์ ความรู้สึกในปัญหาของผู้รับการปรึกษา ในขณะที่ให้การปรึกษา

#### วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ที่เป็นปัญหาและได้เรียนรู้ เข้าใจตนเองและผู้อื่น สามารถเข้าใจในสิ่งที่ เป็น ปัญหา ยอมรับ และแยกแยะความรู้สึกที่บวกลบและลบของตนเอง รวมทั้งมีการ ใช้ศักยภาพตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง

2) เพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาสามารถจับประเด็นสำคัญในปัญหาของ ผู้มารับการปรึกษาและแกะรอยตามปัญหาของผู้รับการปรึกษา

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

3) เพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในปัญหาตรงกัน

### แนวทางการใช้ฟัง

การฟังถือว่าการปรึกษา เป็นการฟังแบบ two way communication คือ ลักษณะการฟังอย่างใส่ใจ(Active Listening) คือ ตั้งใจฟังต่อเนื้อหาสาระ และอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาที่แสดงออกมา

การฟังอย่างตั้งใจ หรือ (LADDER) หมายถึง

L = LOOK มองประสานสายตา ตั้งใจฟัง มีสติ และพยายามจับประเด็นสำคัญในปัญหาของผู้รับการปรึกษา

A = ASK ซักถามในจุดที่สงสัยในประเด็นปัญหา และแกะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษา

D = DON'T INTERRUPT ไม่แทรกหรือขัดจังหวะ ถ้าในกรณีผู้รับการปรึกษาพูดมากและวกวน ใช้การสรุปประเด็นปัญหาเป็นช่วง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

D = DON'T CHANGE THE SUBJECT ไม่เปลี่ยนเรื่อง ให้แกะรอยตามประเด็น ปัญหาของผู้รับการปรึกษาไปแต่ละประเด็นไม่เปลี่ยนเรื่องไปมา

E = EMOTION ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้รับการปรึกษา ทั้ง Verbal และ nonverbal

R = RESPONSE แสดงสีหน้า ท่าทางตอบสนอง

### ผลที่เกิดจากการใช้การฟัง

1. ถ้าผู้ให้การปรึกษาฟังมากเกินไป การให้การปรึกษาจะขาดการร่วมกันหาแนวทางที่จะให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจในปัญหา สาเหตุ ความต้องการ
2. ถ้าผู้ให้การปรึกษาฟังน้อยเกินไป และพูดมากจะเป็นการรวบรัดเข้าสู่จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาอย่างรวดเร็วผู้รับการปรึกษาไม่มีโอกาสได้ระบายความคิด ความรู้สึก เป็นการตอบสนองผู้ให้การปรึกษามากกว่าผู้รับการปรึกษา

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต



3. เป็นวิธีการสื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่า ผู้รับการปรึกษากำลังใส่ใจ และสนใจเรื่องที่ผู้รับการปรึกษาพูด

## 2. การสังเกต

### ความหมาย

การสังเกตเป็นทักษะการใส่ใจ เพื่อรับรู้ในพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นการสังเกตกิริยาท่าทาง คำพูด ภาษาที่ใช้ รวมทั้งความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ทั้งความขัดแย้งในคำพูด และความขัดแย้งระหว่างคำพูด กับ พฤติกรรมที่แสดงออกมา การสังเกตเช่นนี้จะทำให้ผู้ให้การศึกษาได้เข้าใจถึง สิ่งที่ผู้รับปรึกษาลำบากใจ ยากต่อการบอกและสามารถเลือกใช้ทักษะในการให้การปรึกษาได้อย่างเหมาะสม

### แนวทางปฏิบัติ

#### 1. การสังเกต ผู้ให้การศึกษาควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้

1.1 พฤติกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการแสดงอารมณ์หรือความคิด ที่ไม่ได้เป็นคำพูด เช่น ท่านั่ง สีหน้า น้ำเสียง การเคลื่อนไหวของมือ ฯลฯ

1.2 คำพูด และภาษาที่ใช้สังเกตว่าผู้รับการปรึกษาพูดเน้นถึงเรื่องราวหรือประเด็นใดเป็นสำคัญ น้ำเสียง ภาษาที่ใช้แสดงความรู้สึกหรือระดับอารมณ์อย่างไร เช่น “ฉันอยากฆ่าตัวตาย...เพื่อโลก...ไม่มีใครเห็นใจ...อยู่ตัวคนเดียว ไร้ญาติ..ตายดีกว่า..จะได้หมดทุกข์”

#### 1.3 ความขัดแย้ง

- ความขัดแย้งในพฤติกรรมที่แสดงออกมา เช่น หัวเราะทั้งน้ำตาไหลอาบแก้มในเวลาเดียวกัน

- ความขัดแย้งในคำพูด เช่น “ฉันมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่ายวัน ๆ ไม่ได้อยู่เป็นที่ เป็นทาง เดียวไปโน้น เดียวมานี่ ไปต่างจังหวัด โอ๊ยเบื่อ ๆ แต่ก็ดีเหมือนกันนะ”

- ความขัดแย้งระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม เช่น  
คำพูด : “ไม่เสียใจหรอกเรื่องแค่นี้” (น้ำเสียงกระด้าง  
ริมฝีปากสั่น กัดฟันพูด)

คำพูด : “ดีใจจังที่จะได้ไปเที่ยว...ฉลองวันครบรอบ  
แต่งงาน” (ท่าทางเฉย ดวงตาเศร้า ก้มหน้า หลบสายตา)

#### 1.4 ความสอดคล้องระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม เช่น

คำพูด : “ตอนนี้ลุงยังคิดถึงคุณป้า เขาเป็นคู่ทุกข์คู่ยากที่รีบ  
ด่วนจากไป ยังไม่ทันได้เห็นความก้าวหน้าของลูกชายที่เขารักเลย” (น้ำตาไหล)

#### 1.5 พฤติกรรมที่แสดงออกมาในระหว่างการเจียบ ซึ่งทำให้การ ปรึกษาเข้าใจความหมายของการเจียบของผู้รับการปรึกษาว่าเป็นการเจียบใน ทางลบหรือทางบวก

### 2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) โดยการแปลความหมาย พฤติกรรมผู้รับการปรึกษาแสดงออกมา ให้เป็นภาษาพูดตามความเหมาะสม เช่น

ผู้ให้การปรึกษา : “คุณลุงคิดว่าคุณลุงทำได้แล้วเรื่องการเสีย  
ชีวิตของคุณป้า แต่เมื่อพูดถึงคุณป้าครั้งใด น้ำเสียงและแววตาของคุณลุง ยังดู  
สะเทือนใจ เมื่อพูด ถึงเรื่องนี้”

ผู้ให้การปรึกษา : “คุณยิ้ม ดูสบายใจขึ้นที่หาทางแก้ปัญหาได้”

### 3. การเจียบเพื่อให้ผู้รับการปรึกษา ได้รับรู้ถึงสิ่งที่ได้พูดหรือ แสดงออกมา

### 4. สังเกตปฏิกิริยาของผู้รับการปรึกษาหลังจากที่ได้รับข้อมูลย้อน กลับ ในกรณีข้อมูลนั้นถูกต้องหรือตรงประเด็นผู้รับการปรึกษา มักจะพูดต่อ และขยายความในสิ่งเหล่านี้ แต่ถ้าข้อมูลไม่ตรงประเด็น หรือผู้รับการปรึกษา ยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยในเรื่องนั้นเขาก็จะเจียบ

## ผลที่ได้รับ

1. เป็นวิธีการแสดงความเข้าใจถึง ความคิด และความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาอย่างลึกซึ้ง
2. ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความไว้วางใจในผู้ให้การปรึกษามากขึ้น
3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดต่อในสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญ ๆ

### 3. การถาม

#### ความหมาย

การถาม เป็นทักษะสำคัญ ในการให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้บอกถึงความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ ที่ต้องการจะปรึกษา เป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจถึงปัญหาของผู้รับการปรึกษามากยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้รับการปรึกษาได้ใช้เวลาคิดคำนึงเข้าใจปัญหาของตนเอง

#### คำถาม แบ่งออกเป็น

1. คำถามปิด เป็นการถามเพื่อทราบข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายการสอบสวนและการซักถาม การถามลักษณะนี้จะเข้าได้คำตอบเพียงสั้น ๆ
2. คำถามเปิด เป็นการถามที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตของการตอบช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสพูดถึงความคิด ความรู้สึก และสิ่งที่เป็นปัญหาตามความต้องการของตน การถามลักษณะนี้มีผู้ตอบจะพูดอย่างเต็มที่และสะดวกใจ ทำให้ทราบเรื่องราวต่าง ๆ มากมาย

#### แนวทางปฏิบัติ

โดยทั่วไปแล้ว ควรใช้คำถามเปิดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้สำรวจถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองอย่างกว้างขวาง

คำถามเปิดนี้ยังมีประโยชน์ในแง่ที่ผู้รับการปรึกษาจะรู้สึกไร้ค่าจากการถาม ส่วนคำถามปิด ควรใช้ตามความจำเป็นเมื่อ ต้องการทราบคำตอบเฉพาะ เพราะคำถามปิดไม่ค่อยเอื้อให้เกิดการเปิดเผยตนเอง ได้ข้อมูลน้อย และมักจะได้คำตอบเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

#### หมายเหตุ

การใช้คำถามที่ขึ้นต้นด้วย “ทำไม” มักทำให้ผู้ รับการปรึกษาเกิดความ รู้สึกว่าตนเองได้ทำผิดอยู่ ซึ่งอาจจะทำให้กระทบกระเทือนความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาได้ นอกจากนี้การใช้คำถาม ลักษณะนี้ มักจะนำไปสู่การหาเหตุผลต่าง ๆ ซึ่งเหตุผลนั้นอาจมีส่วนที่ไม่เป็นจริงก็ได้ ดังนั้นคำถามว่า “ทำไม” จึงไม่ค่อยเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในระหว่างการปรึกษาถ้าต้องการถามให้ใช้คำถามว่า “เพราะอะไร” “อย่างไร” จะดีกว่า

#### 4. การเจียบ

##### ความหมาย

เป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการปรึกษาที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจา ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา การเจียบระหว่างการปรึกษามี 2 ลักษณะ

1. การเจียบที่ไม่มีเสียงใด ๆ จากทั้งสองฝ่าย เป็นการเจียบที่แสดงให้เห็นว่าผู้พูดต้องการเวลาเพื่อคิด หรือ แสดงความต้องการที่หลีกเลี่ยงการพูดถึงประเด็นนั้น ๆ

2. การเจียบที่มีเสียงบางอย่าง เช่น เสียงอึม..... เสียงพูดที่ขาด ๆ หาย ๆ ตะกุกตะกัก ซึ่งแสดงถึงอารมณ์และอาการวิตกกังวล

##### แนวทางปฏิบัติ

ในการปฏิบัตินั้นต้องพิจารณาว่า การเจียบที่เกิดขึ้นนั้น เป็นการเจียบทางบวกหรือทางลบ

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

## 1. การเจียบทางบวก

เป็นการเจียบที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ความคิดได้ระบายความรู้สึกมากขึ้น

**1.1 การเว้นจังหวะของการพูด** ซึ่งอาจจะแสดงว่า ได้พูดถึงข้อคิดหรือประเด็นนั้น ๆ จบแล้ว และกำลังคิด เรื่องที่จะพูดต่อไป เช่น การเว้นจังหวะพูดหลังจากที่เข้าใจถึงสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเองแล้วและกำลังคิดว่า จะทำอะไรต่อไป ในกรณีการเจียบสะท้อนถึงการใช้ความคิด ผู้รับการปรึกษาไม่ควรรีบจบการเจียบนั้น

การเว้นจังหวะการพูดนี้อาจจะแสดงว่าผู้รับการปรึกษาคิดอะไรไม่ออกหรือสับสนในตนเอง ในกรณีเช่นนี้ผู้ให้การปรึกษาควรจะสรุปเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้พูดไปแล้ว แล้วใช้คำถามเปิดเกี่ยวกับประเด็นนั้น

**1.2 การเจียบด้วยความรู้สึกเจ็บหรือเสียใจ** ในขณะที่ผู้รับการปรึกษากำลังรู้สึกเจ็บและไม่พร้อมที่จะพูดหรือแสดงความคิด หรือความรู้สึกหรือถามถึงความหมายของการเจียบซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถพูดต่อไป

**1.3 การเจียบเพื่อรอคอยให้ผู้ให้การปรึกษาพูดอะไรบางอย่าง** ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ การให้ข้อมูล หรือการวินิจฉัยปัญหาของตนเอง ในกรณีนี้ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้ทักษะการตีความหรือคำถาม

**1.4 การเจียบเพื่อคิด** ผู้รับการปรึกษาอาจจะต้องการเวลาคิด และทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาได้พูดออกมา ในกรณีนี้ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรรีบจบ หรือขัดจังหวะของกระแสความคิดนั้น แต่ควรจะรอจนกระทั่งผู้รับการปรึกษาพร้อมที่จะพูดต่อไป

**1.5 การเจียบเพื่อพักฟื้นจากความเหน็ดเหนื่อย** หลังจากผู้รับการปรึกษาได้แสดงถึงสิ่งที่เป็นอารมณ์ เป็นความรู้สึก เช่น การร้องไห้ช่วงเวลาที่จะเจียบเพื่อหยุดพักนี้ผู้ให้การปรึกษาควรให้การยอมรับ และใช้การเจียบในลักษณะที่แสดงถึงการร่วมรับรู้ และเข้าใจ

## 2. การเจียบทางลบ

เป็นการเจียบที่แสดงถึงความขลาดอาย ความไม่สบายใจความกลัว หรือต่อต้าน ปฏิเสธ โดยทั่วไปแล้ว การเจียบในช่วงระยะแรกของการปรึกษามักจะสะท้อนถึงความไม่สบายใจหรือสับสน ผู้ให้การปรึกษาควรให้การยอมรับและใช้การเจียบในลักษณะที่แสดงถึงการร่วมรับรู้ และเข้าใจ

**2.1 การเจียบที่แสดงถึงความไม่สบายใจ** เช่นในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่ได้สมัครใจมาด้วยตนเอง แต่มาเพราะถูกบังคับ หรือในกรณีผู้รับการปรึกษาที่มีการศึกษาต่ำและรู้สึกอาย หรือขลาดกลัวต่อการสนทนากับนักวิชาชีพผู้ให้การปรึกษาควรจะพูดเรื่องทั่ว ๆ ไป (Small talk) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาลายความวิตกกังวล จนกระทั่งเขาสามารถค่อยๆ เล่าถึงเรื่องราวของตนเองได้

**2.2 การเจียบไม่อยากพูดเรื่องตนเอง** บางครั้งผู้รับการปรึกษาใช้การเจียบเป็นการเล่นเกมหรือเป็นกลวิธีเพื่อดูว่าใครจะเป็นฝ่ายพูด ก่อนในกรณีนี้ควรพูดถึงการตกลงบริการในการให้การปรึกษาโดยเฉพาะเรื่องการรักษา ความลับ และบทบาทความรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย หรือพูดถึงเรื่องทั่ว ๆ ไป (Small talk) และการให้กำลังใจ ซึ่งจะขึ้นประโยชน์ต่อกระบวนการให้การปรึกษา

### ผลที่จะได้รับ

การที่ผู้ให้การปรึกษาใช้การเจียบจะเป็นประโยชน์ต่อการปรึกษาต่อไป

1. การเจียบในการให้การปรึกษาจะเกิดผลก็ต่อเมื่อผู้ให้การปรึกษาใช้การเจียบโดยมีจุดมุ่งหมายชัดเจน เช่น เพื่อให้จังหวะในการปรึกษาสงบลง หรือให้เวลาผู้รับการปรึกษาได้คิด

2. เป็นการแสดงถึงความเข้าใจที่มีต่อผู้รับการปรึกษา โดยแสดงให้เห็นว่าเข้าใจในพฤติกรรมของเขา

3. เป็นการเน้นความสนใจอยู่ที่ผู้รับการปรึกษา ให้เกียรติเขา ให้เวลาคิด และช่วยเขาให้รับผิดชอบในกระบวนการปรึกษา

4. การเจียบเป็นวิธีหนึ่งในการให้โอกาสและให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เขาได้พูด

### หมายเหตุ

ถ้าผู้ให้การปรึกษาใช้การเจียบเพราะไม่รู้ นึกไม่ออกว่าจะพูดหรือถามอะไรต่อไปจะเป็นการไม่เอื้ออำนวยต่อกระบวนการให้การปรึกษา และแสดงว่าผู้ให้การปรึกษาขาดสมรรถภาพในการให้การปรึกษา

ในกรณีที่ผู้ให้การปรึกษาพูดเพื่อลดความรู้สึกอึดอัดที่เกิดขึ้นระหว่างการเจียบจะทำให้ผู้รับการปรึกษายิ่งเจียบในทางลบมากขึ้น และรู้สึกรับผิดชอบต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการน้อยลง

## 5. การทวนซ้ำ

### ความหมาย

เป็นการพูดในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้บอกเล่าอีกครั้งหนึ่ง โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าในแง่ของภาษาหรือ ความรู้สึกที่แสดงออกมาเพื่อ

1. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจชัดเจนขึ้นในสิ่งที่เขาต้องการปรึกษา

2. เป็นวิธีการที่จะสื่อถึงความใส่ใจ ความเข้าใจของผู้ให้การปรึกษาที่มีต่อผู้รับการปรึกษา ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่เข้าใจเป็นที่ยอมรับเกิดความอบอุ่นใจ

3. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปิดเผยตนเองมากขึ้น และพูดต่อไป

4. เป็นการตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่

การทวนซ้ำ แบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. ทวนซ้ำอย่างเดียวกับสิ่งที่ผู้รับการศึกษาพูด เป็นการทวนซ้ำทุกคำ
2. ทวนซ้ำแบบเปลี่ยนหรือเพิ่มสรรพนามของผู้รับการศึกษาด้วย
3. ทวนซ้ำเฉพาะประเด็นที่สำคัญเพียงส่วนเดียว
4. ทวนซ้ำแบบสรุป

### แนวทางปฏิบัติ

1. ผู้ให้การปรึกษาจะทวนซ้ำหรือให้ข้อมูลย้อนกลับเฉพาะสาระสำคัญที่ผู้รับการศึกษาสื่อออกมาเท่านั้นและหลีกเลี่ยงที่จะเพิ่มเติมความคิดเห็นของผู้ให้การปรึกษาเอง
2. ในขณะที่ผู้รับการศึกษาแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ผู้ให้การปรึกษาอาจแทรกคำพูดที่เป็นการทวนซ้ำเฉพาะส่วนสำคัญสั้น ๆ ถึงสิ่งที่รับรู้ก็ได้
3. การทวนซ้ำอาจจะรวมเอาความรู้สึกเข้าไปด้วยก็ได้ ความรู้สึกเป็นสาระสำคัญของผู้รับการศึกษา
4. การทวนซ้ำตลอดเวลาจะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกอึดอัดไม่แน่ใจในความสามารถของผู้ให้การปรึกษา ฉะนั้นจึงอาจใช้ลักษณะการทวนซ้ำแบบต่าง ๆ สลับกันไปในการสนทนา
5. ถ้าผู้ให้การปรึกษาทวนซ้ำอย่างถูกต้อง ผู้รับการศึกษาจะตอบสนองด้วยการพยักหน้าหรือการตอบรับ และบ่อยครั้งก็จะพูดต่อหรือขยายความในสิ่งที่ได้กล่าวมาแล้ว ในกรณีที่ผู้รับการศึกษาไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง ผู้ให้การปรึกษาอาจจะถามด้วยคำถามเปิดโดยการรวบรวมเรื่องสำคัญ ๆ ที่ทวนซ้ำมาเป็นคำถาม



## ผลที่ได้รับ

1. จูงใจให้ผู้รับการปรึกษาพูดต่อ
2. ตรวจสอบว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษากล่าวถูกต้องหรือไม่
3. ทำให้ผู้รับการปรึกษาชัดเจนในสิ่งที่พูดมากขึ้น
4. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดมาก จะเป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาไม่เล่าซ้ำในสิ่งที่พูดมาแล้ว ซึ่งทำให้กระบวนการให้การปรึกษามีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น

## 6. การสะท้อนอารมณ์/ความรู้สึก

### ความหมาย

การสะท้อนอารมณ์/ความรู้สึกเป็นการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่าง ๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมาไม่ว่าด้วยวาจา หรือกิริยาท่าทาง และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนด้วยภาษาพูดให้ผู้รับการปรึกษาได้รับฟังเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เนื่องจากว่าปัญหาของผู้รับการปรึกษามักเกิดจากความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆ เป็นส่วนใหญ่ การสะท้อนความรู้สึกจะช่วยขยายขอบเขตในการมองสภาพการณ์ของตนเองได้ชัดเจนและเป็นจริงมากขึ้น

### แนวทางปฏิบัติ

1. พยายามสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมา ลักษณะคำพูดน้ำเสียงและหาจังหวะที่สะท้อนความรู้สึก
2. หาคำศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกที่ตรงกับความรู้สึกของเขามากที่สุด เพื่อสามารถสื่อความรู้สึกได้อย่างเด่นชัดโดยใช้ภาษาง่าย ๆ
3. ไม่ควรใช้คำว่า “รู้สึก” บ่อยครั้งและไม่ใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกซ้ำๆ ควรหาวิธีเปลี่ยนลักษณะคำพูด

4. การใช้ทักษะนี้ต้องทำในทันที ผู้รับการปรึกษาแสดงความรู้สึกของเขาออกมาเพื่อให้เขาได้รับรู้ ตนเองอย่างชัดเจนและเป็นจริง

### ผลที่ได้รับ

1. ช่วยลดความรู้สึกต่อปัญหา ซึ่งมีผลทำให้ผู้รับการปรึกษามองสภาพการณ์ต่างๆอย่างเป็นจริงมากขึ้น
2. ผู้รับการปรึกษาจะเกิดความไว้วางใจผู้ให้การปรึกษา เนื่องจากรู้สึกว่าคุณให้การปรึกษาเข้าใจในปัญหาของตนเอง
3. ผู้รับการปรึกษากล้าเปิดเผยตนเอง สามารถรับผิดชอบตนเองมีอิสระในการเลือกสิ่งที่พึงพอใจ ทำให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

## 7. การสรุปความ

### ความหมาย

การสรุปความ เป็นการรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การปรึกษา หรือเมื่อยุติการให้การปรึกษา โดยใช้คำพูดสั้น ๆ ให้ได้ใจความสำคัญทั้งหมด ซึ่งจะมีทั้งการสรุปเนื้อหา ความรู้สึก และกระบวนการให้การปรึกษา

### แนวทางปฏิบัติ

1. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดยาว ผู้ให้การปรึกษาสมควรที่จะสรุปเนื้อหา และความรู้สึกสำคัญ ที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมา เพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถจับประเด็นสำคัญได้
2. ทุกครั้งที่มีการปรึกษาหลายครั้ง ก่อนการเริ่มกระบวนการให้การปรึกษาต้องมีการสรุปประเด็นต่างๆ ในการปรึกษา
3. เมื่อมีการปรึกษาหลายครั้ง ก่อนเริ่มกระบวนการให้การปรึกษา ในครั้งที่สองและครั้งต่อไป ผู้ให้การปรึกษาอาจจะสรุปสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครั้งก่อน
4. ในกรณีที่การปรึกษาใช้เวลามากกว่าหนึ่งครั้ง ในครั้งสุดท้ายควรสรุปสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดของการปรึกษาที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

## ผลที่ได้รับ

1. ทำให้ผู้รับการปรึกษาชัดเจนในประเด็นต่าง ๆ ที่ได้พูดออกมา
2. ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าการปรึกษานี้ได้ผลและมีประโยชน์เนื่องจากการสรุป ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นภาพทั้งหมด
3. การสรุปครั้งสุดท้ายเป็นการย้ำประเด็นสำคัญ ๆ ซึ่งมีผลต่อกระบวนการคิดของผู้รับการปรึกษาหลังจากเสร็จสิ้นการปรึกษา

## ๑ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

### แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	ข้อความคำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

ผู้ที่ได้ผลเป็นบวกจากการคัดกรองคือผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระบบดูแลผู้ป่วยระยะวังนั้น จะอาศัยเครื่องมือการประเมินลำดับถัดไปคือ การประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q เพื่อให้มีความถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพในการใช้เครื่องมือควรจะดำเนินการประเมินไปพร้อมๆกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ถูกต้อง

## แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ภาษากลาง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการ เหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ภาษาอีสาน ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตอนนี้ เจ้ามีอาการ มูนี้ดูซ้ำได้	ไม่มี เลย (ไม่เคย มี บ่อย เป็น)	เป็น บาง วัน 1-7 วัน (เป็น กลาง เพื่อ)	เป็น บ่อย > 7 วัน (เป็น คู่)	เป็น ทุก วัน (เป็น คู่มือ)
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	บ่อยากเฮ็ดหยัง บ่สนใจเฮ็ด หยัง	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	บ่ม่วงบ่ชื่น เซ็ง หงอย	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	นอนบ่หลับ หรือหลับๆตื่นๆ หรือนอนบ่อยากลุก	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อย มีแรง	เมื่อย บ่มีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือกินมาก เกินไป	บ่อยากเช่า บ่อยากน่าม หรือ กินหลายโพด	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิด ว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือ ครอบครัวผิดหวัง	คิดว่าเจ้าของบ่ดี	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ ความตั้งใจ	คิดหยังกะบ่ออก เฮ็ดหยัง กะลืม	0	1	2	3

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

<b>ภาษากลาง</b> ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการ เหล่านี้บ่อยแค่ไหน	<b>ภาษาอีสาน</b> ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มื้อนี้ เจ้ามีอาการ มูนี้ดูซ่าได้	ไม่มี เลย (ไม่เคย มี บ่อย เป็น)	เป็น บาง วัน 1-7 วัน (เป็น ลาง เทื่อ)	เป็น บ่อย > 7 วัน (เป็นตุ) (เป็นตุ)	เป็นทุก วัน (เป็น ซุ่มื่อ)
8. พุดซ่า ทำอะไรช้าลง จนคนอื่นสังเกตเห็น ได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	เว้ากะซ่า เอ็ดหยังกะซ่า หรือหนวย บ่เป็นตามอยู่	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	คีตอยากตาย บ่อยากอยู่	0	1	2	3

### ตารางการแปลผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

คะแนนรวม	การแปลผล
<7 คะแนน	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 - 12 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13 - 18 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19 คะแนน	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

## ข้อจำกัดในการใช้

ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเท่านั้นและไม่ใช้ประเมินกับผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ

### แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

**ข้อแนะนำ** ถามคำถามภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นหรือเหมาะสมกับ ผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบาย ขยายความเพิ่ม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผล ตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

ลำดับ คำถาม	ระยะเวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ภาษาใต้	ไม่มี (บมี)	มี
1	เดือนที่ผ่านมา(เมื่อมี)	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	คิดอยากตาย หรือคิดว่า ตายไป คือสดี กว่าอยู่...บ	คิดอยากตายหรือ ว่าคิดว่าตายไป เสียดีหว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัว เอง หรือทำให้ ตัวเองบาดเจ็บ	อยากทำร้าย ตัวเอง หรือ เฮ็ดโฮ้เจ้าของ บาดเจ็บ..บ	อยากทำร้ายตัว เองหรือว่าทำให้ ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการ ฆ่าตัวตาย	คิดเกี่ยวกับการ ฆ่าโต ตาย...บ	คิดฆ่าตัวตายมั้ง ม่าย	0	6
	ในช่วง 1	(ถ้าตอบว่าคิด เกี่ยวกับฆ่าตัว ตายให้ถาม ต่อ)....				

ลำดับ คำถาม	ระยะเวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ภาษาใต้	ไม่มี (ปมี)	มี
	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ในเดือนที่ผ่านมารวมแม่นั้น)	ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่า คงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ).....คุณเจ้าของบ่ไฮ่คิดได้บ่ หรือบอกได้บ่ว่า สิบ่เฮ็ดตามความคิดสิขาโตตาย ในตอนนี้	(ถ้าตอบว่า คิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)..... (สรรพนาม) นี้กว่ายบ่ยังความคิดนั้นได้ม่าย หรือบอกได้ม่ายว่าจะไม่ทำตามที่คิดแล้ว	ได้ 0	ไม่ ได้ 8
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	มีแผนการสิขาโตตาย	วางแผนจะฆ่าตัวตายมั่งม่าย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	ได้เตรียมการเฮ็ดทำร้ายโตเจ้าของ หรือเตรียมการสิขาโตตาย โดยตั้งใจใส่เจ้าของตายอิหลี	เตรียมจะทำร้ายตัวเอง หรือว่าเตรียมจะฆ่าตัวตายให้พันๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	เคยเฮ็ดใส่เจ้าของบาดเจ็บ แต่บ่ได้ตั้งใจใส่เจ้าของตาย	เคยทำให้ตัวเองเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจจะให้ถึงตาย	0	4

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต



ลำดับ คำถาม	ระยะ เวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ภาษาใต้	ไม่มี (บมี)	มี
7		ได้พยายามฆ่า ตัวตายโดยคาด หวัง/ตั้งใจที่จะ ให้ตาย	พยายามฆ่าโ ตตาย โดยหวัง สื้อเจ้าของ ตายอิหลี	พยายามจะฆ่าตัว ตายให้หมั้นตาย ตามที่ตั้งใจ ฆ่าม้าย	0	10
8	ตลอด ชีวิตที่ ผ่านมา (ในชีวิต ทั้งเบ็ดถึ ผ่านมา)	ท่านเคย พยายามฆ่าตัว ตาย	เคยพยายาม ฆ่าโตตาย	(สรรพนาม) เคยพยายามฆ่า ตัวตายมั้งม้าย	0	4

คะแนนรวม	การแปลผล
0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับกลาง
≥ 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

คะแนนรวมทั้งหมด

หลังการประเมินด้วย 8Q ให้แจ้งผลและดำเนินการตามแนวทางการจัดการตามระดับความรุนแรงของแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ถ้าคะแนน 8Q ≥ 17 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

๑ รายชื่อแหล่งส่งต่อหน่วยงานโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต  
สายด่วนสุขภาพจิต 1323,1667 ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขโทรสาร
1.	สถาบัน จิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา	112 ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600	0-2442-2500 - 99	0-2437-7092
2.	โรงพยาบาล ศรีธัญญา	ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000	0-2528-7800	0-2526-2894
3.	สถาบันราชานุกุล	4737 ถนนดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400	0-2248-8900	0-2248-2944
4.	สถาบันกัลยาณ์ ราชนครินทร์	23 หมู่ 8 ถนน พุทธมณฑลสาย 4 เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170	0-2441-6100	0-2441-6101
5.	สถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่น ราชนครินทร์	75/1 ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400	0-2248-8999	0-2248-8998

	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขโทรสาร
6.	โรงพยาบาล ยุวประสาท ไวทยปถัมภ์	61 ซอยเทศบาล19 ถนนสุขุมวิท อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270	0 2384 3381 – 3	0 2384-1845
7.	โรงพยาบาล สวนปรุง	131 ถนนช่างหล่อ ต.ห้วยยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100	053 90-8500	053 90-8589
8.	สถาบัน พัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์	196 หมู่ 4 ถนนเชียงใหม่-พร้าว ต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180	0-5389-0238-44	0-5312-1185
9.	โรงพยาบาล จิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์	ที่ตั้ง 2 หมู่ 4 ต.ท่า- น้ำอ้อย อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ 60130	0-5621-9444	0-5621-9400
10.	โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์	212 ถนนแจ้งสนิท ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000	0-4535-2500	0-4535-2555
11.	โรงพยาบาล จิตเวช นครราชสีมา ราชนครินทร์	86 ถนนช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000	0-4423-3999	0-4423-3977
12.	โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์	169 ถนนชาติประดิษฐ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000	0-4320-9999	0-4322-4722

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

	หน่วยงาน	ที่ตั้ง	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขโทรสาร
13.	โรงพยาบาล จิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์	176 หมู่ 3 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว 27160	0-3726-2994-8	0-3726-2999
14.	โรงพยาบาล จิตเวชเลย ราชนครินทร์	440 หมู่ 4 ต.นาอาน อ.เมือง จ.เลย 42000	0-4280-8100	0-4281-4890
15.	โรงพยาบาล จิตเวชนครพนม ราชนครินทร์	210 หมู่ 11 ถนน นครพนม-ท่าอุเทน ต.อาจสามารถ อ.เมือง จ.นครพนม 48000	0-4253-9000	0-4259-3109
16.	โรงพยาบาล สวนสราญรมย์	289 ถนนธราธิบดี ต.ท่าข้าม อ.พนพิณ จ.สุราษฎร์ธานี 84130	0-7791-6500	0-7731-1844
17.	โรงพยาบาล จิตเวชสงขลา ราชนครินทร์	472 ถนนไทรบุรี ต.บ่อยาง อ.เมือง จ.สงขลา 90000	0-7431-7400	0-7432-3202

## ๑ บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (พื้นฐาน). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2541). คู่มือการดำเนินงานในคลินิก คลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. Design Con.Co.,Ltd.

ศิษณุ พันธุ์เจริญ. (2552). คู่มือทักษะการสื่อสารเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.

เชิด เจริญรัมย์.(2552).เส้นทางความสุข.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.

เทอดศักดิ์ เดชคง. (2554). คู่มือการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงานใน รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. ในโครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ กลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต ตุลาคม 2554.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. (2552). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 2. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.

วรรณภา อรุณแสง และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

วารี ละกิติ. (2551). จิตสังคัมผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2556. เข้าถึงได้ที่ [http://www.stou.ac.th/stou.ac.th/elder/main1\\_11html](http://www.stou.ac.th/stou.ac.th/elder/main1_11html)

วิโรจน์ วรรณภริระ. (2555). การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit and Home Care). เอกสารอัดสำเนา. เอกสารประกอบการ

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเขต 18  
โรงพยาบาลกำแพงเพชร. 23 – 24 มีนาคม พ.ศ. 2555. โดยภาควิชา  
เวชศาสตร์ชุมชน ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สมภพ เรืองตระกูล. (2547). ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:  
เรือนแก้วการพิมพ์.

สุจริต สุวรรณชีพ. (2556). ถอดเทปการสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลรักษา  
และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุทางด้านสังคมจิตใจ

สุจริต สุวรรณชีพ. (2555). ถอดเทปการสัมภาษณ์ประสบการณ์จิตแพทย์ในการ  
ดูแลรักษาผู้สูงอายุ. วันที่ 2 ธันวาคม 2554. ณ ห้องประชุมสำนัก  
พัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2556). คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับ  
ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2556). คู่มือแนวทางการดูแลทาง  
ด้านสังคมจิตใจสำหรับ รพช.รพท.รพศ.ปี 2556. พิมพ์ครั้งที่ 1.  
กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

## ภาษาอังกฤษ

Gorge, G. (1976). Death, Grief and Mourning. New York: Doubleday  
Anchor Books.

Lymbommirsky; S. (2008). How of Happiness : A Scientific Approach  
to Getting the Life You Want. New York: The Penguin Press.

Roy Spilling. (1987). Terminal Care at Home. New York: Oxford  
University Press.

## ๑ รายงานคณะทำงาน ปี 2556

1. นายแพทย์วชิระ	เพ็งจันทร์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต	ประธานที่ปรึกษา
2. นายแพทย์เกียรติภูมิ	วงศ์จริต	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
3. นายแพทย์อิทธิพล	สูงแข็ง	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
4. แพทย์หญิงพรรณพิมล	วิบุลากร	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
5. นายแพทย์สุจิต	สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
6. นายแพทย์ยงยุทธ	วงศ์ภิมย์ศานต์	หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษา	ที่ปรึกษา
7. รศ.ดร.ดาราวรรณ	ดีะปินตา	ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ที่ปรึกษา
8. นายแพทย์ชาวิท	ตันวีระชัยกุล	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ที่ปรึกษา
9. แพทย์หญิงศุภรัตน์	เอกอัคริน	ผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
10. นางสาวอินทรา	ปัทมินทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
11. แพทย์หญิงพันธุ์นภา	กิตติรัตน์ไพบูลย์	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสุขภาพจิต	ประธานคณะทำงาน
12. นางสาวลักษณ์	สุวรรณไมตรี	รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนา สุขภาพจิต	รองประธาน คณะกรรมการ
13. นางสาวอมรกุล	อินโอรานนท์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาวิชาการ สุขภาพจิต	รองประธาน คณะกรรมการ
14. นางสาวกาญจนา	วณิชรมณีย์	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
15. นางสาวชิตชนก	โอภาสวัฒนา	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
16. นางสาวนันทน์ภัส	ประสานทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน
17. นางสาวสุจิตรา	อุสาหะ	นักจิตวิทยาเชี่ยวชาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	คณะทำงาน
18. นางปัทมา	ภาณุพิสุทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา	คณะทำงาน
19. นางสาวนันทา	แก้วสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา	คณะทำงาน

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต


20. นางสาวบงกช	ศาสตราจารย์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	คณะทำงาน
21. ดร.สนทยา	มนตรีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์	คณะทำงาน
22. นางสาวปราณี	เชษฐนัท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์	คณะทำงาน
23. นางกรองจิตต์	วงศ์สุวรรณ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง	คณะทำงาน
24. นางรัชนี	ไพโรสวัสดิ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์	คณะทำงาน
25. นางประภาพร	สังข์ประไพ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	คณะทำงาน
26. นายอธิวัฒน์	บุตรดาบุตร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	คณะทำงาน
27. นางสาวกรรณิการ์	กาญจนานุกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลรามาริบัติ	คณะทำงาน
28. นางยุพา	สุทธิมันัส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	คณะทำงาน
29. นางกอบแก้ว	คุดตวัส	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี	คณะทำงาน
30. นางสาวสุณี	ฉิมพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนากลาง	คณะทำงาน
31. นางสุจิตรา	ฉายภมรรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางกรวย	คณะทำงาน
32. นางสาวพรรณิณี	ภาณุวัฒน์สุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน และเลขานุการ
33. นางขจิตรัตน์	ขุนประเสริฐ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
34. นางสาวศศิ	แช่ตั้ง	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
35. นางทิพวัลย์	นิมิตรฤทธิ	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักพัฒนาสุขภาพจิต	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต



## ๑ รายงานคณะทำงาน ปี 2557

- |                      |              |   |                                 |
|----------------------|--------------|---|---------------------------------|
| 1. นายแพทย์เจษฎา     | โชคดำรงสุข   | อธิบดีกรมสุขภาพจิต                            | ประธานที่ปรึกษา                 |
| 2. แพทย์หญิงพรรณพิมล | วิบุลากร     | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต                         | ที่ปรึกษา                       |
| 3. นายแพทย์ชินโรส    | ลีสวัสดิ์    | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต                         | ที่ปรึกษา                       |
| 4. นายแพทย์พงศ์เกษม  | ไข่มุกด์     | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต                         | ที่ปรึกษา                       |
| 5. นายแพทย์สุจริต    | สุวรรณชีพ    | ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต                         | ที่ปรึกษา                       |
| 6. นางนันทนา         | รัตนาร       | ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริม<br>และพัฒนาสุขภาพจิต | ประธานคณะทำงาน                  |
| 7. นางสาวกาญจนา      | วณิชรมณีย์   | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ                | คณะทำงาน                        |
| 8. นางสาวนันทน์ภัส   | ประสานทอง    | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ                   | คณะทำงาน                        |
| 9. นางสาวพรรณณี      | ภาณุวัฒน์สุข | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ                   | คณะทำงาน<br>และเลขานุการ        |
| 10. นางขจิตรัตน์     | ขุนประเสริฐ  | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ                     | คณะทำงาน<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |



แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจ  
ของ **ผู้สูงอายุ**  
เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

