



สถาบันราชานุกูลมีความยินดีเผยแพร่ข้อมูล องค์กรความรู้ นี้แก่ผู้สนใจ
การนำข้อมูลจากเว็บไซต์นี้ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย
หรือเผยแพร่ต่อเพียงบางส่วน หรือทั้งหมด
กรุณาอ้างอิง “ชื่อเจ้าของผลงาน” เป็นแหล่งที่มาของข้อมูล

ความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน

โดย

น.ส.สันติมา จินตโกวิท

นางจรรรณ ประดา

น.ส.จิรภัทร เป็ลื่องนุช

กลุ่มงานการพยาบาลครอบครัวในชุมชน

กลุ่มภารกิจการพยาบาล

สถาบันราชานุกูล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล
หัวหน้าตึก และผู้ปกครองทุกท่านในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา
ณ. โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของ
เครื่องมือวิจัย รวมทั้งนางสาวชนิสรา เวชวิรุฬห์ ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลเครื่อง
คอมพิวเตอร์

สุดท้ายนี้ งานวิจัยจะไม่สำเร็จได้หากไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อำนวยการ
สถาบันราชานุกูลที่ให้การสนับสนุนในการประสานงานต่างๆ และพี่ ๆ เพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจ
ในมาตลอด

คณะทำงานวิจัย

18 สิงหาคม 2547

อธิบดีบริหารการ

โดย คุณ สันติสา กิตติศักดิ์
๓/๑/๐๕

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของสถาบันราชานุกูล ระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2547 เลือกเจาะจง (Purposive sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและบุคคลปัญญาอ่อน แบบสอบถามความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแลที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และส่วนบุคคลของบุคคลปัญญาอ่อน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และวิเคราะห์ข้อมูลด้านความต้องการการบริการสำหรับผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)

การศึกษาค้นคว้าความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้านของผู้ดูแล พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้เรียนหนังสือและจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.3 และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นแม่บ้าน ถึงร้อยละ 40.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001- 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.3 และมีถึงร้อยละ 22.9 ไม่มีรายได้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 65.3 มีความต้องการด้านความรู้เรื่องการฝึกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 66.7 ความต้องการบริการฝึกกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ความต้องการบริการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 81.9 รองลงมาคือความต้องการในเรื่องการเรียนร่วมกับเด็กปกติ ร้อยละ 76.4 ทางด้านความต้องการด้านบุคลากรในการส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด คือนักจิตวิทยา คิดเป็นร้อยละ 45.1 ต้องการให้เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 78 เชื่อมโดยทำการตกลงกับผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 59 รูปแบบการเชื่อม จากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแล ร้อยละ 65.1 ต้องการให้เชื่อมเป็นทีมสหวิชาชีพ และโดยไปนอกเครื่องแบบ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลบางคนไม่ต้องการให้คนในชุมชนรู้ว่าถูกของคนมีความพิการ

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ข้อเสนอแนะ

1. การเชื่อมเน้นเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการและฝึกกิจวัตรประจำวัน
2. ควรมีการประสานงานให้เด็กได้มีโอกาสเรียนร่วมโรงเรียนกับเด็กปกติ
3. การเชื่อมต้องมีการวางแผนร่วมกับผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการและควรมีการเชื่อมบ้านในลักษณะการแต่งกายนอกเครื่องแบบ

สารบัญ

บทคัดย่อ

สารบัญ

สารบัญตาราง

บทที่ 1 บทนำ

- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
- วัตถุประสงค์การวิจัย..... 2
- ขอบเขตของการศึกษา..... 3
- ผลที่คาดว่าจะได้รับ..... 3

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

- แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแล..... 4
- แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน..... 6
- ระบบการพยาบาลต่อการดูแล..... 11

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

- วิธีดำเนินการวิจัย..... 18
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 18
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 18
- การหาคุณภาพของเครื่องมือ..... 19
- การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 19
- การวิเคราะห์ข้อมูล..... 20

บทที่ 4 ผลการวิจัย

- ผลการวิจัย..... 21

บทที่ 5 สรุปการวิจัยและอภิปรายผล

- สรุปการวิจัย..... 28
- อภิปรายผล..... 28
- ข้อเสนอแนะในการวิจัย..... 30
- ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 30

บรรณานุกรม..... 31

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของข้อมูลเด็ก จำแนกตามเพศ อายุ สิทธิการใช้การรักษา	21
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และที่อยู่อาศัยของผู้ดูแล	22
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการด้านข้อมูล องค์ความรู้ และด้านบริการ	23
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการด้านบริการ	24
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการด้านบุคลากรทางการแพทย์	25
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความความต้องการเยี่ยม บ้านเดือนละ วันที่สะดวกในการเยี่ยมบ้าน และลักษณะการเยี่ยม	26

บทที่ 1

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม และความก้าวหน้าทางวิชาการต่างๆ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะความเจ็บป่วยโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต และจากลักษณะอาการที่พบความผิดปกติทางจิต ไม่ว่าจะเป็นโรคจิต ภาวะปัญญาอ่อน หรือโรคซึมเศร้า ฯลฯ เป็นโรคที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตบุคคลและครอบครัวรวมทั้งการสร้างภาระให้แก่สังคมต่อไป

จากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และ ฉบับที่ 9 มุ่งเน้นให้มีการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลลดอัตราการครองเตียง และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีแนวคิดที่ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยการดำเนินนโยบายเรื่องนี้จึงเน้นให้ครอบครัว เป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นแกนหลักที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัว มุ่งขยายบริการทางการแพทย์และบริการสนับสนุนอื่นๆ ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงานเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้

(กรมสุขภาพจิต, 2540-2544) จึงเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาในปัจจุบันขึ้น

หน้าที่ของสถาบันราชานุกูล สังกัดกรมสุขภาพจิต มีดังต่อไปนี้

- ก. ศึกษาวิเคราะห์ และวิจัย เพื่อพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานของงานองค์ความรู้ และเทคโนโลยี รวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะทางด้านการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อน
- ข. ส่งเสริม พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะทางด้านการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อน แก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
- ค. ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อน เพื่อพัฒนาวิชาการทางด้านการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อน
- ง. ให้การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยปัญญาอ่อน แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรอื่นของภาครัฐและภาคเอกชน
- จ. เป็นศูนย์วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านพันธุศาสตร์การแพทย์และปัญญาอ่อนของกระทรวงสาธารณสุข
- ฉ. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

จากการที่สถาบันราชานุกูลได้ถูกกำหนดหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้ต้องหามาตรการในการแก้ไขปัญหาการอยู่โรงพยาบาลของบุคคลปัญญาอ่อนนาน ซึ่งไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว อาจทำให้เกิดผลเสียคือการปรับตัวในด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมมากขึ้น (นันทนา รัตนากร ,2536) วัตถุประสงค์การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) การติดต่อกับโลกภายนอก ทำให้ผู้ป่วยขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจสังคมรอบตัว บุคลิกภาพเสื่อมถอย ไม่มีโอกาสที่จะเรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคมเช่นคนทั่วไป ไม่มีความมั่นใจในการที่จะออกไปใช้ชีวิตภายนอกโรงพยาบาลได้ และยังทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติห่างเหินกันมากขึ้น จนญาติมองเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะอยู่ในความดูแลของแพทย์ตลอดไป จึงทำให้มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น โดยครอบครัวมีความสำคัญในการสนับสนุนการรักษา ช่วยเหลือดูแล ประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมภายนอกได้ เพราะการที่ครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช ทำให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด ก่อให้เกิดผลดี คือ ด้านตัวผู้ป่วยจะทำให้เกิดความมั่นใจ ถ้าเผชิญกับสภาพความเป็นจริง มีสัมพันธภาพกับผู้คนรอบข้างมากขึ้นและสามารถอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น และยังช่วยลดภาระเศรษฐกิจของครอบครัว ในส่วนของค่ารักษาพยาบาล และค่าเดินทางในการมารับการรักษาพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายได้

บุคคลปัญญาอ่อนเป็น หนึ่งในประเภทโรคทางจิตเวชที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากข้อจำกัดความบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or Functional Impairment) ปัญหาความบกพร่องทางการคิด สติปัญญา (Cognitive Impairment) หรือความเปราะบางของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคล (อุพาทิน ศิริโพธิ์งาม ,2539) ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพจึงเป็นวิธีหนึ่งของการบริการเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการ ในด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพการส่งเสริมและการป้องกันโรคเพื่อให้บุคคลปัญญาอ่อน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพรวมทั้ง เป็นการป้องกันปัญหาความพิการและโรคแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการตอบสนอง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการลดอัตราครองเตียงในการอยู่โรงพยาบาล เป็นการเพิ่มความมั่นใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อน เพื่อลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

คณะผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาถึงความต้องการ ในการจัดบริการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้านขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานมาจัดรูปแบบการจัดบริการบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน

ขอบเขตการของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาความต้องการของผู้ดูแลที่มีมารับบริการในสถาบันราชานุกูล ทั้งผู้ป่วยนอกนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือน เมษายน 2547 ถึง เดือน มิถุนายน 2547

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูล ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และบุคคลปัญญาอ่อน

ตัวแปรตาม คือ ความต้องการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความต้องการในการจัดบริการการดูแลที่บ้าน หมายถึง ความปรารถนาของผู้ดูแลเด็กที่เกี่ยวข้องกับการดูแลฟื้นฟูสภาพของบุคคลปัญญาอ่อน แบ่งออกเป็นดังนี้

1. ทางด้านข้อมูลในการฝึกเด็ก

2. บริการที่ต้องการ ได้แก่ ๓) การส่งเสริมพัฒนาการการฝึกกิจวัตรประจำวัน

การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การปรับพฤติกรรม การเรียนร่วมกับเด็กปกติ สถาบันบริการสาธารณสุขสำหรับบุคคลปัญญาอ่อนในชุมชน อุปกรณ์พิเศษที่จำเป็น

3. ความต้องการทางด้านบุคลากร

4. ความต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

5. ลักษณะของการจัดการดูแลที่บ้าน

การดูแลที่บ้าน หมายถึง การให้บริการดูแลถึงที่อยู่อาศัยของบุคคลปัญญาอ่อนโดย

ทีมสุขภาพที่มุ่งเน้นในการดูแลฟื้นฟูสภาพอย่างอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำรูปแบบการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน

2. เป็นแนวทางในการวางแผนการขยายเครือข่ายในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้านเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย และพัฒนาการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแล
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน
3. ระบบการพยาบาลต่อการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแล

ทฤษฎีลำดับความจำเป็นพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow' Need Hierarchy Theory) ได้กล่าวเกี่ยวกับความจำเป็น และความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งจำแนกระดับความจำเป็นระดับความต้องการของมนุษย์ที่จำเป็นของมนุษย์ 5 ระดับ คือ (Maslow, AH., 1970)

1. ความจำเป็นด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความจำเป็นพื้นฐานขั้นแรกที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย ความอบอุ่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น สิ่งจำเป็นเหล่านี้ตอบสนองความต้องการของร่างกายแล้ว ก็จะมีความจำเป็นสูงขึ้นในลำดับต่อไป ที่เกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจ

2. ความจำเป็นด้านความปลอดภัย และความมั่นคง (Safety and security needs) เมื่อได้รับความตอบสนองความจำเป็นทางด้าน / ร่างกายจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะเกิดความต้องการความปลอดภัย และมั่นคงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา เช่น ต้องการเป็นอิสระส่วนบุคคล ต้องการความปลอดภัยและมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

3. ความจำเป็นทางด้านสังคม (Social needs) เริ่มแรก มาสโลว์เสนอว่า เป็นความต้องการความรัก และการมีส่วนร่วมในสังคม (Love and belonging needs) ต่อมาได้รวมเอาความรู้สึกต้องการมิตรภาพ ต้องการมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน กับสามีภรรยาและกับบุตรหลานเข้ามาด้วย ความจำเป็นขั้นนี้ เป็นความต้องการที่จะเป็นผู้ให้และผู้รับจากสังคม หากไม่พอใจก็จะนำมาส่งผลทำให้การปรับตัวที่ไม่ดีในสังคมได้ เพราะด้านนี้ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคง

4. ความจำเป็นด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และความมีคุณค่า (Esteem needs) เป็นความต้องการการมีเกียรติยศชื่อเสียง การยอมรับนับถือจากคนอื่น หรือเห็นตนเองมีคุณค่าซึ่งจำเป็นด้านนี้ ได้แก่ การเป็นที่ยอมรับ ความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่ม การมีบทบาทร่วมกับกลุ่ม ความรับความอบอุ่น เป็นต้น

5. ความจำเป็นด้านความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization needs) เป็นความต้องการที่

จะบรรลุความถำเร็จสมหวังในชีวิต และเป็นความหวังขั้นสูงสุดที่มนุษย์ปรารถนา ความต้องการเป็นกระบวนการที่ไม่มีที่สิ้นสุด จะมีเป้าหมายต่อไปเรื่อยๆ ตามศักยภาพของคน

ดังนั้นการประเมินความจำเป็นของคน สามารถสะท้อนให้เห็นถึงระดับพึงพอใจของคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับได้รับการตอบสนองมาก บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจ หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจในชีวิต อันหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนั่นเอง แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์ในภาวะสุขภาพปกติและเบี่ยงเบน

โดยทั่วไปมนุษย์มีความต้องการอยู่ตลอดเวลา และความต้องการนี้จะเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์ขาดความสมดุล อันส่งผลกระทบต่อในร่างกายทำให้เกิดความเครียดไม่เป็นสุข ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะก่อให้เกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งเร็วหรือช้าแล้ว ก็จะเกิดตัวกระตุ้นอื่นทำให้ความต้องการขึ้นอีก

ความต้องการในภาวะสุขภาพ แบ่งได้ 2 ประเด็น คือความต้องการทางด้านพื้นฐานในภาวะสุขภาพปกติ และความต้องการในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

1. ความต้องการด้านพื้นฐานในภาวะสุขภาพปกติ หมายถึง การดูแลตนเองที่เป็นกิจวัตรประจำวันตามปกติ หรือกิจกรรมที่ทำเพื่อให้บรรลุความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกในชีวิต ส่วนความต้องการของไอเรม (อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 27-28) ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันของมนุษย์ออกเป็น 6 ประเภท คือ

- 1.1 อากาศ น้ำ อาหาร
- 1.2 การขับถ่าย
- 1.3 การออกกำลังกายและการพักผ่อน
- 1.4 การเป็นตัวของตัวเองและกิจกรรมทางสังคม
- 1.5 การป้องกันจากอันตราย อุบัติเหตุ หรือความเจ็บป่วย
- 1.6 เป็นคนปกติในสังคม

2. ความต้องการในภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ หมายถึง การดูแลขณะเจ็บป่วยได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ แบ่งได้ 6 ประเภท คือ

- 2.1 การแสวงหาบริการทางด้านรักษาพยาบาล เมื่อเกิดความเจ็บป่วย
- 2.2 ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้นๆ
- 2.3 ปฏิบัติตนได้เหมาะสม ตามแนวทางการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ
- 2.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล
- 2.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ของคน

2.6 เรือนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัย ของตนเอง

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจะมีความต้องการการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจและ
อารมณ์สูง เพราะผู้ป่วยจะประสบปัญหา ในภาวะสุขภาพเบื้องต้นในด้านอารมณ์ ความกลัว
วิตกกังวล และความรู้สึกว่าแห้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเป็นเวลานานยังไม่สามารถปรับตัวให้เข้า
กับสภาพของความเจ็บป่วยหรือพิการได้ มักจะมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ ทำให้มีอารมณ์ ทำให้มี
อารมณ์หงุดหงิด เบื่อหน่าย เศร้าโศก และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าสิ้นหวัง (วิจิตร ศรีสุพรรณ,
ชวพรพรรณ สอนง่าช, 2530 : 716)

กล่าวโดยสรุป นักการศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
คล้ายคลึงกัน และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์รวมทั้งสภาวะแวดล้อม แต่จะมุ่งเน้นไปทาง
ด้านความต้องการของมนุษย์ขณะมีสุขภาพปกติ แต่อย่างไรก็ตามความต้องการของมนุษย์ก็
แตกต่างกัน โดยเฉพาะบุคคลปัญญาอ่อนจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นในด้านร่างกายและจิตใจเป็นพิเศษ
นอกจากนี้ความต้องการของญาติมีความต้องการให้บุคคลปัญญาอ่อนของคนได้รับการตรวจรักษาก่อน
คนอื่น ความต้องการความช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความต้องการดังกล่าวหากได้
รับการตอบสนองตรงตามความต้องการของบุคคลปัญญาอ่อนน่าจะมีอิทธิพลต่อ
การดูแลตนเองของเด็กได้เร็วขึ้นเนื่องจากมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตนและให้ความร่วมมือในพยาบาล
ดังนั้นบุคคลปัญญาอ่อนที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นอยู่ที่บ้าน จึงยังมีความต้องการ
อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทีมสุขภาพที่ให้บริการจะสามารถให้การดูแลรักษา พยาบาลพร้อมทั้งให้
คำแนะนำช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ลดความกังวลใจญาติเกิดความมั่นใจในการดูแล
สุขภาพและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน

2.1 การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึง การให้บริการดูแล

สุขภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้านหรือที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องแบบผสมผสานเพื่อ
ส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
ซึ่งลักษณะการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบทีมสุขภาพ ประกอบด้วย
แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักสังคมศาสตร์ โภชนาการและ
บริการขั้นสุดโรค คอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่าง
อิสระ และดำรงชีวิตได้ตามปกติให้ได้มากที่สุด (มุกดา ส่วนกลาง, 2534: 2)

โรวินสกี และซาสต็อกกี (Rovinski & Zastocki, 1989,p.3) ได้กล่าวว่าบริการสุขภาพที่
บ้านเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่ครบถ้วน เป็นบริการจัดเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อ

รักษาพยาบาลป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันความพิการและต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสอนและแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งประกอบด้วยบริการดังต่อไปนี้คือ การบริการทางการแพทย์ การพยาบาล ทันตกรรม การภาพบำบัด อาชีวบำบัด สังคมสงเคราะห์ การโภชนาการ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือที่บ้าน การเคลื่อนย้าย การบริการชันสูตรโรค และศูนย์บริการเครื่องมือแพทย์

แอสตันโฮป และแลงคาสเตอร์ (Stanhope & Lancaster, 1984, p 780-781) กล่าวถึงบริการสุขภาพที่บ้านว่า ไม่เพียงหมายถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านเท่านั้น หากแต่รวมถึงการจัดเตรียมบริการสังคมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้บุคคลในชุมชนถึงที่อยู่อาศัยของเขา นอกจากนี้การจัดให้มีบริการให้แก่บุคคลและครอบครัวเพื่อจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่วยลดความรุนแรงของเจ็บป่วยในภาวะไร้ความสามารถ โดยการใช้บุคลากรที่มีผู้ร่วมกันบริหารจัดการหน่วยงานให้บริการ มีการวางแผนการประสานงาน และจัดระบบสำหรับดูแลสุขภาพที่บ้าน นับเป็นการดูแลสุขภาพที่สมบูรณ์แบบ

ฉะนั้นการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน จึงหมายถึงการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้านผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วยปราศจากโรคแทรกซ้อน หรือประสบความพิการมากขึ้น ซึ่งเน้นการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยโดยให้การดูแลในด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ซึ่งมีกลุ่มผู้รับบริการหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตหรือภาวะใกล้ถึงชีวิต เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวยังสามารถดูแลตนเองภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือของทีมสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการแนะนำการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (สมจิต หนูเจริญกุล ,2536: 38-41)

ได้เสนอแนวทางเกี่ยวกับระดับการดูแลรักษาพยาบาลสุขภาพที่บ้านโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ระดับทดแทนทั้งหมด หมายถึงผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยพยาบาลหรือสมาชิกภายในครอบครัวเป็นผู้กระทำให้
 2. ระดับทดแทนบางส่วน หมายถึงผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ทั้งหมดต้องอาศัยพยาบาล หรือสมาชิกภายในครอบครัวช่วยปฏิบัติให้ในบางกิจกรรม
 3. ระดับสนับสนุนแต่ให้ความรู้ผู้ป่วยโดยการสอน แนะนำจากพยาบาลและคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้กำลังใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง
- จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีม

สุขภาพในด้านการให้คำแนะนำและสนับสนุนในหลายๆ กิจกรรมที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถปฏิบัติได้ ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพและสามารถป้องกันความพิการและโรคแทรกซ้อน อันจะทำให้ผู้ป่วยต้องย้อนกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

2.2 ขอบเขตของการบริการสุขภาพที่บ้าน โรวินสกี และซาสต็อกกี (Rovinski & Zastocki, 1989, 4) ได้กล่าวถึงขอบเขตการให้บริการสุขภาพที่บ้านว่ามีขอบเขตที่เด่นชัดแตกต่างจากบริการอื่นๆ โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

2.2.1 ความต้องการบริการทางการแพทย์ในด้านการดูแลและรักษาพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่อเนื่อง เช่น การให้อาหาร ให้สารน้ำทางเส้นเลือดให้ยาปฏิชีวนะ ให้เคมีบำบัด การล้างไต การใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน

2.2.2 ความต้องการบริการช่วยเหลือสนับสนุนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้บริการในด้านส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมทางด้านความรู้ แนะนำทางด้านอาหาร สุขภาพจิต การหัดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย รวมถึงให้บริการเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และผลของบริการจะช่วยลดค่าใช้จ่ายและเกิดความสะดวกสบายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาเดินทางเข้ามาขอรับคำแนะนำหรือปรึกษาปัญหาสุขภาพที่โรงพยาบาล

วิธีการดำเนินการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ส่วนใหญ่จะใช้แนวทางที่มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่กระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีการศึกษาข้อมูลและวางแผนกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพร่วมกัน นอกจากนี้ สมจิต หนูเจริญ (2536 : 156-157) ยังกล่าวว่าการให้คุณค่าต่อการพึ่งพาตนเอง และความรับผิดชอบต่อตนเองยังมีข้อดกและวิธีให้ความช่วยเหลือดังต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยทำงานร่วมกันเพื่อหาวิธีการที่จะบรรเทาการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การชี้แนะ เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขสามารถเลือก หรือชี้แนะผู้ป่วยให้เลือกและใช้วิธีการที่จะตอบสนองความต้องการ หรือปรับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. การสนับสนุน เป็นการช่วยเหลือเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

5. การสอนเป็นวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ

6. การกระทำให้อาจจำเป็นในระยะแรก หรือระยะโรคกำเริบซึ่งจะเป็นอยู่ชั่วคราว

สำหรับระบบบริการสุขภาพกับผู้ป่วย สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 161) ได้เสนอความคิดเห็นว่า ควรขยายออกไปให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพประชาชนในปัจจุบัน ซึ่งมีผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว บริการสุขภาพจึงควรขยายออกไปสู่ชุมชนให้มากขึ้น มีระบบเชื่อมโยงระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลและสถาบันบริการสุขภาพ เพื่อลดช่องว่างในการให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและช่วยเหลือบุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาด้วย ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องให้การสนับสนุนและเชื่อมอำนาจกับประชาชนโดย

1. จัดระบบการส่งต่อที่ดีและมีคุณภาพ เพื่อช่วยให้ได้รับการช่วยเหลือที่เพียงพอและต่อเนื่อง มีเครือข่ายเชื่อมโยงและมีการบริการยอมรับ
2. ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์เต็มที่ จากการมาโรงพยาบาลเป็นระยะในแผนกผู้ป่วยนอก ควรจัดบริการพยาบาลที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินความบกพร่องในการดูแลตนเอง ประเมินความบกพร่องของบุคคลที่รับผิดชอบผู้ต้องพึ่งพา และหาวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมเพื่อลดการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ โดยจัดโปรแกรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลอย่างต่อเนื่อง
3. จัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพราะความต้องการดูแลเองบางอย่างกลับซับซ้อนมากขึ้น และใช้เทคโนโลยีเพิ่มขึ้น กิจกรรมบางอย่างควรได้รับการตอบสนองโดยพยาบาลหรือนักวิชาชีพ ด้วยการกระทำที่ ชี้แนะสนับสนุน หรือให้ความรู้เป็นระยะ
4. จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุสื่อสาร
5. สนับสนุนการมีบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น การดูแลที่บ้าน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ช่วยเหลือกันเอง
6. สนับสนุนกลุ่มช่วยเหลือกันเองซึ่งอาจเกิดขึ้นโรงพยาบาล หรือในชุมชนบุคลากรของรัฐ ช่วยสนับสนุนอำนาจสะดวก ให้ความรู้ให้คำชี้แนะ

หลักการของการใช้การจัดการดูแลผู้ป่วย

1. เกี่ยวข้องกับการเจรจาต่อรอง การประสานงานและการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปากเสียงให้กับผู้ป่วยและครอบครัว (advocacy) โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. เป็นการพัฒนาเครือข่ายซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ อยู่บนพื้นฐานของการให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รูปแบบของการจัดการดูแลผู้ป่วย

โดยทั่วไปการจัดการดูแลผู้ป่วย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ ดังนี้

1. ผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย (Broker model หรือ Brokered case management)
บทบาทหลักของผู้จัดการดูแลผู้ป่วยในแบบนี้คือการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับแหล่งบริการต่างๆ
ที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งมีบทบาทหน้าเฉพาะดังนี้

- 1.1 ค้นหาคัดกรองผู้ป่วย
- 1.2 ประเมินความต้องการของผู้ป่วย
- 1.3 วางแผนการประสานงาน
- 1.4 เชื่อมโยงผู้ป่วยเข้าสู่แหล่งบริการที่ต้องการ
- 1.5 ติดตามตรวจสอบประเมินผลการรับบริการของผู้ป่วย ตลอดจนปัญหาและ
ความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

1.6 ทำหน้าที่เป็นปากเสียง (advocacy) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

รูปแบบของผู้ประสานการดูแลผู้ป่วย ลักษณะนี้จะให้ความสำคัญต่อการประเมินความ
ต้องการของผู้ป่วย การส่งผู้ป่วยไปยังแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ประสานงาน และติดตามรับ
การรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วย (Clinical management model)

ผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วยถูกพัฒนาขึ้นจากข้อเท็จจริงที่พบว่า ผู้จัดการดูแล
ผู้ป่วยจะต้องทำหน้าที่ในการให้บริการทางคลินิกโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้การปรึกษา
เกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวและการสอน
ทักษะทางสังคมการติดตามการรับประทานยา

กระบวนการทำงานของผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้ชำนาญการในการจัดการดูแล
ผู้ป่วย มีกระบวนการทำงานความคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ
ผู้ชำนาญการในการจัดการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มจากการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว โดยองค์รวมครอบครัว
ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม
ซึ่งเป็นการประเมินทั้งส่วนที่ดี คือความสามารถ ศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุนและส่วนที่
เป็นปัญหาและความต้องการในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว แล้วนำไปวางแผนให้การพยาบาล
 ตลอดจนติดตามผลการรักษา และส่งต่อไปยังแหล่งช่วยเหลือได้เหมาะสม

3. ระบบการพยาบาลต่อการดูแล

การดูแลให้ประสบความสำเร็จ ระบบการพยาบาลย่อมมีบทบาทสำคัญ จึงควรวางระบบให้มี
ลักษณะดังนี้

1. ระบบการพยาบาลที่ดีต้องการได้รับความร่วมมือจากบุคคลกรในอาชีพอื่นๆ ด้วย
เช่น แพทย์ผู้รักษา นักกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัด ฯลฯ

2. การจัดให้มีหน่วยการให้คำปรึกษากับผู้ดูแล ที่รวดเร็วทันต่อปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแล ได้รับการเพิ่มพูนทักษะ และเผชิญกับสถานการณ์ได้ดี

3. มีระบบส่งต่อที่ดีและชัดเจนเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยจะมีปัญหาในการปรับตัวและการมีวิถีชีวิตที่ปกติที่บ้าน พยาบาลควรมีการประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนให้ช่วยเหลือ เพื่อให้ปัญหาที่ผู้ดูแลกังวลอยู่ได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

4. พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรอบรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วย เพื่อให้ได้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เช่น องค์กรต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน แหล่งบริการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แหล่งบริการช่วยเหลือผู้พิการ แหล่งอุปกรณ์ ในกระบวนการของการให้บริการสามารถควบคุมการปฏิบัติงานของตนเอง และมีความรับผิดชอบในผลงานตนเอง เพื่อที่จะได้มั่นใจว่าได้ให้ในสิ่งที่ผู้รับบริการและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการในสถานการณ์นั้น ๆ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องใช้ความอดทน ใช้ความรู้เทคนิคและวิธีการการให้ความช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน

การให้การช่วยเหลือครอบครัวปัญญาอ่อนทำได้ดังนี้

1. การให้คำแนะนำปรึกษาในครอบครัว

การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพัฒนาการและหน้าที่ของพ่อแม่ในการส่งเสริมพัฒนาการ อบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม แหล่งความช่วยเหลือกับครอบครัวสถานที่จะนำเด็กไปรับการบำบัดฝึกอบรม สถานศึกษา

2. การฝึกอบรมพ่อแม่

ควรเริ่มต้นแต่บุตรอยู่ในวัยก่อนเข้าโรงเรียน พ่อแม่ต้องการเรียนรู้วิธีการกระตุ้นหรือสนับสนุนพัฒนาการเด็ก และการพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิต เพื่อให้เด็กประสบความสำเร็จในชีวิตอย่างเต็มที่ และช่วยตัวเองได้ พ่อแม่ควรรู้วิธีการเลือกนันทนาการที่น่าสนใจ และกิจกรรมยามว่าง ซึ่งเด็กสามารถทำหรือปรับตัวได้ วิธีการช่วยเหลือเด็กให้ผู้อื่นได้ง่าย และควรรู้วิธีการที่จะช่วยเด็กเรียนรู้กฎระเบียบที่จำเป็นในสังคม นั่นคือพ่อแม่ต้องการรู้ความหวังที่ควรมีต่อบุตรและวิธีการที่จะช่วยเหลือบุตรให้ประสบความสำเร็จด้านพัฒนาการและช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2538 : 10-18)

นอกจากนี้ การช่วยเหลือบุคคลปัญญาอ่อน ควรให้ความรู้ความเข้าใจกับพ่อแม่ในเรื่องความหมายของภาวะปัญญาอ่อน ระดับของการเป็นปัญญาอ่อนความยากลำบาก ความต้องการและความสามารถที่ยังคงมีอยู่ของลูก ผลกระทบของปรับตัวของครอบครัวกับเพื่อนบ้านตลอดจนการรู้จักใช้ทรัพยากรที่ตนมีอยู่ และสามารถหาได้ เพื่อนำมาใช้สำหรับการแก้ไขสถานการณ์ที่เผชิญอยู่สำหรับตนเองและลูกปัญญาอ่อน (Helen L. Bech . 1970 : 366- 367 อ้างอิงในฉลวย จุติภัก, 2539 :21)

การให้บริการบุคคลปัญญาอ่อนเน้นการให้บริการตามช่วงวัย ดังนี้

1. วัยแรกเกิด - 6 ปี ควรให้กำลังใจและความรู้สึกความเข้าใจแก่พ่อแม่ในด้านการดูแลเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพอนามัยทั้งร่างกายและจิตใจของเด็กตลอดจนให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย
2. วัย 6 - 14 ปี ซึ่งเป็นวัยเรียนพ่อแม่ควรมีส่วนร่วมการเตรียมความพร้อมของเด็กในการเรียนร่วม ควรจัดให้เด็กมีโอกาสได้เรียนในโรงเรียนที่อยู่ในใกล้บ้าน โรงเรียนร่วมหรือการศึกษาพิเศษตามความเหมาะสมและความพร้อมของเด็ก ถ้าเรียนไม่ได้ควรฝึกการช่วยเหลือตนเองงานบ้านงานๆ และควรเริ่มเตรียมการวางแผนครอบครัวให้เด็กเพื่อป้องกันการถูกหลอกลวงทางเพศและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์
3. วัย 14- 18 ปี วัยฝึกอาชีพ บุคคลปัญญาอ่อนควรได้รับการฝึกอาชีพในสถาบันฝึกอาชีพสถานประกอบการต่างๆ ศึกษาศักดิ์สมศักดิ์, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม หรือฝึกอาชีพที่พ่อแม่หรือครูญาติทำอยู่ ตลอดจนอาชีพที่มีอยู่ในชุมชนนั้น และควรมีการวางแผนครอบครัวเพื่อป้องกันการถูกหลอกลวงทางเพศและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้วย
4. วัย 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยทำงานและดำรงชีวิตในสังคม ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสถานที่ทำงานที่เหมาะสมปลอดภัย ด้านที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย สวัสดิภาพและสวัสดิงานที่จำเป็น การให้บุคคลปัญญาอ่อน ได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมเช่นในด้าน กีฬา ดนตรี ศิลป สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ควรมีการวางแผนครอบครัว ตลอดจนช่วยบรรจงและดูแลด้านกฎหมายและสิทธิต่างๆที่เกี่ยวข้องกับบุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งสิ่งต่างๆ ดังกล่าวนี้จะเป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลปัญญาอ่อนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเฉกเช่นคนปกติ

ความต้องการบริการสุขภาพที่บ้าน พบว่ามีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความต้องการดังสรุปได้ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลบ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของตัวบุคคลตามกรรมพันธุ์มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวทางด้านจิตใจ (Orem, 1985 : 220) เพศจะทำให้เกิดความแตกต่างในบุคคลซึ่งมีผลต่อความต้องการดูแลตนเองตลอดจนภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เพศหญิงและเพศชายมีความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเพศชาย จะมีความต้องการบริการป้องกันโรคมกกว่าบริการอื่นๆ ส่วนเพศถ้าอยู่ในระยะตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดจะมีความต้องการบริการทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าเพศชาย (มนัสสินธุ์ บุญยธรรม, 2536: 33) แต่จากการศึกษาของไพโรจน์ อุดศรี (2527 : 82) ได้ศึกษาความต้องการทางด้านการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีความพิการทางไขสันหลังในโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ และมูลนิธิศิริวัฒนาเซตเซียร์ จำนวน 60 คน พบว่าผู้พิการชายและผู้พิการหญิง มีความต้องการทางด้านการพยาบาลไม่แตกต่างกันเช่นเดียว

กับ ถัดมา ชุมอินทจักร (2526 : 62) ได้ศึกษาความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยศัลยกรรมขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทหารอากาศเชียงใหม่ จำนวน 70 คน พบว่าความต้องการพื้นฐานในการพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรมเพศชาย และเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันการที่เพศไม่ได้มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลพื้นฐานแตกต่างกันเนื่องจากภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากปกติมีความคล้ายคลึงกัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยจากโรคที่แตกต่างกัน พักรักษาอยู่ในแผนกที่แตกต่างกัน แต่ความต้องการการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยมีความต้องการเหมือนกัน เพราะความต้องการขั้นพื้นฐาน ในอาหาร น้ำ อากาศ ยารักษาโรค ฯลฯ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัยมีความต้องการและยังอยู่ในสภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ ก็ยังมีความต้องการมากขึ้น

2. อายุของผู้ดูแลเด็ก อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้น ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1991: 239-246) วัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาวอายุ 13-20 ปี เป็นวัยที่มีการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อจากการเป็นเด็กมาเป็นผู้ใหญ่ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีจินตนาการสูง สนใจตนเองชอบสนุกสนานกับเพื่อน มีความคิดกว้างไกลพยายามแสวงหาความรู้ใหม่ เพื่อเพิ่มความสามารถของตัวเอง แต่ยังคงวุฒิภาวะที่เพียงพอและทักษะประสบการณ์ทางสังคมมีจำกัด ทำให้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีขีดจำกัด ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมากขึ้นเป็นวัยของการมีครอบครัวและบุตร ต้องอบรมเลี้ยงดูบุตรสามารถทำงานได้เต็มที่ มีความกระฉับกระเฉงว่องไว มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี การเรียนรู้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วเข้าใจปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง มีความอดทน (สุชา จันทน์เอน, 2536: 167- 174) มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง สามารถเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ด้านสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการรักษาสูง เพื่อให้มีสุขภาพจิตส่วนใหญ่ตอนปลายจนถึงสูงอายุ ร่างกายทรุดโทรม ความกระฉับกระเฉงว่องไวลดลงมีปัญหาด้านจิตใจ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง(จินตนา ฐนิพันธ์ 2529 : บทนำ) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะลดลงด้วย จากการศึกษาของแฮส (Hass, 1991: 162) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่การศึกษาของอ็อดริธา ปทุมวัน (2534: 40) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้ และจากการวิจัยของรุจา ภูไพบูลย์ (2533:23) พบว่าอายุของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตร

3. ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็กระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถของผู้ดูแล เพราะว่าการศึกษทำให้บุคคลมีความเจริญออกงานทางสติปัญญา มีความรอบรู้มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจ หรือเลือกที่จะปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับ

ความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่ค้นคว้าหรือ แสวงหาความรู้ กล่าวได้ว่าศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามวัยได้ดีทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มากมีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติคนได้ถูกต้องเหมาะสม ในขณะที่ผู้มีการศึกษาน้อยมักมีรายได้ต่ำ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และขาดทักษะในการแสวงหาข้อมูล (Pender, 1982: 161-162) แต่บุคคลที่มีการศึกษาสูงทำให้มีรายได้สูงขึ้น จะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่มีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้และทักษะที่เขามีมาแก้ไขปัญหา (Jalowicz & Power 1981: 10-15) รุทท์ (Ruth 1973:136-156) กล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาดำเนินปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน ระดับการศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถผู้ดูแลในการดูแลเด็ก การศึกษางานวิจัยของบอยด์ และคณะ (Boyd, et al 1974: 485 - 491) พบว่าผู้ป่วยอายุศตวรรษมีฐานะเศรษฐกิจดี จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี ผลการศึกษาของอังเดรีย ปทุมวัน (2534 : 40) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

เขียนพลันชนิดพิมพ์โพบกาศดึก

4. รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่ใช้เวลาในการรักษานาน อาจกระทบต่อเศรษฐกิจการเงินของครอบครัว จากการศึกษาของวูดและเอิร์ป (Wood & Earp, 1978: 279-285) ได้ศึกษารายได้ครอบครัวในกลุ่มหญิงที่ได้รับการผ่าตัด ได้รับการสนับสนุนสังคมแตกต่างกัน คนที่มีรายได้สูงจะอยู่ในสังคมระดับสูง ย่อมมีโอกาสใช้แหล่งบริการทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองทางสุขภาพได้ดีกว่า และจากรายงานของกรมการแพทย์ (อ้างในมนัสสินิตย์ ชุมทรัพย์, 2536 : 34) กล่าวถึงรายได้ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ผู้มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ เนื่องจากสามารถจัดสรรเงินมาเป็นค่ารักษาพยาบาล หรือการไปพบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในโรงเรียนพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชนต่างๆ ในขณะที่ผู้มีรายได้ไม่มีโอกาสเลือกเพราะไม่สามารถจ่ายค่ารักษาในราคาที่สูงกว่าปกติได้ นอกจากนี้รายได้ยังเป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม สามารถทำนาอาชีพ และการศึกษาของบุคคลได้ด้วย โดยผู้มีการศึกษาสูงมักประกอบอาชีพที่ดีและมีรายได้สูงกว่า ในขณะที่ผู้มีการศึกษาดำเนินมากมีอาชีพใช้แรงงานซึ่งจะมีรายได้ต่ำ

ฉะนั้นรายได้ จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานหรือตลอดชีวิต ผลกระทบที่มีต่อสมาชิกครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. สุขภาพกาย เมื่อมีผู้เจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว การดูแลต้องตกเป็นของสมาชิกในครอบครัว ด้วยความรักและความผูกพัน ทำให้ญาติผู้ป่วยบางรายทุ่มเทแรงกายใจในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพของตนทรุดโทรม บางรายปวดหลัง เพราะช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง การดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล และทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนจะลดน้อยลง เนื่องจากไม่มีเวลาต้องการดูแลอยู่กับผู้ป่วย การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนต้องลดน้อยลง ทำให้เกิดความเครียด

2. ในบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติ หลากๆ คนทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน ไม่ทราบว่าจะควรทำอะไรดี เนื่องจากไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ต่างๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรู้สึกว่า มีบทบาทเกินไป ภาวะเช่นนี้ ผู้ดูแลต้องการเวลา ต้องแรงสนับสนุนทางสังคมหากปัจจัยดังกล่าวไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าภาระที่กำลังเผชิญอยู่เกินความสามารถที่ผู้ดูแลจะทำได้

นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโห ง่าย เจ้าอารมณ์ จะทำให้ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ประกอบด้วยความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติ หลากๆ คนทำให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ ผู้ดูแลรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้เผชิญปัญหาแบบลอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อบ่น ท้อแท้ไม่พึงพอใจ ซึ่งหากการปรับตัวเป็นไปแบบนี้ย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้ดูแลเกิดความต้องการบางประการ ได้แก่ เวลาที่เป็นส่วนตัวเพื่อการผ่อนคลายและเวลา คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม หรือเวลาเพื่อการผ่อนคลายและเวลาที่เป็นส่วนตัวเพื่อการผ่อนคลายและเวลา คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม หรือเวลาเพื่อการผ่อนคลาย และเวลาที่ต้องปฏิบัติบทบาทอื่นๆ ด้วย ต้องการทบทวนวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ต้องการคำปรึกษา เมื่อไม่แน่ใจว่ากระทำให้อุดูแลระยะเวลาชวานาน รวมเครือข่ายทางสังคมในการส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาเป็นตัวเอง ลดความรู้สึกเป็นภาระ นอกจากนั้นเครือข่ายทางสังคมยังสามารถให้สนับสนุนด้านเศรษฐกิจด้วย

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แกรน และแมค กราธ (Grant and Mc Grath, 1990) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวของบุคคลปัญญาอ่อน ที่ต้องการให้บุตรปัญญาอ่อนได้รับบริการช่วยเหลือครอบครัวระยะฉุกเฉิน (Respite Care Service) โดยหาคนมาช่วยดูแลปัญญาอ่อนที่บ้าน พบว่าครอบครัวมีปัญหาด้วยกัน 5 เรื่อง

1. ความรู้สึกเครียดปัญหาสุขภาพของ ผู้ดูแลจากปัญหาของบุคคลปัญญาอ่อน 2. ลักษณะการพึ่งพา ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของบุคคลปัญญาอ่อน 3. ปัญหาเศรษฐกิจ ที่พ่อแม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทาง อุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าฝึกอบรมในโครงการต่างๆ 4. ความลำบากในการ

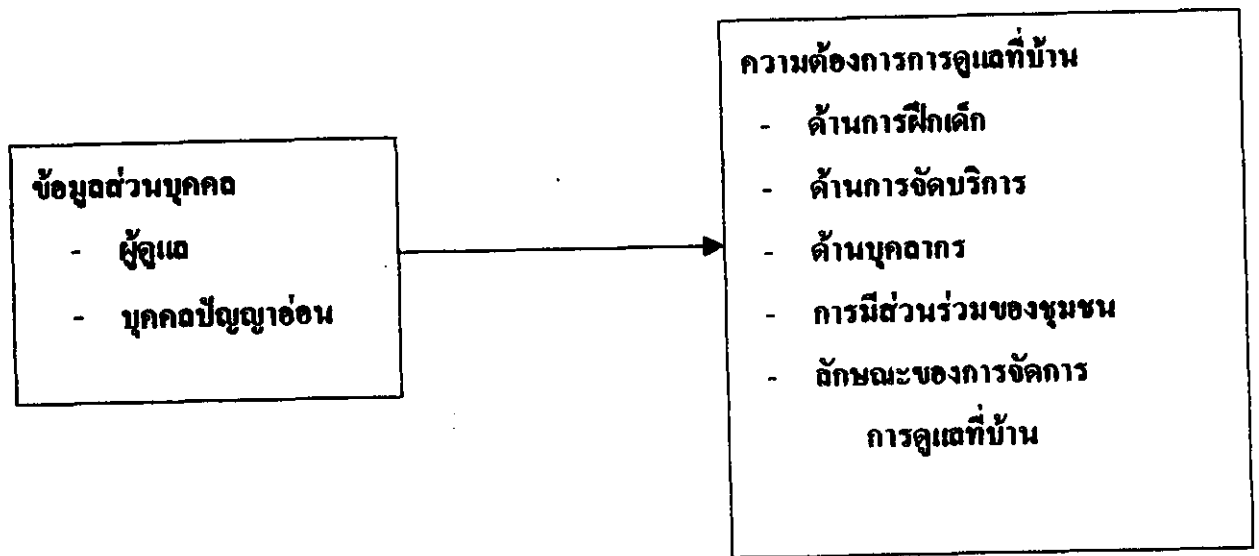
ดำรงชีวิตในสังคมเมือง จากปฏิกริยาการไม่ยอมรับของเพื่อนบ้าน 5. สภาพของครอบครัวมีปัญหาอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้พ่อแม่ยากลำบากในการแก้ปัญหาของครอบครัว และบางรายเกิดการหย่าร้าง

ศิริรัตน์ นาคทองแก้ว (2544) ความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน พบว่า ในด้านความรู้ ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลปัญญาอ่อนสามารถพัฒนาและช่วยเหลือตนเองได้ มีการฝึกฝนและพัฒนาบุคคลปัญญาอ่อนจึงต้องเป็นตามช่วงวัย วิธีการฝึกบุคคลปัญญาอ่อนคือ สอนซ้ำๆ ย้ำบ่อยๆ และภาวะปัญญาอ่อนไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ ด้านอารมณ์ จิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าภาวะปัญญาอ่อนด้วยความรัก ความเข้าใจ ไม่รู้สึกอับอายเครียด ห้อแท้หรือเบียดเบียนในการดูแลยอมรับในความสามารถและพฤติกรรมที่บุคคลปัญญาอ่อนแสดงออก แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ปกครองต้องทำจิตใจให้เข้มแข็ง เพื่อต่อสู้กับปัญหาและความปกติของบุตรเช่นกันด้านเศรษฐกิจ พบว่าการดูแลปัญญาอ่อนไม่มีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ด้านสังคม พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจจากญาติ เพื่อนบ้านอยู่เสมอ สามารถพูดคุยปรับทุกข์เมื่อมีปัญหาด้วยได้ ด้านปัญหาและความต้องการในเรื่อง สถานที่พักอาศัย สถานที่ทำงาน โรงเรียนสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน การให้ความรู้ในเรื่องเพศ ศึกษาแก่บุคคลปัญญาอ่อน การให้คำปรึกษาแนะนำ การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล และการสงเคราะห์ครอบครัวมากที่สุด

จินตนา หาญประสิทธิ์คำ (2544) ศึกษาความต้องการการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน พบว่าความต้องการ ทั้ง 6 ด้านคือ ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการประดับประคองจิตใจ ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ด้านการเสริมพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้านและด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

สุวิรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความต้องการของญาติโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการเสริมสร้างพลังงานจิตวิญญาณ ด้านการประดับประคองจิตใจ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ และด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการคือความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งสามารถทำนายความต้องการของญาติได้

กรอบแนวคิดงานวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันราชานุกูล

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันราชานุกูล ระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2547 เลือกเจาะจง (Purposive sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 144 คน

โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้คือ

1. เป็นผู้ดูแลหลักบุคคลปัญญาอ่อนโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง
2. อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับบุคคลปัญญาอ่อนที่ให้การดูแล
3. ดูแลช่วยโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนหรือรางวัล
4. ผู้ดูแลต้องมีที่บ้านอยู่ในกรุงเทพฯ
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สถานที่เก็บข้อมูล

สถาบันราชานุกูล ให้บริการกับบุคคลปัญญาอ่อน โดยครอบคลุมการส่งเสริมพัฒนาการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ฝึกการดูแลการช่วยเหลือตนเอง รวมถึงการป้องกันเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลหลักของบุคคลปัญญาอ่อนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคคลปัญญาอ่อน ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยของโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแลที่บ้าน เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง จำนวนข้อ 11 ข้อ แบบสอบถามลักษณะแบบเปิด และแบบให้เลือกรายข้อ

สร้างเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. รวบรวมเนื้อหา และกำหนดโครงสร้างของเนื้อหา เพื่อสร้างเครื่องมือ
3. สร้างแบบสอบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและบุคคลปัญญาอ่อน แบบสอบถามความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแลที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแลที่บ้าน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและภาษา รวม 5 คน ดังนี้

จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็ก	1	คน
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวช	1	คน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญบุคคลปัญญาอ่อน	3	คน

หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำ เพื่อให้เนื้อหาสมบูรณ์และสอดคล้องกับงานวิจัยยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยเขียนบันทึกข้อความเสนอ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์จาก หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำแบบสอบถามแจกแก่ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน ทุกหอผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนแบบสอบถาม กรณีผู้ตอบแบบสอบถาม อ่านหนังสือไม่เป็น คณะผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง

3. เก็บแบบสอบถามกลับหลังการแจกแบบสอบถาม 2 สัปดาห์
4. ตรวจสอบ ความถูกต้อง และครบถ้วนของแบบสอบถาม
5. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS /PC +(Statistical Package for the Social Science) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และส่วนบุคคลของบุคคลปัญญาอ่อน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent)

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านความต้องการการบริการสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นและการศึกษาความต้องการการดูแลที่บ้าน ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลเด็ก จำแนกตามเพศ อายุ สิทธิการใช้การรักษา (n=144)

ข้อมูลเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	68.1
หญิง	46	31.9
อายุ		
0-3 ปี	29	20.1
ก่อนวัยเรียน (3.01-6ปี)	46	34.7
วัยเรียน (6-12 ปี)	39	27.1
12.01-18 ปี	22	15.3
18 ปีขึ้นไป	4	2.8
สิทธิการใช้การรักษา		
เบิกต้นสังกัด	28	19.4
จ่ายเงินเอง	26	18.1
ใช้สิทธิบัตร	90	62.5
- สมุดประจำตัวคนพิการ	36	40
- บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	40	44.5
- สมุดประจำตัว หรือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	14	15.5

จากตารางที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.1 อายุอยู่ระหว่าง 3.01-6 ร้อยละ 34.7 สิทธิการใช้รักษาใช้สิทธิบัตร ร้อยละ 62.5 ในการใช้สิทธิบัตรส่วนใหญ่ ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 44.5

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และที่อยู่อาศัยของผู้ดูแล (n=144)

ข้อมูลผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	24.3
หญิง	109	75.7
อายุ		
20 ปี หรือน้อยกว่า	1	.07
21- 30 ปี	22	15.3
31- 40 ปี	53	36.8
41-50 ปี	60	41.7
51-60 ปี	7	4.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	2.1
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	42	29.2
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6	34	23.6
ปวช. ปวส	35	24.3
ปริญญาตรี	27	18.8
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.1
อาชีพ		
แม่บ้าน	58	40.3
รัฐวิสาหกิจ	5	3.5
รับจ้าง	42	29.2
รับราชการ	9	6.3
ธุรกิจส่วนตัว	30	20.8
จำนวนบุตร		
1 คน	91	62.5
2 คน	37	25.7
3 คน	11	7.6
4 คนขึ้นไป	6	4.2

(ต่อ) ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และที่อยู่อาศัยของผู้ดูแล (n=144)

ข้อมูลผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ไม่มีรายได้	33	22.9
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	0.7
5,001 – 10,000 บาท	66	45.3
10,001 – 15,000 บาท	11	7.6
15,001 – 20,000 บาท	17	12.5
20,001 – 30,000 บาท	11	7.6
30,001 บาท ขึ้นไป	5	3.4
ที่อยู่อาศัย		
- กรุงเทพฯ	94	65.3
- ปริมณฑล	19	13.2
- ต่างจังหวัด	31	21.6

จากตารางที่ 2 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 มีอายุระหว่าง 41.- 50 ปี ได้รับการศึกษาระดับประถมร้อยละ 29.2 ประกอบอาชีพในบ้านและแม่บ้าน ร้อยละ 40.3 มีลูกอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 62.5 รายได้อยู่ระหว่าง 5,001- 10,000 บาท ร้อยละ 45.3 อาศัยอยู่กรุงเทพ ร้อยละ 65.3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการด้านข้อมูลองค์ความรู้ และ
ด้านบริการ (n = 140)

ความต้องการของผู้ดูแล	ต้องการ		ไม่ต้องการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านข้อมูลองค์ความรู้				
การฝึกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	96	66.7	48	33.3
การฟื้นฟูสมรรถภาพ	88	61.1	56	38.9
การปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์	81	56.3	63	48.8
การเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติ	81	56.3	63	48.8
หลักการฝึกเด็ก	79	54.9	65	45.1
สิทธิประโยชน์	46	31.9	98	68.1
ภาวะปัญญาอ่อน	41	28.5	103	71.5
การให้แรงเสริม	35	24.3	109	75.7
การฝึกอาชีพ	33	22.9	111	77.1
โภชนาการบำบัด	33	22.9	111	77.1
ความรู้เรื่องยา	24	16.7	120	83.3

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านข้อมูลองค์ความรู้มากกว่าครึ่ง
มี 5 เรื่อง คือ การฝึกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 66.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 61.1
การปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 61.1 การเข้าเรียนร่วมกับเด็กปกติ ร้อยละ 56.3 และหลัก
การฝึกเด็ก ร้อยละ 54.9

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการด้านบริการ (n=144)

ความต้องการของผู้ดูแล	ต้องการ		ไม่ต้องการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริการ				
การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน	118	81.9	26	18.1
การเรียนร่วมกับเด็กปกติ	110	76.4	34	23.6
การฝึกกิจวัตรประจำวันที่บ้าน	106	73.6	38	26.4
สถานบริการสาธารณสุข สำหรับบุคคลปัญญาอ่อน	99	68.8	45	33.1
การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน	98	68	46	32
อุปกรณ์พิเศษที่จำเป็นสำหรับบุคคล ปัญญาอ่อน	50	34.7	94	65.3
อื่นๆ	18	12.5	126	87.5

ตารางที่ 4 ด้านบริการที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 5 เรื่อง คือการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน ร้อยละ 81.9 การเรียนร่วมกับเด็กปกติ ร้อยละ 76.4 การฝึกกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ร้อยละ 73.6 สถานบริการสาธารณสุขสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ร้อยละ 68

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการด้านบุคลากรทางการแพทย์
แพทย์ (n=144)

ความต้องการของผู้ดูแล	ความต้องการ	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านบุคลากรทางการแพทย์		
แพทย์	47	32.7
พยาบาล	35	24.3
นักจิตวิทยา	65	45.1
นักกิจกรรมบำบัด	40	27.8
นักกายภาพบำบัด	48	33.3
นักอาชีวบำบัด	12	8.3
นักสังคมสงเคราะห์	48	33.3
อื่นๆ	6	4.2

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านบุคลากรทางการแพทย์ คือนักจิตวิทยา คิดเป็นร้อยละ 45.1 รองลงมาคือนักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวนเท่าๆ กันร้อยละ 33.3

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความความต้องการเชื่อมบ้านเดือนละ วัน
ที่สะดวกในการเชื่อมบ้าน และลักษณะการเชื่อม (n= 144)

ความต้องการของผู้ดูแล	ต้องการ		ไม่ต้องการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ต้องการให้ เชื่อมบ้านต่อเดือน	118	81.9	26	18.1
1 ครั้ง	92	78	-	-
2 ครั้ง	18	15.3	-	-
3 ครั้ง	4	3.4	-	-
4 ครั้ง	3	2.5	-	-
มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป	1	0.8	-	-
วันที่สะดวกในการเชื่อม บ้าน	127	88.2	17	11.8
- วันราชการ	14	11.	-	-
- วันเสาร์หรืออาทิตย์	54	42.5	-	-
- วันไหนก็ได้แล้วแต่กำหนด	59	46.5	-	-
ลักษณะการเชื่อม	103	71.5	41	28.5
รูปแบบ (เชื่อมเป็นทีมสหวิชาชีพ)	67	65.1	-	-
ไม่เป็นทางการ	36	34.9	-	-

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ความต้องการเชื่อมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78
วันที่สะดวกในการเชื่อมบ้าน คือ มีวันไหนก็ได้แล้วแต่กำหนดระหว่างผู้เชื่อมกับผู้ดูแลกันคิดเป็นร้อยละ
46.5 ซึ่งมีคะแนนใกล้เคียงกันกับหตุค คิดเป็นร้อยละ 42.5 กลุ่มตัวอย่างต้องการลักษณะการเชื่อมบ้าน
เป็นทีมสหวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 65.1

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาความต้องการของผู้ปกครองที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูล ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน 2547 ถึง เดือน มิถุนายน 2547

ผลการวิจัย

พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 (ตารางที่ 1) มีอายุ อยู่ระหว่าง 41-50 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้เรียนหนังสือและจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.3 และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นแม่บ้าน ถึงร้อยละ 40.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001- 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.3 และมีถึง ร้อยละ 22.9 ไม่มีรายได้ (ตารางที่ 2) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 65.3 (ตารางที่ 2) มีความต้องการด้านความรู้เรื่องการฝึกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 66.7 (ตารางที่ 3) และมีความต้องการบริการฝึกกิจวัตรประจำวันที่บ้าน จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้ดูแลออกในเรื่องความต้องการบริการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน ถึงร้อยละ 81.9 รองลงมาคือความต้องการในเรื่องการเรียนร่วมกับเด็กปกติ ร้อยละ 76.4 (ตารางที่ 4) ทางด้านความต้องการด้านบุคลากรในการส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด คือนักจิตวิทยา คิดเป็นร้อยละ 45.1 ต้องการให้เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 78 เยี่ยมโดยทำการตกลงกับผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 59 รูปแบบการเยี่ยม จากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแล ร้อยละ 65.1 ต้องการให้เยี่ยมเป็นทีมสหวิชาชีพ และโดยไปนอกเครื่องแบบ (ตารางที่ 6) เพราะผู้ดูแลบางคนไม่ต้องการให้คนในชุมชนรู้ว่าถูกของตนมีความพิการ

อภิปรายผล

การศึกษาความต้องการการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้านของผู้ดูแล พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะสังคม ที่พบว่าผู้หญิงเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูกหรือสมาชิกในครอบครัว เพศยังเป็นปัจจัยที่แสดงค่านิยม พลังอำนาจและความสามารถธรรมชาติมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวทางด้านจิตใจ (Orem, 1985 : 220) เพศจะทำให้เกิดความแตกต่าง จากงานวิจัยของ มณีสมิทธิ์ บุญขรรพ (2536: 33) พบว่าวัยรุ่นใหญ่ตอนต้นเพศชาย จะมีความต้องการบริการป้องกันโรคมกกว่าบริการอื่นๆ ส่วนเพศถ้าอยู่ในระยะตั้งครรรภ์ หรือหลังคลอดจะมีความต้องการบริการทั้งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาของไพโรจน์ อุดศรี (2527 : 82) ได้ศึกษาความต้องการทางด้านการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีความพิการ

ทางไขสันหลัง ในโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ และมูลนิธิศิริวัฒนาเซตเซียร์ จำนวน 60 คน พบว่าผู้พิการขาและผู้พิการหูจึง มีความต้องการทางด้านการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ อยู่ระหว่าง 41-50 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมในการปรับตัวและมีศักยภาพของการเป็นบิดา มารดา (ทะยอม อิงคตานุวัฒน์, 2533 : 8-17) สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1985 : 105) ที่ว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลอื่น โดยจะพัฒนาตั้งแต่เด็ก และพัฒนาสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ผลจากงานวิจัยของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534 : 40) พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเฉียบพลันชนิดติ่งฟีโพนบลาตติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นก็หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะดูแลบุคคลป่วยอา่อนที่บ้านได้ดี

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้เรียนหนังสือและจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.3 และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นแม่บ้าน ถึงร้อยละ 40.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.3 และมีถึง ร้อยละ 22.9 ไม่มีรายได้ (ตารางที่ 2) จากเศรษฐกิจในปัจจุบันครอบครัวจึงได้เลือกที่จะใช้สิทธิบัตร ร้อยละ 62.5 ตามแนวคิดของ Pender (1982: 161-162) ได้กล่าวว่า การศึกษาทำให้นุคคลมีความเจริญอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น เมื่อต้องเผชิญความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่ค้นคว้าหรือ แสวงหาความรู้ กล่าวได้ว่าการศึกษช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ในขณะที่เดียวกันที่ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักมีรายได้น่า ทำให้เป็นข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถ โสมนรินทร์ (2538 : 70) ที่ได้กล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาค่ำมักมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำด้วย

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 65.3 (ตารางที่ 2) มีความต้องการด้านความรู้เรื่องการฝึกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 66.7 (ตารางที่ 3) และมีความต้องการบริการฝึกกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลป่วยอา่อนอยู่ในช่วงอายุ 3-6 ปีขึ้นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเริ่มที่จะเห็นความผิดปกติของเด็กเมื่อได้เปรียบเทียบกับเด็กปกติ ว่าทำไมเด็กตนเองยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ เริ่มแสวงหาข้อมูลและแหล่งที่จะสามารถช่วยเหลือเด็ก ประกอบกับเด็กของตนเองไม่สามารถเรียนได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของยุพา สัมฤทธิ์มีผล (2535 : 4) พบว่าเด็กป่วยอา่อนมีโอกาสได้เข้าเรียนเพียงร้อยละ 9.91 ผู้ดูแลรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้การตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้ดูแลออกในเรื่องความต้องการบริการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน ถึงร้อยละ 81.9 รองลงมาคือความต้องการในเรื่องการเรียนร่วมกับเด็กปกติ ร้อยละ 76.4 (ตารางที่ 4) ทางด้านความต้องการด้านบุคลากรในการส่งเสริมพัฒนาการมากที่สุด คือนักจิตวิทยา คิดเป็นร้อยละ 45.1 ต้องการให้เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 78 เยี่ยมโดยทำการตกลงกับผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 59 รูปแบบการเยี่ยมจากการสัมภาษณ์ ผู้ดูแล ร้อยละ 65.1 ต้องการให้เยี่ยมเป็นทีมสหวิชาชีพ และโดยไปนอกเครื่องแบบ (ตารางที่ 6) จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลบางคนไม่ต้องการให้คนในชุมชนรู้ว่าลูกของตนมีความ

พิการ จากงานวิจัยของจินตนา หาญประสิทธิ์คำ (2544:บทคัดย่อ) พบว่าความต้องการการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน พบว่า ความต้องการทั้ง 6 ด้านคือ ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการปรับระดับประคองจิตใจ ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ด้านการเสริมพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้านและด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และสุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541:บทคัดย่อ) ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความต้องการของญาติโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการเสริมสร้างพลังงานจิตวิญญาณ ด้านการปรับระดับประคองจิตใจ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ และด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการคือ ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งสามารถทำนายความต้องการของญาติได้ ดังนั้นการที่จะให้ครอบครัวดูแลตนเองได้ และเป็นการลดภาระของครอบครัว รวมทั้งเป็นการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล คือการสร้างความรู้ความเข้าใจยอมรับต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยมีบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพมีหน้าที่ให้ความรู้และอำนวยความสะดวกรวมถึงเป็นผู้สนับสนุนให้ครอบครัวดูแลตนเอง โดยนักเป็นระยะๆ เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น สมจิต หนูเจริญกุล (2536 , 134-136)

ข้อเสนอแนะ

1. การเยี่ยมบ้านเน้นเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการและฝึกกิจวัตรประจำวัน
2. ควรมีการประสานงานให้เด็กได้มีโอกาสเรียนร่วมโรงเรียนปกติ
3. การเยี่ยมชมควรมีการวางแผนร่วมกับผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการและควรมีการเยี่ยมบ้าน

ในลักษณะการแต่งกายนอกเครื่องแบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลการเยี่ยมบ้านของบุคคลปัญญาอ่อน
2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในชุมชนที่มีต่อครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน

บรรณานุกรม

- จินตนา อุณิพันธ์. การเรียนการสอนทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาล
ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- จินตนา หาญประสิทธิ์คำ. ศึกษาความต้องการการดูแลเด็กตนเองที่การที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- พรทิพย์ วงศ์สุพรรณและคณ. ผลสำรวจของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านปีงบประมาณ
2540- 2546 ของ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี. คณะทำงานจัดทำแผนแม่บท
ปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต (ร่าง) แผนแม่บทการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต
(ปีงบประมาณ 2542-2546) กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต, 2544.
- ฉลวย จตุกุด. เมื่อถูกปัญญาอ่อน. โรงพยาบาลราชานุกูล. (อัคราณา). 2 ตุลาคม, 2535.
- นันทนา รัตนากร. ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมใน
การดูแลผู้ป่วยจิตที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- ไพโรจน์ อุดศรี. ความต้องการทางด้านการพยาบาลของผู้ป่วยที่มีความพิการทางใจ
อันหลังในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และมูลนิธิศิริวัฒนาเขตเชียร.
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- มุกดา ตำนวนกลาง. การพยาบาลทางสุขภาพที่บ้าน. วารสารกองการพยาบาล.
18 (2), 2-3, 2534.
- มนัสนิษฐ์ นุชขจรพร. ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
รุจา ภูโพนธ์ .การศึกษาบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจ
รูห์มาติกในครอบครัว. รายงานการวิจัย, ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2533.
- ถัดดา ชุ่มอินทรจักร. ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยต้อกรรม ขณะพักรักษาตัวอยู่
ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2526.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, ขวพรพรรณ สอนง่าข. พยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
เรื่องรังหรือพิการ . มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรร
พยาบาลอนามัยชุมชน (หน่วยที่ 8-15) กรุงเทพฯ : อักษร ไทยการพิมพ์, 2530.

- สุวีร์คน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ . ศึกษาความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- สถิต วงศ์สุรประภค. ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- สมจิต หนูเจริญกุล.การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล . กรุงเทพฯ : บริษัททวิศติภูติ,2536.
- สุชา จันทร์เอม.จิตวิทยาวัยรุ่น . กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช,2529.
- อริสา พงษ์ศักดิ์ . ปัญหาของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนและการช่วยเหลือ. วารสารราชานุกูล. 10 (พฤษภาคม - สิงหาคม): 10-14,2538.
- อัจฉริยา ปทุมวัน.แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดฉับพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- Boyd, J.R. et al. " Drug Defaulting Part II : Analysis of Noncompliance Patterns " *American Journal of Hospital Pharmacy*. 31 (May 1974) : 485-491 .
- Grant, G. and McGranth, M. " Need for Respite – Care Services of Caregivers off Person with Mental Retardation " *American Journal on Mental Retardation* . 94 (1991): 638-648.
- Hass ,D.L.(1990) .The relationship between coping dispoisltions and power components of dependent care agency in parents of children with special health care needs. Doctoral distraction, Wayne State University, Detroit. MJ).
- Jalowice,A.&Power,M.J.(1981). Stress and coping in hypertension and emergency room patients. *Nursing Research* . 30(january – February):10-15.
- Orem,D.E..(1985).Nursing concepts of practice. 3nd. New York Mc Geaw –Hill book Company .
- .(1991).Nursing concept of practice. 4 th ed.St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender,N.J.(1987). Health promotion in nursing practice .(2 nd ed.) California: Appleton.
- Maslow, A. H. (1970) *Motivation and Personality*. 2 nd ed. New York : Harper & Row
- Ruth,S, (1973).Rehabillitative aspects of acute and chronic nursing care. Philadelphia :

W.B.Saunders Company.

Rovinski, C.A., & Zastocki, D.K. (1989) **Home care : A technical manual for the professional nurse.** Philadelphia : W.B. Saunders.

Stanhope,M. & Lancaster,J.(1984) . **Community health nursing :Process and practice for promoting health.** 2 nd ed . St. Louis: The C. V. Mosby Company.

Wood,N.F.&Earp J.A.L. (1978). **Women with Cured Breast Cancer : A Study of Mastectomy Patients in North Carolina.** *Nursing Research.* 27 (March)
p. 279-285.

