

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วม
ในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2566

THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION EMPHASIZING SHARED CARE ON
DEPRESSIVE SYMPTOM OF OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE
DISORDER IN COMMUNITY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing
Faculty Of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

อนงค์นาฏ คุณประสาธ : ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่อ
อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน. (THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION
EMPHASIZING SHARED CARE ON DEPRESSIVE SYMPTOM OF OLDER PERSONS WITH MAJOR
DEPRESSIVEDISORDER IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล และเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
โรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่า
และครอบครัวที่มารับบริการในแผนกยาเสพติดและจิตเวชของโรงพยาบาลองค์รักษ์ จำนวน 40 ครอบครัว จับคู่ให้มี
ลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยอายุและคะแนนอาการซึมเศร้า สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล 2) แบบ
ประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน
5 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย พบว่า

- 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้น
การมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=13.13$, $df=19$, $p<.05$)
- 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้น
การมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-4.69$,
 $df=28.14$, $p<.05$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2566	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6470056236 : MAJOR PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING

KEYWORD: FAMILY PSYCHOEDUCATION, SHARED CARE, DEPRESSIVE SYMPTOMS, OLDER PERSONS

Anongnad Kunprasat : THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION EMPHASIZING SHARED CARE ON DEPRESSIVE SYMPTOM OF OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVEDISORDER IN COMMUNITY.

Advisor: Asst. Prof. Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

The purpose of this quasi-experimental study were to compare depression of older persons with major depressive disorder before and after receiving the family psychoeducation emphasizing shared care program, and to compare depression who received the family psychoeducation emphasizing shared care program and those who received routine nursing care. The sample consisted of 40 older persons with major depressive disorder and their families, who met the inclusion criteria and received services in the out-patient department of the Ongkharak Hospital, Department of Psychiatry and Drug Dependence. They were matched-pair by age and depression score and then randomly assigned into experimental and control group with 20 families in each group. Research instruments consisted of 1)The family psychoeducation emphasizing shared care program, 2) Beck depression inventory II (BDI-II Thai version). All instruments were test for content validity by 5professional experts. The reliability of the instrument was reported by Cronbach's Alpha coefficient of .72 Data were analyzed using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and t-test.

Major finding were as follows :

1. The mean scores of depression of older persons with major depressive disorder after received the family psychoeducation emphasizing shared care program were significantly lower than those before at the .05 level. ($t=13.13$, $df=19$, $p<.05$)

2. The mean scores of depression of older persons with major depressive disorder who received the family psychoeducation emphasizing shared care program were significantly lower than older persons with major depressive disorder who received routine nursing care at the .05 level. ($t=-4.69$, $df=28.14$, $p<.05$)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Psychiatric and Mental Health
Nursing

Student's Signature

Academic Year: 2023

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อม ยุกต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการศึกษาค้นคว้าในทุกด้าน ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ กระตุ้นให้นิสิตมีความมุ่งมั่น ให้ความเมตตา เสียสละเวลาและเอาใจใส่ต่อผู้วิจัย ด้วยดีมาตลอด ผู้วิจัยมีความรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร สถิตยอุทการ กรรมการสอบที่ให้ความกรุณาชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ในการปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบ เครื่องมือ ตลอดจนชี้แนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้ได้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับงานวิจัย ฉบับนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการศึกษาให้นิสิตได้พัฒนาตนเองมีความรู้ทางวิชาการเพิ่มมากขึ้นและให้กำลังใจตลอดการศึกษาด้วยดีตลอดมา อีกทั้งบุคลากรและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในทุกด้าน

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก แพทย์ พยาบาล คุณรุ่งทิพย์ จันทราชและเจ้าหน้าที่แผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดูแลเป็นอย่างดีตลอดจนเอื้ออำนวยสถานที่ในระหว่างการทำเนิการวิจัย รวมทั้งผู้สูงอายุโรคมะเร็งและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรม

ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดาและครอบครัว กัลยาณมิตรที่สนับสนุนและเอื้อประโยชน์ มาตลอดจนสำเร็จจุล่ง ผู้วิจัยขอมอบคุณประโยชน์งานวิจัยนี้แด่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งให้มีภาวะซึมเศร้า ลดลง มีพลังใจในการดำเนินชีวิต สุขภาพกายใจแข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

อนงค์นาฏ คุณประสภา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	16
2. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	23
3. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา.....	33
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล.....	38
5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้า.....	45

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	95
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการวิจัย.....	102
ข้อจำกัดของการวิจัย	114
ข้อเสนอแนะ.....	114
บรรณานุกรม.....	116
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	129
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	131
ภาคผนวก ค คະแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกเป็น รายคู่.....	142
ภาคผนวก ง คະแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์	144
ภาคผนวก จ คະแนนความรู้และสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรม.....	146

ภาคผนวก ฉ การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรอายุและระดับอาการซึมเศร้า (Matched-pair) ของกุ่มทดลองและกุ่มควบคุม	148
ภาคผนวก ช หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์.....	150
ภาคผนวก ซ หนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	154
ภาคผนวก ฌ หนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	156
ภาคผนวก ฎ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	158
ภาคผนวก ฏ หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิติดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวม ข้อมูลวิจัย	160
ภาคผนวก ฐ การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ	163
ภาคผนวก ฑ การวิเคราะห์สถิติ.....	171
ภาคผนวก ท หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของประชากรตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการ วิจัย	181
ภาคผนวก ฒ เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัย.....	186
ภาคผนวก ด ประกาศนียบัตรการเข้าร่วมประชุมวิชาการการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่มี ภาวะเปราะบาง	190
ภาคผนวก ต ประกาศนียบัตรการอบรมแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี	192
ประวัติผู้เขียน.....	194

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการ ซึมเศร้า.....	45
ตารางที่ 2 ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน – 27 กรกฎาคม 2566	70
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาของการเจ็บป่วยใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	88
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว.....	89
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมใน การดูแล.....	93
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อน ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและหลังการ ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม.....	94
ตารางที่ 7 คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกเป็นรายคู่	143
ตารางที่ 8 คะแนนความรู้กลุ่มทดลองที่ไม่ผ่านเกณฑ์หลังทำกิจกรรม.....	145
ตารางที่ 9 คะแนนความรู้และสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม	147
ตารางที่ 10 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับอาการซึมเศร้า (Matched-pair).....	149

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	52
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	86



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่าในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 264 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ของประชากรโลก (World Health Organization, 2022) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช ด้วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 15.18 (กรมสุขภาพจิต, 2565) โดยโรคซึมเศร้ามีอัตราการเกิดสูงเป็นอันดับแรกในกลุ่มวัยสูงอายุเนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการทั้งการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์จิตใจ จากการสำรวจและประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 26,747 คน คิดเป็นร้อยละ 38.37 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ซึ่งในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) สอดคล้องกับสถิติของแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 6,432 6,925 และ 22,882 รายตามลำดับ พบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 51, 55 และ 707 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (งานเวชระเบียนสถิติโรงพยาบาลองค์กรักษ์, 2565) เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย ประสิทธิภาพการรับรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง (Jaroenkul, 2012) มักหลีกเลี่ยงสังคมและเก็บตัวอยู่คนเดียว (Keawkingkeo, 2011) มีความคิดและพฤติกรรมทางลบ มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่นและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (นันทภาค ชนะพันธ์, 2563)

ในปัจจุบันแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการสงบลงในระดับที่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ (Remission) แพทย์จะนัดมาตรวจแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะๆ เพื่อติดตามผลการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีปัญหา คือ มีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่จนทำให้อาจมีการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ได้บ่อยครั้ง ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำในอนาคตมากขึ้น โดยการศึกษาของ Burcusa & Iacono (2007) พบว่า การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดในแต่ละครั้ง จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อไป โดยร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งแรกจะมีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองตามมา ร้อยละ 70-80 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สาม และร้อยละ 90 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สามจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สี่ จึงกล่าวได้ว่าการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของโรคซึมเศร้านั้นเป็นปัญหาที่สำคัญ

ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (โสภา ตั้งทิฆกุลและคณะ, 2560) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขภาวะที่ดีและขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Biegler, 2005; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dowrick et al. (2000) ที่พบว่าสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า เกิดจากการขาดทักษะการเข้าสังคม ขาดแนวทางค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดความเครียด ความคับข้องใจ วิตกกังวล กลัวจะไม่ใช่ที่ยอมรับของคนในครอบครัว จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในทุกๆด้าน ประกอบไปด้วยการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด (Skarsater et al., 2006; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556) โดยพบว่า อาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของภาวะอารมณ์ที่เศร้า ไม่มีความสุข แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ อาจมีปัญหาทางร่างกายร่วม โดยมีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ และอ่อนแรง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การปฏิบัติกิจวัตรต่างๆบกพร่อง ก่อให้เกิดภาวะและปัญหาแก่ครอบครัวเป็นความบกพร่องของคุณภาพชีวิตจนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) จากสถิติการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นอันดับที่ 2 รองจากวัยทำงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; กรมสุขภาพจิต, 2563)

ในบริบทของสังคมไทย สถาบันครอบครัวถือเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ เปรียบเสมือนเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความสำคัญ (Wells, 2012; อุษณีย์ บุญบรรจบ, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งมีอาการแสดงของอาการซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น โดยมักแสดงอาการหงุดหงิด วิตกกังวลและแสดงอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับมากกว่าการแสดงอารมณ์ซึมเศร้า (Goldberg, 2014; Taylor, 2014) ส่งผลให้มักถูกมองข้ามและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง แม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนว่า การรักษาด้วยจิตบำบัดและการใช้ยามีประสิทธิภาพต่อการรักษาอาการซึมเศร้า (Cleare et al., 2015; สาวิตรี สิงหาค, 2559) ประกอบกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมทางลบ กังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัวจึงมักไม่สื่อสารหรือบอกความต้องการของตนเองกับผู้ดูแล (Sebern, 2005; นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2563) ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งจากความไม่เข้าใจกัน การแสดงออกทางอารมณ์ นำไปสู่ปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวตามมา ซึ่งพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

(Brown, 1972; Kasantikul et al., 2001; มลฤดี อินทร์พันธ์และรัชนิกร อุปเสน, 2561) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความเครียดและภาวะการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งสามารถทำนายระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นในผู้ดูแล อาทิ ความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยถูกละเลยหรือทอดทิ้งการดูแลเมื่อกลับสู่ชุมชน (Sebern, 2005) จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งยังส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษา และการฟื้นฟูจากอาการซึมเศร้า (มลฤดี อินทร์พันธ์และรัชนิกร อุปเสน, 2561)

อาการซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของความรู้สึก กระบวนการคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกที่มีความแปรปรวนโดยมีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งในผู้สูงอายุมักมีการแสดงออกทางกายมากกว่า ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับและมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ดังนี้ ปัจจัยเสี่ยง 1) ด้านชีวภาพ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองโดยมีการลดลงของ serotonin, norepinephrine ซึ่งเป็นสารเคมีในสมองที่ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า (Blazer & Hybels, 2005) 2) ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนี้ 1. ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการระบุสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการหรืออาการแสดง การช่วยเหลือตนเองและรูปแบบการรักษา จากการศึกษาของ Nguyen et al. (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับอาการซึมเศร้า พบว่า ความรอบรู้กับอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระดับที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติและพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต และการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย (Prins et al., 2008; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556; วราพร ศรีภิรมย์และคณะ, 2565) 2. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life event) เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารภายในครอบครัว (Murphy, 1982; กนกรัตน์ แสงกระจ่าง, 2556) เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว พบว่า ในแต่ละวันผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Nezu, 2002) ประกอบกับมีความคิดและพฤติกรรมทางลบยิ่งมีอายุ

มากขึ้นการแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดจะลดลง (Blazer & Hybels, 2005; มุจรินทร์ พุทธเมตตาและรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ทำให้เกิดปัญหาปฏิสัมพันธ์ตามมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วย (Richardson, 2012) 3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและพฤติกรรมทางลบ มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์ มักพบปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น ปัญหาการสื่อสารและการแสดง ออกทางอารมณ์ของครอบครัวซึ่งมีผลกระทบต่ออาการซึมเศร้า (Hooley et al., 1986; Okasha et al., 1994; Mino et al., 2001) หากสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นใจสงสาร มีความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมากและมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลที่เพิ่มขึ้น จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็วส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (Sebern, 2005; ธมลวรรณ สีนาค, 2561) 4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Self-esteem) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลายประการที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุส่งผลต่อความสามารถของผู้สูงอายุในด้านต่างๆที่ลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง พบว่า เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูง (Orth & Robins, 2013 ; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556; มุจรินทร์ พุทธเมตตาและรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ 1.แหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Blazer. et al (1991) พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง ประกอบกับการขาดทักษะการเข้าสังคม ขาดแนวทางค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในทุกๆด้าน ประกอบไปด้วยการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน (Skarsater et al., 2006; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556) จึงส่งผลต่อการแยกตัวออกจากสังคมซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้นเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า (Cohen & Will, 1985; อรพิน พรศโยภณ และอนันท์ ผลิตนนท์เกียรติ, 2562) การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและนำปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ โดยการนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าขณะอาศัยอยู่ในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการบำบัดรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน พบว่า มีการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคมต่างๆร่วมกัน (สาวิตรี สิงหาต, 2559) อาทิเช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่เน้นการเรียนรู้การปรับกระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เน้นแก้ไขปัญหา

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การระลึกถึงความหลังเพื่อเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง จิตบำบัด
 ประคับประคองเป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหา และร่วมกันแก้ไขความคับข้องใจของผู้ป่วย การบำบัด
 ด้วยการแก้ปัญหาเพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งทาง
 ใจ เป็นความสามารถในการปรับตัวเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤต ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ใน
 ปัจจุบันว่าวิธีการบำบัดดังกล่าว สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ โดยนำเอาปัจจัย
 ด้านการรู้คิด พฤติกรรม การแก้ปัญหา และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลมาใช้ในการบำบัด เน้นจัดการ
 ปัญหาด้านการปรับความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพันธ์
 ลือบุญธวัชชัย., 2553) แต่จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า ภายหลังจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้ารับการ
 รักษาและจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าสูงเนื่องจากการขาดความรู้ใน
 การดูแลตนเอง คิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้วจึงหยุดรับประทานยาและไม่มารักษาอย่างต่อเนื่อง (Prins
 et al., 2008; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558; วราพร ศรีภิรมย์และคณะ, 2565)
 การที่เผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และการขาดแหล่งสนับสนุน
 ทางสังคม (โสภา ตั้งทิฆกุลและคณะ, 2560) จากการศึกษาของวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565)
 พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถ
 ลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะการรักษาด้วยยา
 (Nurhidayati, 2022; วราพร ศรีภิรมย์และคณะ, 2565) แต่เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องกลับไปอาศัย
 อยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชน พบว่า ในแต่ละวันผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
 (Nezu, 2002) ประกอบกับมีความคิดและพฤติกรรมทางลบจากการที่มีอายุมากขึ้น การแก้ปัญหาและ
 การเผชิญความเครียดจะลดลง (Blazer & Hybels, 2005; มุจรินทร์ พุทเมตตาและรังสิมันต์ สุนทร
 ไชยา, 2559) ร่วมกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (มุจรินทร์ พุทเมตตาและรังสิมันต์ สุนทรไชยา,
 2559) จึงกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัว ไม่กล้าที่จะสื่อสารหรือบอกความต้องการของ
 ตนเองกับผู้ดูแล (Sebern, 2005; นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2563) ทำให้เกิดปัญหาปฏิสัมพันธ์ตามมา เช่น
 ปัญหาการสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า โดยพบว่า
 ครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่ (Kasantikul
 et al., 2001; มลฤดี อินทร์พันธ์และรัชนิกร อุปเสน, 2561) หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวกับ
 สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วย (Richardson, 2012) นอกจากนี้ยัง
 ส่งผลกระทบต่อความเครียดและภาระการดูแลของผู้ดูแลสามารถทำนายระดับความรุนแรง
 ของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นและปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น
 ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยถูกละเลยหรือถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลเมื่อกลับสู่ชุมชน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า
 หากสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ดีจะมีความเห็นใจ สงสาร มี
 ความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมากและมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น (Sebern, 2005; ธมลวรรณ สีนาค, 2561) โดย

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษาและการฟื้นฟูหายจากอาการซึมเศร้า (มฤตติ อินทร์พันธ์และ รัชนิกร อุปเสน, 2561) นอกจากนี้การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการประคับประคองโดยบุคลากรทางสุขภาพจิตสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988; อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัยและพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย., 2553)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลของ Sebern (2005) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมประกอบด้วย การแบ่งปันข้อมูล การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและก่อให้เกิดการดูแลร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่ภายในชุมชน

คำถามการวิจัย

- 1.อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
- 2.อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล
- 2.เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2.) การพัฒนาความรู้ (education) 3.) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) 4.) ทักษะในการเผชิญความเครียด (coping skills) และ 5.) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการนำ

แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม (Sebern, 2005; Unalan et al., 2015) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อกลับไปอยู่ภายในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกัน เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความคิดและพฤติกรรมทางลบ จึงมักกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัวจึงมักไม่สื่อสารหรือบอกความต้องการของตนเองกับผู้ดูแล (Sebern, 2005; นันทภัค ชนะพันธ์, 2563) ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งจากความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการแสดงออกทางอารมณ์และปัญหาปฏิสัมพันธ์ตามมา ดังนั้น การสื่อสาร การแบ่งปันข้อมูล ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะนำไปสู่การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันในการจัดการกับปัญหาโดยพบว่า การสื่อสารที่เพิ่มขึ้นจะช่วยพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจและการกระทำร่วมกัน ซึ่งการได้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยจะทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจและเกิดความรู้สึกเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกันในการดูแล ช่วยลดความรู้สึกลดเดี่ยวและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุและลดความรู้สึกลดเดี่ยวของผู้ดูแล (Sebern, 2005) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้วิถีที่จะรับมือกับการเจ็บป่วย และลดปัญหาในการดูแลภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งประกอบด้วย การแบ่งปันข้อมูล การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมครอบครัวในการดูแลอย่างลึกซึ้งและเข้มข้นมากขึ้นในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และก่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลร่วมกันมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว (Cohen & Will, 1985; อรพิน พรศโยธินและอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, 2562) จึงนำมาผสมผสาน โดยดำเนินในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม โดยสร้างความรู้สึกลึกให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ ยอมรับในตัวสมาชิกและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง กระตุ้นให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น มองเห็นความคิดของตนเอง เกิดความรู้สึกลดถอยและไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายและนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบำบัด (दारारวรรณ ต๊ะปินตา, 2556; Beck, 2011) กิจกรรมค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุโรค

ซึมเศร้าได้สำรวจข้อดีของตนเองและผู้อื่น แลกเปลี่ยนและเห็นคุณค่าของตนเองและผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว อีกทั้ง การมีส่วนร่วมในการทบทวนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะช่วยสนับสนุนการฝึกปฏิบัติการคิดค้นบวกทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ การแลกเปลี่ยนความรู้สึกเชิงบวกและความคาดหวังที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ทำให้สมาชิกได้เห็นความรู้สึกและความคาดหวังของกันและกัน ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในระหว่างทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพในเชิงบวกและการมีส่วนร่วมในการดูแล เกิดความยอมรับซึ่งกันและกัน ผ่านกระบวนการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกัน ซึ่งสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ากำลังใจจากครอบครัวในเวลาที่ยากลำบาก ท้อแท้ เปรียบเสมือนพลังใจที่ทำให้ในการก้าวต่อไป และมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการเผชิญกับปัญหาต่างๆได้และลดอาการซึมเศร้า (Cohen and will, 1985)

กิจกรรมที่ 2) รอบรู้ ดูแลกัน: การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (family education) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล โดยผ่านกิจกรรมบัตรคำนำความรู้ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาลของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ และให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้นนำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาล (Sebern, 2005) ผ่านกระบวนการสื่อสารแลกเปลี่ยนความต้องการ การตัดสินใจและความสามารถในการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ รูปแบบกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการ การรักษา การพยาบาลระหว่างกันภายในกลุ่ม ซึ่งช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (Empathy) และปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brandman (1996) ซึ่งพบว่า การผสมผสานทักษะการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมน้อยภายในกลุ่มแสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ สามารถอภิปรายและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของสมาชิกและสามารถแสดงความคิดเห็น ช่วยเหลือประคับประคอง สนับสนุนให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพ ลดภาวะซึมเศร้าได้ ก่อให้เกิดการตระหนักในตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง มีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมขึ้น นอกจากนี้ การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค สามารถลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Nurhidayati, 2022; วราพร ศรีภิรมย์และคณะ, 2565)

กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ: การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายร่วมกับการเสริมสร้างความมั่นใจ

ในการดำรงชีวิตผ่านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวก หลักการสื่อสารในผู้สูงอายุและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักมีกระบวนการคิดในทางลบต่อปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck (1979) ที่พบว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่ไม่ถูกต้อง ไม่สมเหตุสมผล มีความคิดที่บิดเบือน ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ร่วมกับครอบครัวในการดำเนินกิจกรรมและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน โดยผ่านการตั้งเป้าหมายร่วมกัน และปรับเปลี่ยนรูปแบบการมองปัญหาในเชิงบวก คิดหาเหตุผลและทางออกในการแก้ปัญหาาร่วมกัน และส่งเสริมทักษะการสื่อสารทางบวก หลักการสื่อสารในผู้สูงอายุและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งสามารถช่วยสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวมีการฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วย จึงเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารและการดูแลร่วมกันในครอบครัว และส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว มักพบปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น ปัญหาการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้า (Hooley et al., 1986; Okasha et al., 1994; Mino et al., 2001) แต่หากสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี มีความเห็นใจสงสาร มีความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลที่เพิ่มขึ้น ช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับจากครอบครัวและส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง (Sebern, 2005; ธรรมวรรณ สีนาค, 2561)

กิจกรรมที่ 4) จิตสดใส ใจเป็นสุข: การเผชิญความเครียด (coping skills) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมกับตนเอง เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียด ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียดเพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกลวิธีที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการแสดงออก เป็นพฤติกรรมที่มีอิทธิพลมาจากการรู้คิด (cognition) การประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และทางร่างกาย ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งปรับอารมณ์ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การไม่ให้ความสนใจ การปล่อยตามยถากรรม เป็นต้น ซึ่งวิธีเหล่านี้เป็นเพียงการบรรเทาหรือลดความเครียดเท่านั้น ไม่ได้จัดการโดยตรงให้ปัญหาหมดไป ดังนั้น ถ้านำมาใช้บ่อยๆโดยที่ขาดความตระหนักรู้ในตนเอง จะก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) ดังนั้น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้อย่าง

มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยอีกด้วย (Sebern, 2005; Cohen & Will, 1985; อรพิน พรศโยภณและอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, 2562)

กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ: การสนับสนุนทางสังคม (social support) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และการให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้บำบัดถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น เกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า ผ่านการดำเนินกิจกรรมแหล่งรวมพลังใจ เนื่องจากการได้พูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัวเป็นประจำจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกมั่นใจ ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ยังเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลและการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความเข้าใจและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆซึ่งกันและกัน ซึ่งการสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม (social support) เป็นส่วนที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากการขาดแหล่งสนับสนุนด้านสังคม หรือการความช่วยเหลือทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ โดยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว สามารถหาทางออกได้ยากเพียงลำพัง ดังนั้น การได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า เป็นที่รักของคนใกล้ชิด และมีคนที่รู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ ซึ่งจะส่งผลให้มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Cohen and Wills, 1985; อรพิน พรศโยภณและอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, 2562) ช่วยบรรเทาผลกระทบจากภาวะอารมณ์ซึมเศร้า อีกทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย (Jonhson and Lydiard, 1998; ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556)

สมมติฐานการวิจัย

- 1.อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
- 2.อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนี้

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1.ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 และ 2.ครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกยาเสพติดและจิตเวชของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ซึ่งมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 14-28 คะแนน และครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกยาเสพติดและจิตเวชของโรงพยาบาลองค์กรักษ์

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของความรู้สึก กระบวนการคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกที่มีความแปรปรวนโดยมีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งในผู้สูงอายุมักมีการแสดงออกทางกายมากกว่า ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับและมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) พัฒนาโดยสตราวุธ ราชมณีและคณะ (2561)

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ภายหลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ซึ่งอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้บำบัด โดยนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จใน

การบรรลุเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม โดยสร้างความรู้สึกร่วมกันให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ ยอมรับในตัวสมาชิกและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง กระตุ้นให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น มองเห็นความคิดของตนเอง เกิดความรู้สึกลดอคัญและไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายและนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบำบัด (दाराररण ต๊ะปินตา, 2556; Beck, 2011) ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการเผชิญกับปัญหาต่างๆได้และลดอาการซึมเศร้า (Cohen and will, 1985)

กิจกรรมที่ 2) รอบรู้ ตูแลกกัน: การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (family education) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล โดยผ่านกิจกรรมบัตรคำนำความรู้ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาลของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ และให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้น นำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาล (Sebern, 2005) ผ่านกระบวนการสื่อสารแลกเปลี่ยนความต้องการ การตัดสินใจและความสามารถในการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นอกจากนี้รูปแบบกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการ การรักษา การพยาบาลระหว่างกันภายในกลุ่ม ซึ่งช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (Empathy) และปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค สามารถลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Nurhidayati, 2022; วราพร ศรีภิรมย์และคณะ, 2565)

กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ: การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายร่วมกับการเสริมสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตผ่านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวก หลักการสื่อสารในผู้สูงอายุและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักมีกระบวนการคิดในทางลบต่อปัญหา การตั้งเป้าหมายร่วมกัน และปรับเปลี่ยนรูปแบบการมองปัญหาในเชิงบวก คิดหาเหตุผลและทางออกในการแก้ปัญหาร่วมกัน และส่งเสริมทักษะการสื่อสารทางบวก หลักการสื่อสารในผู้สูงอายุและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) สามารถช่วยสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวมีการฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วย จึงเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารและการดูแลร่วมกันในครอบครัว และส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง (Sebern, 2005; รมลวรรณ สีนาค, 2561)

กิจกรรมที่ 4) จิตสดใส ใจเป็นสุข: การเผชิญความเครียด (coping skills) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมกับตนเอง เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์

ของการเผชิญความเครียด ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียดเพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งปรับอารมณ์ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การไม่ให้ความสนใจ การปล่อยตามยถากรรม เป็นต้น ซึ่งวิธีเหล่านี้เป็นเพียงการบรรเทาหรือลดความเครียดเท่านั้น ไม่ได้จัดการโดยตรงให้ปัญหาหมดไป ดังนั้น ถ้านำมาใช้บ่อยๆโดยที่ขาดความตระหนักรู้ในตนเอง จะก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) ดังนั้น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยอีกด้วย (Sebern, 2005; Cohen & Will, 1985; อรุณ พุทธิโยภณและอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, 2562)

กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ: การสนับสนุนทางสังคม (social support) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และการให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้บำบัดถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น เกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า อีกทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย (Jonhson and Lydiard, 1998; ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556)

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ดังนี้ มีอารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน ความสนใจสิ่งต่างๆลดลงมากหรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย เกือบทุกวัน สมาธิและความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง รู้สึกผิดมากกว่าปกติ มีความคิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข การนอนหลับเปลี่ยนแปลง นอนหลับมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ความอยากอาหารลดลง เป็นต้น โดยดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลองค์กร

ครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีความสัมพันธ์กันทั้งทางกฎหมาย หรือทางสายเลือด ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เป็นต้น มีการตัดสินใจร่วมกัน ในการดูแล พึ่งพาอาศัยซึ่งกัน

และกันทางสังคม เศรษฐกิจ มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน และดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

การพยาบาลปกติ หมายถึง การให้บริการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองครักษ์ โดยกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษา (Counseling) ผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคและการรับประทานยาแก่ผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนต่อไป
3. เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเน้นการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 1.3 การวินิจฉัยและระยะของโรคซึมเศร้า
- 1.4 การรักษาโรคซึมเศร้า

2. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า
- 2.2 ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.4 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 2.5 การพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในชุมชน

3. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

- 3.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา
- 3.2 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
- 3.3 หลักการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 3.4 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล

- 4.1 ความหมายของครอบครัว
- 4.2 ลักษณะและองค์ประกอบของครอบครัว
- 4.3 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว
- 4.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว (Shared Care)

5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 6.1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 6.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษา
- 6.3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care)

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ เช่น เศร้า เสียใจ สิ้นหวัง โดดเดี่ยว อ้างว้าง เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ อยากรตาย มีอัตมโนทัศน์ ด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต เป็นต้น และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น หลีกหนีจากสถานการณ์หรือสังคม ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่สนใจทำกิจกรรม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความต้องการทางเพศลดลง เชื่องช้า กระวนกระวาย เป็นต้น

Colasanti et al. (2010) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการแสดง ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ การรู้คิด และการทำหน้าที่ของร่างกาย

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิชย์ (2558) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในคนไทยอาจไม่บอกว่า เศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อย เช่นกัน ไม่ต้องการให้ใครมารบกวน ทนต่อสถานการณ์ที่มีเสียงดังไม่ได้ อยากรอยู่คนเดียวเฉยๆ รู้สึก ตนเองไร้ค่า คิดเรื่องตาย ความคิดเปลี่ยนไปในทางลบ นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) กล่าวว่า โรคซึมเศร้ามีลักษณะ การแสดงออกทางด้านอารมณ์เศร้า ความสนใจและความสุขในกิจกรรมต่างๆลดลง รู้สึกผิด ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองลดลง แบบแผนการนอนหลับพักผ่อนและรับประทานอาหารเปลี่ยนไป อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจอยู่เป็นระยะเวลานาน หรือกำเริบซ้ำได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ความสามารถในการทำงาน การเรียน และการแก้ปัญหา

สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิดโดยจะมี อารมณ์เศร้า หดหู่ เศร้า เสียใจ สิ้นหวัง โดดเดี่ยว อ้างว้าง เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ มีความคิดด้านลบ เกี่ยวกับตนเองและผู้อื่น และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น หลีกหนีจาก สถานการณ์หรือสังคม ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่สนใจทำกิจกรรม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น โดยอาการเหล่านี้เป็นต่อเนื่องติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ ขึ้นไป และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

1.2 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

Evers & Marin (2002) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง ความอ่อนแอทางจิตใจ ภาวะกดดันทางจิตใจ สูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของครอบครัว

Roose & Sackeim (2004) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด พฤติกรรมการนอนหลับ และความอยากอาหาร อาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเอง และมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมาน จากจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิดไร้คุณค่าและตำหนิตัวเอง ความภาคภูมิใจและความมั่นใจตัวเองลดลง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม พบอาการทางกายร่วมด้วย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความสนใจทางเพศลดลง เป็นต้น

สรุปได้ว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง สภาวะกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ในวัยสูงอายุที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงหรือความเครียดในชีวิต มีการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลง สูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นโดยมีการแสดงออกทางกายมากกว่าวัยอื่น ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ ร่วมกับความคิดทางลบ มองโลกในแง่ร้าย นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย

1.3 การวินิจฉัยและระยะของโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไป ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder 5th edition: DSM-5) และระบบการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease: ICD 10) (World Health Organization, 1992; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1.3.1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder, 5th edition (DSM-5) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

1.3.1.1. ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการหรือมากกว่า ซึ่งต้องมีอาการข้อ 1 หรือ ข้อ 2 อย่างน้อยจำนวน 1 ข้อ โดยเกิดขึ้นแทบทั้งวันและเกือบทุกวัน ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ อาการต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ 1. มีอารมณ์เศร้า 2. ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ

ทั้งหมด หรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก 3. น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน 4. นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป 5. กระวนกระวายอยู่ไม่สุขหรือทำกิจกรรมเชิงซ้าลง 6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง 7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป 8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ 9. มีความคิดอยากตาย

1.3.1.2. อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

1.3.1.3. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

1.3.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1992) มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

1.3.2.1. กลุ่มอาการซึมเศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์

อาการหลัก (Typical symptoms) อย่างน้อย 2 ข้อ ประกอบด้วย 1. อารมณ์เศร้าเป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน 2. ความสนใจสิ่งต่างๆลดลงมากหรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไรหรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน 3. อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรงเป็นเกือบทุกวัน

อาการรอง (Associated symptoms) อย่างน้อย 4 ข้อ ประกอบด้วย 1. สมาธิและความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง 2. ชอบตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ 3. มีความคิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย 4. ความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง 5. การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้าหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข 6. การนอนหลับเปลี่ยนแปลง นอนหลับมากเกินไปหรือน้อยเกินไป 7. ความอยากอาหารลดลง

1.3.2.2 ไม่เคยมีอาการไฮโปแมนเนีย (hypomania) หรือแมนเนีย (mania) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

1.3.2.3 อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย

การแบ่งระดับอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 สามารถแบ่งได้ดังนี้ อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (มีอาการหลักอย่างน้อย 2 ข้อ และมีอาการรองอย่างน้อย 4 ข้อ) อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (มีอาการหลักอย่างน้อย 2 ข้อ และมีอาการรองอย่างน้อย 6 ข้อ) และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ)

สรุปได้ว่า ระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) และระบบการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) โดยมีอาการแสดงของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 5 อาการใน 2 สัปดาห์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลองค์กรักษ์

1.3.3 ระยะของโรคซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

1.3.3.1 ระยะตอบสนองต่อการรักษา (Response) เป็นระยะที่ระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงหลังจากการได้รับการรักษา การตอบสนองต่อการรักษาเป็นเป้าหมายที่กำหนดไว้ก่อนเริ่มการรักษา หรือเป็นเกณฑ์/ผลลัพธ์ในการทดลองทางคลินิก ซึ่งการตอบสนองต่อการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนเริ่มทำการรักษา โดยใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกันในการประเมินการตอบสนองในครั้งแรก หลังจากนั้นประเมินการตอบสนองซ้ำอีกครั้ง 2 สัปดาห์เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่าตอบสนองต่อการรักษา

1.3.3.2 ระยะการหายทุเลา (Remission) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่ได้รับการดูแลบำบัดรักษา แล้วมีอาการหายทุเลาหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าในระดับเล็กน้อยนับจากวันที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าถูกจำหน่าย ในระยะนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่าจะกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติเหมือนเดิมก่อนที่จะมีอาการซึมเศร่า โดยใช้ระยะเวลาหลังจากจำหน่ายครบ 6 เดือน โดยมีผลการประเมินในระดับปกติทุกครั้งี่ประเมิน ให้ถือว่ายังเป็น Full remission

1.3.3.3 ระยะการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) เป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีอาการซึมเศร่าและอาการของโรคซึมเศร่าเกิดขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร่า โดยช่วงระยะเวลาที่มีความเสี่ยงที่สุดคือ 3-6 เดือนแรกหลังจากระยะการหายทุเลา (Remission)

1.3.3.4 ระยะการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) เป็นระยะที่ระยะการหายทุเลาขยายออกไปหรือเป็นระยะที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร่าหรือมีอาการซึมเศร่าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยใช้ระยะเวลาหลังจากระยะการหายทุเลา 4 เดือน หากผู้ป่วยโรคซึมเศร่าไม่มีอาการซึมเศร่ากำเริบในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปหลังจากระยะหายทุเลา ถือว่าเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีการฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างสมบูรณ์ (Full recovery)

1.3.3.5 ระยะการกลับเป็นใหม่ (Recurrence) เป็นระยะการเกิด New episode หลังจากอาการซึมเศร่าครั้งก่อนหายไบนานกว่า 6 เดือนหรือเป็นระยะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีอาการซึมเศร่าและอาการของโรคซึมเศร่าเกิดขึ้นใหม่ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค MDD ของ DSM-IV-TR ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากระยะการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery)

1.4 การรักษาโรคซึมเศร่า

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร่า สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคมบำบัด จาก การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาโรคซึมเศร่าที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพเพิ่มที่เป็นการให้การรักษาร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด (Cleare et al., 2015; สาวิตรี สิงหา, 2559)

1.4.1 การรักษาทางด้านชีวภาพ (Biological treatment) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1.4.1.1. การรักษาด้วยยา (Pharmacological therapy) แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.ระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ ยาที่ใช้เป็นยาด้านเศร้า (Antidepressant) ได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

2.ระยะการรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment) เป็นการรักษาต่อจากระยะแรกอีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว พบว่าหากหยุดยาก่อนจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงมาก

3.ระยะการป้องกันหรือระยะยาว (Prophylactic treatment) เป็นการให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ระยะนี้จะให้ยาต่อเนื่องอีกประมาณ 2-3 ปี

ยาด้านอาการซึมเศร้าแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มานอช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1. ยาในกลุ่ม Serotonin-specific reuptake inhibitors (SSRIs) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline และ Citalopram เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะการดูดกลับของ Serotonin ยากลุ่มนี้นิยมใช้รักษาโรคซึมเศร้า มีความปลอดภัยสูง แต่มีผลข้างเคียงทำให้เกิด Extrapyrimalidal symptoms ได้

2. ยาในกลุ่ม Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ยากลุ่มนี้จะยับยั้งการดูดกลับของทั้ง Serotonin และ norepinephrine มีประสิทธิภาพรักษาโรคซึมเศร้าได้รวดเร็ว โดยเริ่มเห็นผลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ซึ่งเร็วกว่ายากลุ่มอื่นๆ แต่อาการข้างเคียง คือ มีคลื่นไส้ เบื่ออาหาร ภาวะนอนกรน ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า และสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง

3. ยาในกลุ่ม Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants (NaSSAs) ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าและมีฤทธิ์คลายความวิตกกังวล ช่วยให้หลับง่ายขึ้น และช่วยให้รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม ไม่มีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ ยากลุ่มนี้มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อย ค่อนข้างปลอดภัยในผู้สูงอายุ

4. ยาในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Doxepin เป็นต้น ยากลุ่มนี้เป็นต้นแบบในการรักษาโรคซึมเศร้า แต่ปัจจุบันนิยมใช้ยากลุ่มใหม่ เนื่องจากยากลุ่มนี้มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาก่อนข้างมาก ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น แน่นหน้าอก ง่วงซึม ความรู้สึกตัวลดลง ปากแห้ง ตาพร่ามัว ปัสสาวะไม่ออก กตการหายใจ และยังมีผลต่อหัวใจทำให้เกิดความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1.4.1.2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาทางชีวภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง Electrode เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ ข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าจะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผลหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

หรือทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมีภาวะเสี่ยงต่อพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง ทำร้ายตัวเองซ้ำๆ หรือมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น (Pagnin et al., 2005)

1.4.2 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) เป็นการบำบัดทางด้านจิตใจ และสังคมตามสภาพปัญหาและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันของผู้ป่วย เน้นการบูรณาการโดยมีการประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆตามความเหมาะสม เช่น จิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีดังนี้

1.4.2.1. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy: CBT) เชื่อว่าอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดไม่ตรงกับความเป็นจริง การบำบัดจึงเน้นการเรียนรู้การปรับกระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่มีผลต่อความรู้สึกหรืออารมณ์อันเป็นสาเหตุก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น การที่จะเปลี่ยนแปลงอารมณ์โดยการพยายามเปลี่ยนความรู้สึกนั้นทำได้ยาก แต่สามารถเปลี่ยนได้โดยการเปลี่ยนความคิดหรือเปลี่ยนพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการได้รับยาต้านเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียว (Braun, Karlin, & Zeiss, 2015) และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Wilkinson et al., 2009)

1.4.2.2. การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy: IPT) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและอาการซึมเศร้าสามารถพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พบมากที่สุด และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเปลี่ยนผ่านบทบาท และความบกพร่องทางสัมพันธภาพ มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (มลฤดี อินทร์พันธ์และรัชนิกร อุปเสน., 2561) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเป้าหมายของการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถปรับตัวและมีแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม (Weissman, Klerman, & Markowitz, 2017)

1.4.2.3. การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการระลึกถึงความทรงจำในอดีตที่ผ่านมาของบุคคล เพื่อพิจารณาการกระทำในอดีตของตนเองในหลายแง่มุม ซึ่งสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปรับตัวของผู้สูงอายุโดยผ่านความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความเป็นเอกลักษณ์และสามารถจัดการกับประสบการณ์การสูญเสีย โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ช่วยให้เกิดความรู้สึกสุขใจ สบายใจ ภาคภูมิใจกับสิ่งที่ทำสำเร็จในอดีต เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยลดความคิดด้านลบ สนใจเฉพาะความคิดด้านบวก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่ขัดแย้งกับความคิดด้านลบเกี่ยวกับ

ตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ในอดีต มาสร้างความมั่นใจภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปรับตัวต่อความคับข้องใจในปัจจุบัน มีแนวทางการแก้ไขปัญหามาเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของวาสนา วรรณเกษมและรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) ที่พบว่า โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหล่าคงธรรม (2559) ที่พบว่า การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน.

1.4.2.4. จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง โดยผู้ให้การบำบัดพูดคุยกับผู้ป่วยวิเคราะห์สภาพปัญหา หาสาเหตุของปัญหาและร่วมกันแก้ไขในสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความทุกข์ ความคับข้องใจของผู้ป่วยโดยเน้นการพูดคุยและบำบัดช่วยเหลือประคับประคองเบื้องต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย., 2553) ใช้ในการบำบัดโรคซึมเศร้าโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะคงที่ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปรับปรุงการทำงานของสมองจิตใจ เพิ่มทักษะในการปรับตัวให้ผู้ป่วยกลับมาสู่สภาวะเดิมได้ และยังมีมุ่งเน้นถึงปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งอารมณ์และพฤติกรรม การศึกษาของอุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) พบว่าจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้

1.4.2.5. การบำบัดด้วยการแก้ปัญหามา (Problem solving therapy) แนวคิดทฤษฎีการแก้ปัญหามา อธิบายว่า พฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล รวมถึงอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหามา มีมุมมองต่อปัญหามาในทางลบ และการมีวิธีการแก้ปัญหามาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (D'Zurilla & Nezu, 2010) การบำบัดนี้ช่วยให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าสามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหามาที่มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดในการระบุปัญหา ความสำคัญ ความรุนแรง และผลกระทบของปัญหา จากนั้นร่วมกันฝึกทักษะการจัดการกับปัญหามาในรูปแบบต่างๆ การศึกษาของ Kiosses & Alexopoulos (2014) โดยการวิเคราะห์อภิมานวิจัยในระดับ RCT ตั้งแต่ปี ค.ศ.1966 ถึง ค.ศ. 2013 ได้ทั้งหมด 15 เรื่อง พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย พลศาสตร์ดีและรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2560) พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้

1.4.2.6. การบำบัดด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถในการปรับตัวของบุคคล เมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤต เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ (Grothberg, 1999)

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทางด้านสังคมและเศรษฐกิจส่งผลให้ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น ซึ่งหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck et al., 1979) สอดคล้องกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าของไพจิตร พุทธรอด (2564) พบว่า การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าและช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ซึ่งหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจิตใจที่เข้มแข็งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองมีความมั่นคงทางจิตใจ

สรุปได้ว่า แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ประกอบด้วย การรักษาทางด้านชีวภาพ

1.1.การรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค คือ ระยะเฉียบพลัน ระยะการรักษาต่อเนื่อง ระยะการป้องกันหรือระยะยาว ซึ่งยาต้านอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม และ 1.2. การรักษาด้วยไฟฟ้า และ 2.การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วย การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การระลึกถึงความหลัง จิตบำบัดประคับประคอง การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันว่า สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้.

2. อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.1 ความหมายของอาการซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า หมายถึง อาการของความรู้สึก กระบวนการคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกที่มีความแปรปรวนโดยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติควบคุมไม่ได้หรือมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์

Kaplan & Sadock (1993) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า มีทั้งหมด 3 ด้าน คือ ด้านแรกอาการซึมเศร้าเป็นคำอธิบายถึงความรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อบุคคลสูญเสียบางอย่างที่สำคัญต่อตนเอง ด้านที่สองในทางจิตเวชอาการซึมเศร้าแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์จะมีความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข รู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่าง ๆ ด้านที่สามภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกอาการของโรค

Blazer & Hybels (2005) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า คือ สภาวะทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุโดยมีลักษณะอาการแสดงไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับวัยอื่น กล่าวคือ มีการแสดงออกทางกาย

มากกว่า ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ อาการทางอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิดง่าย หรือหดหู่ เบื่อหน่ายต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำประจำ การแสดงออกทางความคิด ได้แก่ คิดซ้ำลง คิดวนไปมา หมกมุ่น ขาดสมาธิ มีความคิดทางลบมองโลกในแง่ร้าย การจำกัดความคิดอยู่กับ ความสิ้นหวังที่ได้รับจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงนำไปสู่ความคิดเกี่ยวกับการ ตายและมีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2556) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสียทำให้รู้สึก มีดมน เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความหมายกลัว ไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด

สรุปได้ว่า อาการซึมเศร้า (Depression) หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของความรู้สึก กระบวนการคิดและพฤติกรรมแสดงออกที่มีความแปรปรวนโดยมีลักษณะของการคิดที่บิดเบือน มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง แยกตัวจาก สังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิด อัตโนมัติในทางลบ ซึ่งในผู้สูงอายุมักมีการแสดงออกทางกายมากกว่า ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับและมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์

2.2 ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Beck, 1967)

2.2.1 อาการซึมเศร้าระดับน้อยที่สุด (minimal depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่พบได้ใน บุคคลทั่วไป เมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ไม่สบายใจทำให้มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ สามารถหายเองได้ เกิดเพียงชั่วคราว

2.2.2 อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของ ภาวะอารมณ์ที่ไม่เบิกบานมีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข มีผลต่อการตัดสินใจ อาจมีความผิดปกติทาง กายร่วม แต่ไม่มากเช่นอ่อนเพลีย การนอนลดลง อาจหลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ

2.2.3 อาการระดับปานกลาง (moderate depression) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของ ภาวะอารมณ์ที่รุนแรงขึ้นจากระดับเล็กน้อยมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวันโดยบางครั้งจะ เฉื่อยชาหรือมีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ด้านอารมณ์จะมี อารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย วิตกกังวล โกรธสิ้นหวัง การตัดสินใจและการจจดจ่อลดลงมีปัญหาทางร่างกาย ร่วมโดยมีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง และอ่อน แรง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง บางครั้งแยกตัว

2.2.4 อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติของ ภาวะอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวัน พึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ และ การจจดจ่ออย่างมาก มีอาการทางกายรุนแรงขึ้น ในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน ความ

ต้องการทางเพศและอ่อนแรงหมกมุ่นอยู่กับตนเองแยกตัวมีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย บางครั้งอาจมีอาการทางจิตร่วมด้วย

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ดังนี้

2.3.1 ปัจจัยเสี่ยง

2.3.1.1.ด้านชีวภาพ (Biological factors)

1. สารสื่อประสาท (Neurotransmitter system) เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองกลุ่ม Catecholamine โดยมีการลดลงของ Serotonin, Dopamine และ Norepinephrine ซึ่งเป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญและมีผลต่ออารมณ์ ในผู้สูงอายุพบว่าจะมีการลดการจับตัวกันระหว่างสาร Serotonin กับตัวรับ Serotonin ผลที่ตามมาทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (Blazer & Hybels, 2005)

2.3.1.2.ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม (Psycho-Social factors)

1. ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการระบุสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการหรืออาการแสดง การช่วยเหลือตนเอง และรูปแบบการรักษา จากการศึกษาของ Nguyen et al. (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับอาการซึมเศร้า พบว่า ความรอบรู้กับอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมในระดับที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้บุคคลมีทัศนคติและพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต และการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษา (วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556; วราพร ศรีภิรมย์และคณะ, 2565) เนื่องจากผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้วจึงหยุดยารับประทานเองและไม่มารักษาอย่างต่อเนื่อง มีทัศนคติไม่ดีต่อโรคส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น (Prins et al., 2008; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558; วราพร ศรีภิรมย์และคณะ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิตได้รับการเข้าไปช่วยเหลือและได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กันเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยสามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย., 2553)

2. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Stressful life event) เช่น การสูญเสีย การเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารภายในครอบครัว (Murphy, 1982; กนกรัตน์ แสงกระจ่าง, 2556) โดยเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว พบว่า ในแต่ละวันผู้ป่วยต้อง

เผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Nezu, 2002) ประกอบกับมีความคิดและพฤติกรรมทางลบ ซึ่งพบว่ายิ่งมีอายุมากขึ้นการแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดจะลดลง (Blazer & Hybels, 2005; มุจรินทร์ พุทธเมตตาและรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) ทำให้เกิดปัญหาปฏิสัมพันธ์ตามมา ซึ่งจะส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วย (Richardson, 2012) เช่น ปัญหาการสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า โดยพบว่า ครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่ (Kasantikul et al., 2001; มลฤดี อินทร์พันธ์และรัชนิกร อุปเสน, 2561)

3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านักมีความคิดและพฤติกรรมทางลบ มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์ มักพบปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น ปัญหาการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้า จากผลการวิจัยการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว (expressed emotion) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าและมีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยและการกำเริบของโรค เช่นเดียวกับในผู้ป่วยจิตเภท (Hooley et al., 1986; Okasha et al., 1994; Mino et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al. (1972) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ได้แก่ การแสดงความไม่เป็นมิตรในระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย จากการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นใจสงสาร มีความหวังใจในตัวผู้ป่วยมาก และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลที่เพิ่มขึ้น จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็วและส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (Sebern, 2005; ธมลวรรณ สีนาค, 2561)

4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Self-esteem) เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า นำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง และการยอมรับนับถือตนเอง มาจากการประเมินตนเองโดยภาพรวมในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จของตนเอง และแสดงออกมาในรูปแบบของทัศนคติในแง่บวกที่มีต่อตนเอง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลายประการที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุส่งผลต่อความสามารถของผู้สูงอายุในด้านต่างๆที่ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง โดยพบว่า เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูง (Orth & Robins, 2013 ; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556; มุจรินทร์ พุทธเมตตาและรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) และครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่สำคัญ (ไพจิตร พุทธรอด, 2564)

2.3.2 ปัจจัยปกป้อง

2.3.2.1. การสนับสนุนทางสังคม (social support) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ประกอบกับการขาดทักษะการเข้าสังคม ขาดแนวทางค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในทุกๆ ด้าน ประกอบไปด้วยการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น การติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน (Skarsater et al., 2006; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้นเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า ($r = -.331, p = .000$) (Cohen & Will, 1985; อรพิน พรศโยภณและอโนทัย ผลิตนันทเกียรติ, 2562) การศึกษาความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนของ Richardson (2012) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่สำคัญ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ, 2559) จากการศึกษาของ Blazer et al.(1991). พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า โดยพบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งยังส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษา (Sebern, 2005) และการฟื้นฟูหายจากอาการซึมเศร้า (มลฤดี อินทร์พันธ์และรัชนิกร อุปเสน, 2561)

สรุปได้ว่า การศึกษาในครั้งนี้จึงได้นำปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูหายภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยการนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ จากการศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมจะทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและอาการซึมเศร้า (Cohen & Will, 1985; อรพิน พรศโยภณและอโนทัย ผลิตนันทเกียรติ, 2562)

2.4 การประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (Interview and observe related scale) และการประเมินอาการซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (Self-report) ดังนี้

2.4.1 การประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต

2.4.1.1. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) สร้างขึ้นโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1960 (Hamilton, 1960) ใน

ปัจจุบันแบบประเมินจัดเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Gold standard test) เพื่อวัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2554) และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ไม่ยากแก่การทำ ใช้เวลาไม่มาก และมีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง มีการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยในปี พ.ศ.2539 โดยมานิช หล่อตระกูลและคณะ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 17 ข้อคำถาม เน้นการประเมินอาการซึมเศร้าทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านความคิดด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรมและด้านร่างกาย โดยแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตั้งแต่ 0-4 คะแนนไม่เท่ากันในแต่ละข้อ มีค่าคะแนนรวม 0-53 คะแนน ซึ่งแบ่งอาการซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้า (No depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 0-7 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 8-12 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (Less than major depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 13-17 คะแนน อาการซึมเศร้าระดับมาก (Major depression) ผลรวมค่าคะแนนเท่ากับ 18-29 คะแนน และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (More than depression) ผลรวมค่าคะแนน 30 คะแนนขึ้นไป มีการรายงานการทดสอบคุณภาพของแบบประเมินโดยการทดสอบความแม่นยำตรงและความน่าเชื่อถือ ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Interrater reliability) เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ความแม่นยำตรงของแบบประเมินเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (Concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี (Spearman's correlation coefficient = -0.8239, $p < .0001$) ความสอดคล้องภายในเป็นที่น่าสนใจ (Standardized Cronbach's coefficient alpha = .7380) (มานิช หล่อตระกูลและคณะ, 2539)

2.4.1.2. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1979 (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประเมินการเปลี่ยนแปลงติดตามผลการรักษาสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือต้องใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลสมบูรณ์

2.4.2 การประเมินอาการซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง นิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.4.2.1. Beck Depression Inventory (BDI), First revision (BDI-IA), Second revision (BDI-II) สร้างขึ้นในปี 1961 โดย Beck และคณะ เพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับในการติดตามเปลี่ยนแปลงหรือเพื่ออธิบายถึงความเจ็บป่วย ข้อคำถามเดิมของแบบประเมินได้จากการสังเกตลักษณะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตวิเคราะห์บำบัด มีการปรับปรุงครั้งแรกในปี 1978 โดยมีการตัดข้อ

คำถามที่เหมือนกันออกและปรับเปลี่ยนข้อคำถามในบางข้อ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อและ 6 ข้อเป็นคำถามเน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมและในปี 1993 ได้มีการปรับปรุงระดับคะแนนเพื่อใช้ในการบำบัดทางปัญญาและในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแบบประเมินฉบับใหม่ขึ้น ในปี ค.ศ. 1996 โดยแบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (BDI-II Thai version) ได้ปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยได้ปรับเปลี่ยนบางข้อคำถามให้สมบูรณ์ขึ้นและปรับเปลี่ยนเกณฑ์การแบ่งระดับอาการซึมเศร้าเป็นแบบประเมินด้วยตนเองที่ใช้ง่ายและสามารถประเมินซ้ำได้ ซึ่งใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พัฒนาโดยศราวุธ ราชฉนิและคณะ (2561) มีคำถาม 21 แบ่งเป็นอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 โดยแบ่งระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้า เป็น 4 ระดับ คือ 0-13 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยที่สุด (minimal depression) 14-19 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) 20-28 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) 29-63 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

2.4.2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Zung (Zung Self-Rating Depression Scale: Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยแบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมดข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าและครอบคลุมกับอาการที่กำหนดอาการของอาการซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจนได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษาในการสำรวจอาการซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้วิธีคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงของอาการซึมเศร้าแบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆเหมือนแบบของ Beck แต่มีข้อจำกัด คือ ขาดความครอบคลุม

2.4.2.3 แบบประเมินอาการซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชนแบบประเมินนี้มี 20 ข้อซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุงและแบบประเมินของเบคเป็นต้นแบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไปหรือกลุ่มประชากรในชุมชนจะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกันคือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77-0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเองจุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้เพื่อการคัดกรองอาการซึมเศร้าของประชากรในชุมชนหรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20

ข้อแบ่งระดับคะแนนเป็น 0 -3 คะแนนรวมทั้งหมด 60 คะแนน ระดับคะแนน 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีอาการซึมเศร้าใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85 -0.90 ใช้เวลาประเมิน 5-10 นาที ข้อดี คือ ใช้เวลาในการประเมินน้อยและใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ข้อด้อย คือ ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) ในเรื่องอารมณ์เบื่อหน่ายความคิดอยากตายความรู้สึกผิดและอาการทางกาย

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินด้วยตนเองได้ สามารถวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ดีขึ้น เนื่องจากในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีอาการทางด้านร่างกายเด่นชัด ซึ่งแบบสอบถามได้ปรับปรุงล่าสุดตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยได้ปรับเปลี่ยนบางข้อความคำถามให้สมบูรณ์ขึ้นและปรับเปลี่ยนเกณฑ์การแบ่งระดับอาการซึมเศร้า ซึ่ง จะใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ดีขึ้น

2.5 การพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในชุมชน

2.5.1 บทบาทหลักที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คือ การให้บริการแก่ผู้รับบริการทางสุขภาพจิตแบบองค์รวม โดยการใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลจิตเวชในการประเมินสภาพปัญหา วินิจฉัยปัญหาวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ดังนี้ (ทัศนา บุญทอง, 2554; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560)

2.5.1 .1. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์ ได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความไว้วางใจผู้อื่น การได้รับการฝึกฝนการแสดงออกที่เหมาะสม

2.5.1.2 . การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือการรักษาภาวะสุขภาพจิต (Prevention or maintenance of mental health) ปัญหาทางสุขภาพจิตอาจเกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย ทั้งนี้เพราะช่วงชีวิตของมนุษย์นั้นมีทั้งการเจริญเติบโต และพัฒนาการตามวัย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความรับผิดชอบตามหน้าที่ของบุคคลในสังคม ดังนั้น อาจเกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียดได้ การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องกระทำต่อเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจ ช่วยเหลือแนะนำในเรื่องการปรับตัว การเผชิญปัญหา การลดความวิตกกังวล ลดความเครียดของผู้รับบริการ รวมทั้งช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

2.5.1.3 การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) หากบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือจัดปัญหาให้หมดไป อาจทำให้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม การปฏิบัติการพยาบาลเน้นให้ผู้ที่มีการเจ็บป่วย

ทางจิต ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตยากที่จะแก้ไขและเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะทางจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ เป็นต้น

2.5.1.4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความสามารถในการเข้าสังคม การดูแลช่วยเหลือตนเอง การปฏิบัติกรพยาบาลเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบงานอาชีพ และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

2.5.2. แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เพื่อการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ควรประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์และลัดดา คาริการเลิศ, 2553; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556)

2.5.2.1. การรณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ชุมชน

2.5.2.2. การให้ความรู้เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดโรค

2.5.2.3. การคัดกรองค้นหาผู้มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพื่อวินิจฉัยและประเมินความรุนแรง

2.5.2.4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของอาการและสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว

2.5.2.5. การช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค

2.5.2.6. การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่

2.5.3. แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก (กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลองค์กรักษ์, 2565).

โรงพยาบาลองค์กรักษ์ได้จัดระบบให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด เพื่อให้บริการบำบัดรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยทำงาน ไปจนถึงวัยผู้สูงอายุ และการบำบัดรักษาปัญหาจากการใช้ยาและสารเสพติด ทั้งบุหรี แอลกอฮอล์และยาเสพติดอื่นๆ ด้วยยาและกิจกรรมกลุ่มบำบัดโดยจิตแพทย์จากโรงพยาบาลนครนายก พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต และนักจิตวิทยาในรูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยยึดหลักผู้เข้ารับบริการเป็นศูนย์กลางในการบำบัดรักษา ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชนในการส่งต่อข้อมูลและให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยการพยาบาลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน จะประกอบไปด้วย

2.5.3.1. การชักประวัติและคัดกรองปัญหาของผู้รับบริการ เช่น ชักประวัติอาการสำคัญ และทำการคัดกรองด้วยแบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q,9Q หลังจากได้ผลคัดกรองแล้วแจ้งผลแก่ผู้รับบริการ

2.5.3.2. การวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ในกรณีที่มีการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของโรคเพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป สามารถใช้เครื่องมือมาตรฐานเพิ่มเติม เช่น แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q แล้วให้การช่วยเหลือหรือรักษาสอดคล้องกับความรุนแรงของโรคและควรได้รับการประเมินด้วย 8Q เพื่อหาทางป้องกัน โดยกรณีผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง จะดำเนินการส่งต่อพบแพทย์หรือส่งตัวไปดูแลรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ในการประเมินทุกครั้งต้องแจ้งผลและจะให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย (Counseling) เพื่อแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ให้ความรู้แนวทางการพยาบาลและการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และวางแผนแนวทางการดูแลและการรักษาร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ

2.5.3.3. การดูแลช่วยเหลือและรักษาโรคซึมเศร้าจะเน้นการทำจิตบำบัดรายบุคคล เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เช่น กลุ่มการให้ความรู้และการเสริมสร้างความคิดเชิงบวก กลุ่มบำบัดระลึกความหลัง กลุ่มบำบัดด้วยการเจริญสติ เป็นต้น ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าโดยจะมีการติดตามผลการรักษาด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และติดตามนัดพบผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง เมื่อรักษาจนอาการทุเลา (remission) ก็จะทำให้การรักษาต่อเนื่องหลังจากทุเลาไปอีก 6 เดือนจึงค่อยๆลดยาลงจนหยุดยาได้

2.5.3.4. การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำ (relapse) เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถหยุดยาได้ จะส่งต่อข้อมูลโดยทำงานร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 2Q และ 9Q ทุก 3 เดือนต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปีหากผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบก็สามารถยุติหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบได้ แต่หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการประเมินและรักษาที่โรงพยาบาลองค์กรฯ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาใหม่อีกครั้ง

2.5.3.5. เครื่องมือที่ใช้ในระบบดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ได้แก่ แบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q, 9Q เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกตามระดับความรุนแรงของโรค สามารถใช้ในการติดตามผลการรักษาและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วยบทบาทหลักที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คือ การให้บริการแก่ผู้รับบริการทางสุขภาพจิตแบบองค์รวม โดยการประเมินสภาพปัญหา วินิจฉัยปัญหาวางแผนการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 1.การ

ส่งเสริมสุขภาพจิต 2.การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 3. การบำบัดรักษา 4.การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน ประกอบงานอาชีพ และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยโรงพยาบาลองค์กรฯ จะทำการซักประวัติ และคัดกรองปัญหา ประเมินความรุนแรงและวางแผนแนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยมีการทำจิตบำบัดร่วมกับการให้ยา และติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

3.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา

Goldman (1988) ได้ให้ความหมายการให้สุขภาพจิตศึกษาในหน่วยงานทางจิตเวชเป็นการให้ความรู้หรือฝึกอบรมบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชขอบเขตเนื้อหาจะสนับสนุนการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

Christine Rummel-Kluge (2006) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการกำหนดแบบแผนลักษณะรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งรวมถึงการควบคุมจัดการด้านอารมณ์ให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองร่วมกับครอบครัวสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตได้

พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2552) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลวิธีการรักษาชนิดหนึ่งที่ไม่ใช้ยาเป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนที่มีโครงสร้างชัดเจนและเป็นระบบโดยข้อมูลที่ให้เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการสอนสุขภาพจิตศึกษาสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้

สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการรักษา และการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและเผชิญความเครียดและเกิดความร่วมมือในการรักษา

3.2 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

แนวคิดของ Anderson et al. (1980) ได้กล่าวว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เป็นการให้ความรู้ทางจิตเวชและแนวทางการรักษา เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและเผชิญความเครียด รวมทั้งสร้างเครือข่ายระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัว

แนวคิดของ Williams. (1989) เป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยและครอบครัว โดยมีจุดหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา ทำ

ให้เกิดการยอมรับและสามารถจัดการกับอาการ อาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียด และเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางจิตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการของการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางจิตใจ หรืออารมณ์ รวมถึงอธิบายการรักษา และการจัดการกับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษากรอบทฤษฎีของ Anderson et al. (1980) โดยเน้นกรอบทฤษฎีมีส่วนร่วมเพื่อให้คนในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหา และการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและเผชิญความเครียด รวมทั้งสร้างเครือข่ายระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัว

3.3 หลักการให้สุขภาพจิตศึกษา

หลักการให้สุขภาพจิตศึกษา คือ การให้ความรู้ที่มีเป้าหมายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือทำให้เกิดการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องวางแผนเฉพาะราย โดยนำเอาความสามารถของผู้เรียนความต้องการแหล่งประโยชน์ต่างๆและระบบสนับสนุนของผู้เรียนมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและจัดเตรียมการให้ความรู้ กระบวนการเรียนการให้ความรู้ที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนจึงจะทำให้บรรลุเป้าหมายของการให้ความรู้ได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย., 2553)

3.3.1. ขั้นตอนการให้ความรู้ การสอนหรือการให้ความรู้ควรดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

3.3.1.1. การวางแผนการสอน (Planning) เป็นการเตรียมการเกี่ยวกับการให้ความรู้ ผู้สอนจะต้องวางแผนการสอนมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการสอนเนื้อหาที่จะสอน กิจกรรมการสอน และการประเมินผล

3.3.1.2. การกำหนดวัตถุประสงค์ เป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเตรียมเนื้อหา สาระ และวิธีการที่เหมาะสม รวมถึงแผนการเรียนการสอน ระยะเวลา สถานที่ วิธีการเรียนการสอน และแนวทางหรือวิธีการประเมินผลการเรียนการสอน สิ่งสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการเรียนการสอนประสบความสำเร็จได้ คือ การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการวางแผนการเรียนรู้อ หากผู้เรียนมีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เวลา สถานที่ และผลที่คาดว่าจะได้รับ จะทำให้การเรียนรู้อราบรื่น มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างดี การกำหนดวัตถุประสงค์การสอนควรเขียนในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้เหมาะสมผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ฯลฯ นอกจากนี้ผู้สอนจะต้องเตรียมเนื้อหาที่จะสอนให้เหมาะสมกับเวลา เตรียมสถานที่ที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้และจัดเตรียมอุปกรณ์การสอนหรือสื่อการสอนเพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

3.3.1.3.การปฏิบัติการสอน (Implementation) เป็นการปฏิบัติการในการให้ความรู้ที่เกิดขึ้นจริงตามแผนการสอนโดยผู้สอนใช้วิธีการสอนและสื่อการสอนต่างๆที่จัดเตรียมขึ้นด้วยความคล่องแคล่วอาจมีการปรับเปลี่ยนจากแผนการสอนบ้างตามสถานการณ์ขณะสอนมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนไปด้วยการสร้างบรรยากาศที่ดีและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียนอย่างเหมาะสมจะช่วยให้การสอนบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.1.4.การประเมินผลการสอน (Evaluation) เป็นการตรวจสอบคุณภาพของการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการสอนหรือไม่อย่างไร หากการสอนไม่บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ผู้สอนต้องทบทวนสาเหตุและวางแผนดำเนินการปรับแก้ให้เหมาะสม

3.3.2 การให้ความรู้แก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ

บุคคลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพบุคคลนั้นจำเป็นต้องมีการจัดการเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม ดังนั้น ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การเรียนรู้ประสบความสำเร็จต้องอาศัยโครงสร้างและหน้าที่ ระบบของการคิด การรับรู้ ความสัมพันธ์กันของระบบการประสาทและระบบกล้ามเนื้อของบุคคลนั้น และที่สำคัญผู้เรียนต้องมีความพร้อมที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ จำกัดผู้สอนต้องจัดการดูแลช่วยเหลือขจัดปัญหาของผู้เรียนในด้านต่างๆ เหล่านี้ด้วยเพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมที่จะเรียน สำหรับความพร้อมทางด้านสติปัญญาขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาของแต่ละบุคคล ผู้เรียนแต่ละคนจะต้องมีศักยภาพที่จะทำกิจกรรมสำหรับการเรียนรู้ได้ มีความจำที่ดี และมีความสามารถในการรับรู้แนวคิด สื่อสารถ่ายทอดความคิดและทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่จำเป็นในการเรียนรู้ได้

3.3.3 กลยุทธ์ที่ส่งเสริมการให้ความรู้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ

ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพต้องมีความรู้และทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ที่สอน เทคนิควิธีการสอนและการใช้สื่อในการให้ความรู้ผู้สอนควรฝึกการให้ความรู้และกลยุทธ์ในการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน วิธีการให้ความรู้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพโดยทั่วไปใช้วิธีการสอน ดังนี้

3.3.3.1.การบรรยาย เป็นการให้ความรู้โดยการนำเสนอเนื้อหาสาระที่เป็นความรู้โดยตรงอาจให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ แต่การบรรยายมักจะมีจุดอ่อนคือเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวจากตัวผู้สอนถึงผู้ป่วยและถึงแม้ว่าการบรรยายจะเป็นวิธีให้ข้อมูลได้ค่อนข้างมากและใช้เวลาน้อยก็ตาม แต่ประสิทธิภาพของวิธีการให้ความรู้นี้ยังไม่เป็นที่น่าพอใจเพราะเป็นวิธีที่ผู้ป่วยมักจะเป็นฝ่ายรับข้อมูลไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้การให้ความรู้โดยการบรรยายแก่ผู้ป่วยจะต้องให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายจิตใจและสติปัญญารวมถึงความอยากรู้ในเรื่องที่สอนด้วยจึงจะได้ผลดี

3.3.3.2.การสาธิตและฝึกปฏิบัติการ เป็นการให้ความรู้เพื่อให้เกิดทักษะในกิจกรรมต่างๆโดยผู้เรียนได้ฝึกหรือทดลองปฏิบัติจริงวิธีการสาธิตและฝึกปฏิบัตินี้เป็น การให้ความรู้ที่ตรงกับปัญหาการให้ ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ ได้โดยตรงจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดสมรรถนะในการกระทำได้โดยตรง

3.3.3.3.การอภิปรายรายบุคคล ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะยากแก่การเรียนรู้เป็นกลุ่ม การจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสอภิปรายซักถามหรือระบายนปัญหาและความไม่พร้อมเป็นรายบุคคลจะช่วยลดความคับข้องใจในการเรียนรู้และแก้ไขข้อข้องใจได้เป็นอย่างดี

3.3.3.4.การอภิปรายกลุ่ม เป็นการสอนที่นำเสนอเนื้อหาพร้อมกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นการเผชิญกับปัญหาและปรับตัวจากการอภิปรายกลุ่มของสมาชิกในกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยกันเองเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่ได้ผลจำนวนสมาชิกกลุ่มไม่ควรมากเกินไปหรือน้อยเกินไปจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมควรเป็น 6-8 คนไม่ควรเกิน 10 คนและเป็นผู้ที่มีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

3.4 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีที่ถูกออกแบบเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษา ดังนั้นสุขภาพจิตศึกษาจึงมีความแตกต่างกันในด้านวิธีการ โดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989)

3.4.1 การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual psycho-education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

3.4.2.การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (group psycho-education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่ม ทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3.4.3 การให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (family psycho-education) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัว ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้การประคับประคองและการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลโดยการให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยหรือให้ความรู้กับผู้ดูแลร่วมกับผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการดูแลซึ่งจะช่วยสร้างความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ดูแลมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษาเกิดการยอมรับมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการประคับประคองด้านจิตใจของผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Anderson et al.,1980) ดังนี้

3.4.3.1. การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว (joining) คือการที่ผู้บำบัดพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัวแสดงความห่วงใยเอาใจใส่เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้บำบัด โดยการทำความรู้จักให้คุ้นเคยกับผู้ดูแลและเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและการเจ็บป่วยแสดงถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจมีความหวังและยอมรับในตัวผู้บำบัด รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลให้ทราบถึงการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความพร้อมและยินดีเข้าร่วมในกิจกรรมต่อไป

3.4.3.2 การให้ความรู้ (family education) การที่ผู้รักษาให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงสาเหตุอาการผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยรับรู้และยอมรับข้อจำกัดของผู้ป่วย ตลอดจนยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย จัดความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแลโดยให้ความคาดหวังอยู่บนพื้นฐานของความจริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยโดยอาจจัดเป็นรูปแบบการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการดูแล (survival skill workshop) และสามารถปรับเนื้อหาความรู้ได้ตามสภาพปัญหาและความเหมาะสมของสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม

3.4.3.3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้บำบัดทำงานร่วมกับผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโดยการสร้างข้อตกลงในการเคารพขอบเขตของบุคคลฝึกครอบครัวให้รู้จักปฏิบัติต่อผู้ป่วยในยามวิกฤตเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3.4.3.4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) คือ การที่ผู้บำบัดชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งร่วมมือกับผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยในการหาแนวทางจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโดยหาสาเหตุของความเครียดซึ่งอาจเกิดจากมีสิ่งเร้าให้เกิดอาการเตือนเริ่มแรกส่งเสริมให้แก้ปัญหาที่สาเหตุอย่างเป็นระบบสนับสนุนวิธีการแก้ไขความเครียดที่เคยใช้แล้วได้ผลดีในครั้งก่อน ๆ หยุดหรือลดปฏิสัมพันธ์หรือกิจกรรมที่เพิ่มความเครียด

3.4.3.5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยเริ่มจากการจัดการด้านการสื่อสารขั้นพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเพื่อช่วยให้การสื่อสารในครอบครัวมีประสิทธิภาพและช่วยสร้าง

เครือข่ายทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยให้กว้างขึ้น สามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากเป็นรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ การร่วมมือระหว่างผู้บำบัด ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้การประคับประคองและการให้การปรึกษา โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ซึ่งจะช่วยสร้างความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ดูแล และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ดูแลหรือครอบครัวทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยรับรู้และยอมรับข้อจำกัดของผู้ป่วย มีศักยภาพในการเผชิญความเครียดและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีความเข้มแข็งทางใจและสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆภายในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออาศัยอยู่ร่วมกันภายในชุมชน

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล

4.1. ความหมายของผู้ดูแลและครอบครัว

จากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความพร้อมในการดูแลตนเองผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการจากการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Horowitz (1985 อ้างถึงในศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแล คือ

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแล โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงเป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

Orem (1991 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอดสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

Friedman & Bowden, (2003) ให้นิยามของคำว่า ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไรอย่างหนึ่ง โดยไม่จำเป็นจะต้องเกี่ยวข้องผูกพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย แต่เป็นกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกันและกัน กลุ่มเหล่านั้นพิจารณาตนเองร่วมกันว่าเป็นครอบครัว

สรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทาง

สายโลหิต ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และช่วยเหลือผู้ป่วย ในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

4.2 ลักษณะและองค์ประกอบของครอบครัว

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2562) ได้จัดทำและแบ่งลักษณะของครอบครัวเป็น 3 รูปแบบหลักๆ ดังนี้

4.2.1. ครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคลที่ใช้ชีวิตร่วมกันฉันสามีภรรยา อาจมี หรือไม่มีบุตร พ่อหรือแม่อยู่กับบุตร หรือพี่น้องหรือญาติไม่เกินสองรุ่นใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน

4.2.2. ครอบครัวขยาย คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สามรุ่นขึ้นไป หรือครอบครัว เดี่ยว สองครอบครัวขึ้นไปที่มีความผูกพันทางสายโลหิต หรือเกี่ยวดองเป็นเครือญาติ ซึ่งมีความสัมพันธ์ ที่เกื้อกูลกัน และอาศัยอยู่ในบ้านหรือบริเวณเดียวกัน

ทั้งนี้ ครอบครัวตามโครงสร้างดังกล่าว อาจมีบางครอบครัวที่มีลักษณะเฉพาะที่มีความต้องการ การช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนที่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจากข้อมูลและแนวโน้มของสถานการณ์ ครอบครัวในประเทศไทยในปัจจุบัน สามารถจำแนกครอบครัวตามลักษณะเฉพาะที่มีนัยสำคัญได้ 6 ลักษณะ ดังนี้

4.2.2.1. ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว คือ ครอบครัวที่พ่อหรือแม่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยัง ไม่บรรลุนิติภาวะโดยลำพัง

4.2.2.2. ครอบครัวข้ามรุ่น คือ ครอบครัวที่มีปู่ ย่า ตา ยาย อยู่กับหลานตามลำพัง

4.2.2.3. ครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันตามลำพัง คือ ครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตั้งแต่สองคนขึ้นไป อยู่ร่วมกันโดยไม่มีสมาชิกช่วงวัยอื่นอาศัยอยู่ด้วย

4.2.2.4. ครอบครัวคู่รักเพศเดียวกัน คือ ครอบครัวที่มีบุคคลเพศเดียวกันใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันฉัน สามีภรรยา

4.2.2.5. ครอบครัวผสม คือ ครอบครัวที่ชายหญิงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่าย มีบุตรติดมา และได้สมรสหรืออยู่กินกันฉันสามีภรรยาเป็นครอบครัวใหม่ และบุตรนั้นอาศัยอยู่ด้วยกัน

4.2.2.6. ครอบครัววัยรุ่น คือ ครอบครัวที่ชายและหญิงมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ใช้ชีวิตร่วมกันฉัน สามีภรรยา

4.2.3. ครอบครัวลักษณะเฉพาะ หมายถึง ครอบครัวที่มีองค์ประกอบหรือความต้องการ เฉพาะด้าน เช่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวที่มีเฉพาะพ่อหรือแม่เลี้ยงลูกตามลำพัง ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ เลี้ยงดูเด็ก ตามลำพัง (ครอบครัวข้ามรุ่น/ครอบครัวแห่วงกลาง) ครอบครัวที่มีเฉพาะเด็กอยู่ด้วยกัน ตามลำพัง ครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกันตามลำพัง ครอบครัวที่มีเพศเดียวกัน ครอบครัวที่มีภาระ ในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย พิการ ต้องขัง และครอบครัวลักษณะเฉพาะอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

นอกจากนี้ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย: UNFPA (2015) ใช้การอ้างอิงคำนิยามและแบ่งประเภทของครอบครัวและครัวเรือนจากฝ่ายการเศรษฐกิจและสังคม (Department of Economic and Social Affairs : DESA) องค์การสหประชาชาติ ดังนี้

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องผูกพันกันทางสายโลหิต หรือโดยการรับ เป็นบุตรบุญธรรมหรือการสมรสซึ่งโดยทั่วไปแล้วประกอบด้วยคู่สมรส บุตร พ่อแม่ และพี่น้องเป็นหลัก

ครัวเรือน หมายถึงหน่วยการอยู่อาศัยซึ่งประกอบด้วยที่อยู่อาศัยและบุคคลที่อาศัยอยู่ รวมกัน โดยเป็นอิสระจากความเกี่ยวข้องผูกพันกันทางสายโลหิตหรือจากการสมรส ทั้งนี้ จำแนกประเภทเป็นครัวเรือนคนเดียวและครัวเรือนหลายคน โดยแบ่งประเภทครอบครัวเป็น 4 ประเภท คือ

1. ครอบครัวเดี่ยว
2. ครอบครัวขยาย
3. ครัวเรือนคนเดียว
4. ครัวเรือนที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

4.3 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวจะดำรงหรือพัฒนาการได้อย่างเหมาะสมและปกติสุข ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด แนวคิดที่อธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่นิยมใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ แนวคิดแบบ Mc Master Model ของ Epstein et al (อุมาพร ตรังสมบัติ, 2554 อ้างจาก Epstein, et al, 1982) โดยกล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open System) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย อันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (Individual Subsystem) คู่สมรส (Spousal Subsystem) และพี่น้อง (Sibling Subsystem) หากทำหน้าที่ไม่เหมาะสมก็จะเกิดปัญหา โดยแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

4.3.1 การแก้ปัญหา (Problem Solving) หมายถึงความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวแต่ละครอบครัวมีทักษะการแก้ปัญหาแตกต่างกัน บางครอบครัวจะแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับวัตถุได้หมด แต่อาจแก้ปัญหาทางอารมณ์ได้ลำบากครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วและเป็นระบบปัญหาที่มีมักเป็นปัญหาที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ไม่ใช่ปัญหาเรื้อรังที่แก้ไม่ได้เสียที ในทางตรงข้ามครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมักแก้ปัญหาอย่างไม่เป็นระบบไม่เสร็จสิ้นไปเป็นเรื่อง ๆ และกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด

4.3.2 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงข้อมูลระหว่างกันและกัน การสื่อสารมีสองแบบคือการสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal Communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal Communication) MMFF จะเน้นการสื่อสารแบบแรกเนื่องจากสามารถวัดได้ชัดเจนกว่าอย่างไรก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้นแม้เนื้อหาจะไม่เด่นชัด แต่เป็นเนื้อหาที่มี

ความสำคัญโดยจะแสดงออกมาทางระดับเสียงคำพูดที่เลือกใช้สีหน้าแววตา การประสานสายตาและท่าทาง เป็นต้น เนื้อหาของการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และการดำเนินชีวิตประจำวันและเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุประสงค์ก็มักจะมีปัญหาการสื่อสารด้านอารมณ์ร่วมด้วยเสมอ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมายถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าที่ควรผู้ที่สื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อมจะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อกลับมาแบบเดียวกัน ในครอบครัวปกติ ความสามารถในการสื่อสารแต่ละด้านจะแตกต่างกันไป บางครอบครัวการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย แต่ก็จะเป็นอยู่ช่วงสั้นๆ และไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด

4.3.3 บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพติดต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำบทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้านเช่นเดียวกับการสื่อสาร คือ บทบาทพื้นฐานและบทบาทอื่น ๆ

4.3.3.1 บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขนั่นคือการจัดหาปัจจัยให้แก่สมาชิกการฟูมฟักเลี้ยงดูและให้การระคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิกต้องการทางเพศในระหว่างคู่สมรสการช่วยพัฒนาทักษะต่างๆให้สมาชิก

4.3.3.2 บทบาทอื่น ๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว จึงอาจเป็นได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกคนหนึ่งจะต้องสอดคล้องกับของผู้อื่นด้วยภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ก็ต่อเมื่อมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสมและมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างครบถ้วน

4.3.4 การตอบสนองต่ออารมณ์ (Affective Responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีทั้งอารมณ์ในภาวะปกติ เช่น อารมณ์รัก เป็นสุข และอารมณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น กลัว โกรธ เป็นต้น ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ เช่น แสดงออกมาน้อยเกินไป บางครอบครัวแสดงออกเฉพาะอารมณ์เชิงบวก แต่ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงลบได้ สมาชิกที่เติบโตมาในครอบครัวแบบนี้จะแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างจำกัด และมีปัญหาบุคลิกภาพ

4.3.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกันรวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกันความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ

4.3.5.1 ปราศจากความผูกพัน สมาชิกในครอบครัวการเป็นครอบครัวมีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

4.3.5.2 ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก สมาชิกมีความสนใจโดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยใจจริง

4.3.5.3 ผู้กักกันเพื่อตนเอง ความสนใจอีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพื่อตนเองเพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้ตนเองไม่ใช่ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างจริงจัง

4.3.5.4 ผู้กักกันอย่างมีความเข้าใจ ความสนใจผู้กักกันมีต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริงโดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุดเพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์อีกฝ่ายหนึ่งได้อย่างเหมาะสม

4.3.5.5 ผู้กักกันมากเกินไปความผูกพันเป็นไปอย่างป้องกันหรือนานเกินไปจนอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีความเป็นส่วนตัว

4.3.5.6 ผู้กักกันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนกระทั่งเหมือนกับทั้งคู่เป็นบุคคลเดียวกันและขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคน (Personal Boundary) นั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

4.3.6 การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสมไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

4.3.6.1 พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน นอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศและความก้าวร้าว

4.3.6.2 พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง หรือเป็นสมาชิกในชมรม เป็นต้น

4.3.6.3 พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน

4.3.6.4 การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

4.4 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว (Shared Care)

Sebern (2005) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared care) คือการที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยมีส่วนร่วมในด้านการสื่อสารข้อมูล การเจ็บป่วยการตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล

ศิริพันธุ์ สาสัจย์ (2554) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมการดูแลในครอบครัว คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยใช้ศักยภาพของครอบครัวที่มีอยู่และความสัมพันธ์อันดีของครอบครัวรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวคือการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องโดยผสมผสานการดูแลบุคคลครอบครัวและชุมชนมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพการสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองครอบครัวให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมซึ่งมีกระบวนการในการสื่อสารข้อมูลภาวะสุขภาพการตัดสินใจและการกระทำในการดูแลร่วมกับพยาบาล

แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล โดย Sebern ได้ทำการศึกษารูปแบบการตอบสนองต่อการรับรู้และการดูแล เพื่อสะท้อนถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.4.1 การสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารเกี่ยวกับอาการ ความรู้สึกของผู้ป่วย การดูแลให้คำแนะนำ และข้อมูลเพิ่มเติม รวมถึงการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และความคิดเห็น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีร่วมกันได้ โดยการสื่อสารที่เพียงพอจะนำไปสู่ความสามารถในการสร้างข้อตกลงและความเข้าใจร่วมกันซึ่งอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจเพื่อตอบสนองต่ออาการได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในวัยสูงอายุเนื่องจากพบว่า ความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับสถานการณ์ไม่ได้เกิดขึ้นเสมอไป โดยจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมักไม่บอกอาการของตนเองแก่ผู้ดูแลเนื่องจากผู้สูงอายุบางคนไม่ต้องการรบกวนผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า เมื่อมีการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ สัมพันธภาพภายในครอบครัวบกพร่อง ก็จะนำไปสู่วิธีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมกับปัญหา ดังนั้น การสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เกิดการดูแลร่วมกันจะทำให้เกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ส่งผลให้สมาชิกภายในครอบครัวสามารถพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันได้ การสื่อสารที่เพียงพอจะนำไปสู่ความเข้าใจร่วมกันซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและการกระทำในการแก้ไขสถานการณ์ร่วมกันอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า การสื่อสารที่เพิ่มขึ้น ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และนำไปสู่กระบวนการตัดสินใจและการกระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น การสื่อสารจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะพยาบาลซึ่งเป็นผู้บำบัดต้องจัดกระทำทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม โดยองค์ประกอบของการสื่อสาร ได้แก่ การสื่อสารเพื่อบอกอาการ ความรู้สึกเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ปัญหาที่พบในผู้ป่วย ครอบครัวและแนวทางการดูแลเพื่อวางแผนในการจัดการปัญหาร่วมกัน

4.4.2 การตัดสินใจ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวจะนำไปสู่การตัดสินใจ ในการสร้างอิทธิพลเหนือเหตุการณ์และเงื่อนไขในสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ซึ่งการตัดสินใจในการดูแลร่วมกันจะมีลักษณะ คือ ผู้สูงอายุจะมีความกระตือรือร้นในการประเมินสถานการณ์และอาการเจ็บป่วยของตนเอง และมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อมูลและการตัดสินใจเกี่ยวกับ

การดูแลตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพบว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการตัดสินใจในการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ การตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าร่วมกัน โดยการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการสื่อสาร และการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวร่วมกัน ซึ่งการตัดสินใจที่ดีต้องอยู่ภายใต้การรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและมากเพียงพอ จึงจะนำไปสู่การเลือกแนวทางการจัดการปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

4.4.3 การกระทำร่วมกัน หรือการแลกเปลี่ยนการดูแลซึ่งกันและกัน มีลักษณะเฉพาะของพฤติกรรม โดยประกอบไปด้วย ความเห็นอกเห็นใจ การเอาใจใส่ และการรับฟัง ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งหากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการสื่อสารความรู้สึกระหว่างกัน จะนำไปสู่การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาและนำไปสู่การกระทำร่วมกัน โดยมีความเห็นอกเห็นใจ รับฟังและเป็นหุ้นส่วนในการดูแลกัน จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ประกอบไปด้วยการแสดงความเห็นอกเห็นใจกัน การเอาใจใส่และการรับฟังซึ่งกันและกัน จะนำไปสู่ความรู้สึกเหมือนเป็นบุคคลคนเดียว และร่วมมือกันในการจัดการความเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า การได้รับฟังปัญหาซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเห็นอกเห็นใจและเกิดความรู้สึกเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวในการเผชิญปัญหาร่วมกับผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุและลดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อีกด้วย โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้สถานการณ์จำลองในการให้ผู้ป่วยและครอบครัว สาธิตวิธีการสังเกตและการจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกัน ดังนั้นการกระทำร่วมกันในการจัดการอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการตอบสนองต่อการจัดการปัญหาเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นครอบครัวเดียวกัน และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว อีกทั้งครอบครัวยังมีส่วนร่วมในการจัดการอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งจำเป็นต้องมีการสื่อสารร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการ โรคและการรักษา สามารถค้นหาสาเหตุของการเกิดอาการซึมเศร้าและนำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการอาการซึมเศร้าร่วมกัน

สรุปได้ว่า ภายหลังจากจำหน่ายผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะกลับไปอยู่ภายในชุมชนกับครอบครัวซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวันรวมถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัว การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern (2005) มาประยุกต์ใช้จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการ

สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดสัมพันธภาพและความรู้สึกเหมือนเป็นคนเดียวกันทำให้เกิดความเข้าใจและร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลและการลงมือปฏิบัติหรือการกระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องภายในชุมชน.

5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้า โดยนำแนวความคิดให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2.) การพัฒนาความรู้ (education) 3.) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) 4.) ทักษะในการเผชิญความเครียด (coping skills) และ 5.) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการนำแนวความคิดมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมครอบครัวในการดูแลอย่างลึกซึ้งและเข้มข้นมากขึ้นในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และก่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลร่วมกันมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพียงอย่างเดียว (Cohen & Will, 1985; อรพิน พรศโยภณและอโนทัย ผลิตนันทเกียรติ, 2562) โดยดำเนินในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน สรุปได้ดัง ตารางที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้า

รายละเอียด ดังนี้

แนวคิดของ Anderson et al. (1980)	แนวความคิดมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern(2005)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
1) การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว (joining) คือการที่ผู้บำบัดพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ	1) การสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารเกี่ยวกับอาการความรู้สึกของผู้ป่วย การดูแลให้คำแนะนำ และข้อมูลเพิ่มเติม รวมถึงการแลกเปลี่ยน	กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ทักทายทำความรู้จัก แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้บำบัด เริ่มต้น

แนวคิดของ Anderson et al. (1980)	แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern(2005)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
<p>ครอบครัวทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัวแสดงความห่วงใยเอาใจใส่เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้บำบัดรวมทั้งการสร้าง ความหวังให้กับครอบครัว เพื่ออนาคตที่ดีกว่า</p>	<p>ความคิด ความรู้สึก และความคิดเห็น ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ส่งผลให้สมาชิกภายในครอบครัวสามารถพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันได้ การสื่อสารที่เพียงพอนำไปสู่ความเข้าใจร่วมกันซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจและการกระทำในการแก้ไขสถานการณ์ร่วมกันอย่างเหมาะสม ซึ่งหากมีการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ จะนำไปสู่การกระทำที่ไม่ถูกต้องและ</p>	<p>ด้วยกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว เพื่อฝึกพัฒนาความคิดด้านบวกและเสริมสร้างความรู้สึที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการมีสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทบทวนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีในการมองโลกในแง่ดีมีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อความมั่นใจในการเผชิญปัญหา พร้อมแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นเชิงบวกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลและความคาดหวังในการดูแลซึ่งจะทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้ประเมินทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างการทำกิจกรรมจะทำให้เกิดสัมพันธภาพเชิงบวก มีความพร้อมในการเผชิญปัญหา และมีส่วนร่วมในการดูแล</p>
<p>2) การให้ความรู้ครอบครัว (family education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตช่วยให้ครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย</p>	<p>เหมาะสมกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น การสื่อสารจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะนำไปสู่กระบวนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>2) การตัดสินใจ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวจะนำไปสู่การตัดสินใจ ในการสร้างอิทธิพลเหนือเหตุการณ์และเงื่อนไขในสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ซึ่งการตัดสินใจในการดูแลร่วมกัน</p>	<p>กิจกรรมที่ 2) รอบรู้ ดูแลกัน: การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า (family education) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล โดยจัดเป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยกิจกรรมเกมส์บัตรคำนำความรู้ซึ่งจะประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยภายหลังการให้ความรู้จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อสารร่วมกันเกี่ยวกับลักษณะอาการ การดำเนินของโรค การรักษา การพยาบาล และแลกเปลี่ยนความต้องการในการดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย</p>
<p>3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือการที่ผู้บำบัดทำงานร่วมกับ</p>	<p>ตัดสินใจ ในการสร้างอิทธิพลเหนือเหตุการณ์และเงื่อนไขในสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ซึ่งการตัดสินใจในการดูแลร่วมกัน</p>	<p>กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ : การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหาร่วมกันในการดูแลผ่านการฝึกฝนสถานการณ์จำลองปัญหาในชีวิตประจำวันโดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟัง</p>

แนวคิดของ Anderson et al. (1980)	แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern(2005)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
ผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ผลของพฤติกรรมความคิดและเทคนิคการติดต่อสื่อสาร	จะมีลักษณะ คือ ผู้สูงอายุจะมีความกระตือรือร้นในการค้นหาข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การประเมินสถานการณ์ของผู้สูงอายุเป็นพื้นฐานของการกระทำ และความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาซึ่งมีความสำคัญมากกว่าการตัดสินใจในการรักษา	ที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) โดยมีเป้าหมายในการดูแลและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันเนื่องจากการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการมองถึงอนาคตจะช่วยให้เกิดความหวังและเข้าใจการดำเนินชีวิตที่จะเกิดขึ้น (อภิชัย มงคลและคณะ, 2550) ร่วมกับการเสริมสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตผ่านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ลดอาการซึมเศร้า (Richardson, 2012) และปัญหาปฏิสัมพันธ์และช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) คือการที่ผู้บำบัดชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น	3) การกระทำร่วมกัน หรือการแลกเปลี่ยนการดูแลซึ่งกันและกัน มีลักษณะเฉพาะของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น ความเห็นอกเห็นใจ การเอาใจใส่ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนในการจัดการความเจ็บป่วย	
5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้	ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว การมีความรู้สึกเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกัน มีความรัก ความเอื้ออาทร พร้อมทั้งจะรับฟังอีกฝ่าย เข้าใจในสถานะของปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และครอบครัวมีการตอบสนองต่อการกระทำร่วมกันในการจัดการปัญหา โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าใน	กิจกรรมที่ 4) จิตสดใสใจเป็นสุข : การเผชิญความเครียด (coping skills) การที่ผู้บำบัดพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ร่วมกับการเสริมสร้างทักษะในการเผชิญความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ เป็นต้น ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียดเพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง (Lazarus & Folkman, 1984) รวมทั้งสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในการเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญ

แนวคิดของ Anderson et al. (1980)	แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern(2005)	การประยุกต์ใช้ในโปรแกรม
	ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ถูกต้องอธิบายแนวทางการดูแลอย่างเหมาะสม	<p>ปัญหาส่งผลให้ผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งสามารถลดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระและช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ : การสนับสนุนทางสังคม (social support) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนร่วมกันได้อย่างเหมาะสม โดยให้ใบงานกับผู้ป่วยเป็นตารางบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและเรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก่อนสิ้นสุดกิจกรรมจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้นเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า</p>

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

มูจรินทร์ พุทเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง พบว่า ความสามารถในการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ($r=-.181, p<.05, r=-.318, p<.01, r=-.320, p<.01, r=-.331, p<.01, r=-.362, p<.01$ และ $r=-.179, p<.05$ ตามลำดับ)

ปวีณา นพโสตรและรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม

ผล 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมตามโปรแกรม เสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังได้ โดยมีความคิดเกี่ยวกับ ความหวังที่เพิ่มขึ้น การให้ความหมายในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้มีคะแนนเฉลี่ย อาการซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

อรพิน พรศโยภณ และอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ. (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมพบว่าอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาการซึมเศร้าหลังจากการทดลองต่ำกว่าก่อนการ ทดลองเนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในกลุ่มทดลอง ได้มีการส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัวตรงการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านอารมณ์นี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความเอาใจใส่ของครอบครัว ส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและ ความหมาย (ยุวดี แตรประสิทธิ์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา., 2556) และการเกิดอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกว่า ชีวิตยังมีค่าจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย (นภา จิรัฐจินตนา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) จึงช่วยลดภาวะซึมในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยสูงอายุ

6.2.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษา

ปรียารัตน์ แคมดำและคณะ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้ สูงวัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ($M = 6.21, SD = 3.91$) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้สูงวัยก่อนทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 9.22$) และ2) ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าก่อน และหลัง การทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ($= 12.79$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล ตามปกติ ($= 0.67$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t=11.77$)

นิตยา จรัสแสงและคณะ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือใน การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันและความ

ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปรกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช พบว่า กลุ่มผู้ป่วยปี 2564 มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง (Mean 6.57) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อัตราการ Loss F/U เท่ากับ 9% เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ Loss F/U กับกลุ่มผู้ป่วยปี 2562 พบว่า อัตราการ Loss F/U ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นและสามารถลดอัตราการ loss F/U ลงได้

Katsuki et al. (2022) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณผลศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมทั้ง 5 เรื่องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว 301 คน ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care)

Sebern (2005) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทักษะการดูแลร่วมกันของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ใช้ในการจัดการภาวะการดูแล พบว่า ผลลัพธ์เชิงลบต่อผู้ดูแลในครอบครัวเกิดจากการให้การดูแล และมีการรับรู้ทางบวกต่อการดูแลภายในครอบครัวที่น้อย ดังนั้น การทำความเข้าใจความสัมพันธ์การดูแลครอบครัว ถือว่ามีความสำคัญต่อพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นและให้ผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีที่สุด.

จงจิต บุญอินทร์ (2552) ได้ทำการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยอาศัยการให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลสุขภาพเท้าให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานและครอบครัว พร้อมการเยี่ยมบ้าน พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้สุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิจตระกูล (2556) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้ที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลร่วมกัน (shared care) พบว่า ด้านการสื่อสารการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน มีผลต่อพฤติกรรมดูแล

ตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจที่ตรงกัน มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ซาทุทธ์ วรวิชญพงศ์และจิราพร เกศพิชญวัฒนา(2557) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) พบว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ที่เน้นให้ครอบครัวสื่อสารกันในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุรวมถึงการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ มีความสำคัญและจำเป็นต่อผลสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น ครอบครัว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากครอบครัว จะทำให้เกิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อันจะส่งผลช่วยลดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยะดา ยู่ฉิม (2561) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยใช้แนวคิดการดูแลร่วมกัน (shared care) โดยใช้โปรแกรมวิธีการใช้ยา และปฏิทิน “อย่าลืมฉัน” สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้ยา พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อุษณีย์ บุญบรรจบ (2561) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของ Grothberg และแนวคิดการดูแลร่วมกัน (shared care) ของ Sebern มาประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.73$)

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al (1980) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ดำเนินในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) การค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัวและแลกเปลี่ยนความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความคาดหวังเชิงบวกในการดูแล

กิจกรรมที่ 2) ครอบรู้ ดูแลกัน: การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (family education) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การรักษาและการพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษา

กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ : การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหาพร้อมกันในการดูแลผ่านสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวันโดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนมุมมอง ความรู้สึกและความคิดเห็นเพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา

กิจกรรมที่ 4) จิตสดใส ใจเป็นสุข : การเผชิญความเครียด (coping skills) พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ร่วมกับการเสริมสร้างทักษะในการเผชิญความเครียด

กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ : การสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนร่วมกันได้อย่างเหมาะสม

อาการ
ซึมเศร้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (รัตนศิริ ทาโต, 2564) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล และเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

O₂ หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

X หมายถึง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

O₃ หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 2. ครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกยาเสพติดและจิตเวชของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1.ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ที่มารับบริการในแผนกยาเสพติดและจิตเวชของโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.1. มีอาการซึมเศร้ารระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 14-28 คะแนน
- 1.2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE ต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป
- 1.3. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 1.4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.ครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีคุณสมบัติเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- 2.1. ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เป็นต้น
- 2.2. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2.3. ไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีอาการทางจิตและ/หรืออาการทางกายกำเริบที่รุนแรง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (effect size) ที่ระดับ 0.97 โดยพิจารณาเทียบเคียงกับผลการศึกษากันต์ฤทัย ปานทองและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์.(2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน นอกจากนี้ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ กลุ่มละไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติมีผลให้อำนาจทดสอบเพิ่มมากขึ้น และค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Polit & Beck, 2014) เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 40 จึงได้ขนาดกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน (Grove, Burns, & Gray, 2013)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลแผนกยาเสพติดและจิตเวชของโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เมื่อได้รายชื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามาแล้ว จึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 14-28 คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE ต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3. ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ โดยคัดเลือกตามเกณฑ์จากทะเบียนประวัติเกี่ยวกับอายุและประเมินอาการซึมเศร้าเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกยาเสพติดและจิตเวช โดยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่องานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ อายุ (พรพรรณ ศรีโสภา, 2553) และคะแนนอาการซึมเศร้า (ธัญชนก พรหมภักดีและพิเชษฐ์ อดมรัตน์, 2553) เพื่อควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแล้ว จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่ได้คัดเลือกไว้ จำนวน 20 คู่ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีช่วงห่างระหว่างอายุใกล้เคียงกัน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปีและกลุ่มอายุ 80-89 ปี และควบคุมกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการจับคู่ช่วงห่างระหว่างอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่อยู่ที่ 0-5 ปีและช่วงห่างระหว่างระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่อยู่ที่ 0-3 คะแนน ผู้วิจัยจึงสามารถยอมรับได้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปวีณา นพโสธรและรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) ได้ใช้กับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยแต่ละคู่มีช่วงห่างระหว่างอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่อยู่ที่ 0-5 ปีและช่วงห่างระหว่างระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่อยู่ที่ 0-3 คะแนน ดังเอกสารภาคผนวก ฉ

4. ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและกระบวนการเข้าร่วมในการทำวิจัยซึ่งจะให้การพยาบาลปกติตามระบบ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นให้เซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินอาการซึมเศร้า

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2023-011 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 -17 พฤษภาคม 2567 จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ศึกษา ตลอดจนแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและหากต้องการออกจากการศึกษา ก่อนที่จะดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น สามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับโดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้วิจัยสังเกตเห็นความผิดปกติหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจากสาเหตุใด จะดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือในทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น และแบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II) พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาโดยสมบุญรณ์ อินทร์ขาว (2557) ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภริมย์และคณะ (2565) และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ดัดแปลงมาจากชโลม วิเศษโกสิน (2552) รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย (2553) และภรภัทร อิมโธฐ (2550) โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Friedman (1986) และ Morrow and Wilson (1961) โดยผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษาวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยนำแนวความคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2.) การพัฒนาความรู้ (education) 3.) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) 4.) ทักษะในการเผชิญความเครียด (coping skills) และ 5.) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการนำแนวความคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม (Sebern, 2005; Unalan et al., 2015) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อกลับไปอยู่ภายในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกันภายในครอบครัว มีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) และแนวความคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ในการบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. สร้างโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับปัญหาในการดูแล และการจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยทุกขั้นตอนของการศึกษาผู้วิจัยได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. เพิ่มพูนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเข้าร่วมประชุมวิชาการออนไลน์ ในหัวข้อเรื่อง การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในบริบทผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและออกแบบกิจกรรมได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังภาคผนวก ณ

4. จัดทำคู่มือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว

5. ดำเนินวิธีการวิจัยตามแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ดังภาคผนวก ด โดยผู้วิจัยใช้สื่อการสอนโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย คู่มือสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสำหรับผู้วิจัย ใบบางกิจกรรม คู่มือสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว และอุปกรณ์การจัดกิจกรรมกลุ่ม

6. สร้างโปรแกรมจากแนวความคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2.) การพัฒนาความรู้

(education) 3.) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) 4.) ทักษะในการเผชิญความเครียด (coping skills) และ 5.) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน จึงนำมาผสมผสานเป็นกิจกรรมกลุ่ม มาจัดกระทำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) ทักทายทำความรู้จัก แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยและเริ่มต้นด้วยกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัวและแลกเปลี่ยนความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความคาดหวังเชิงบวกในการดูแลและร่วมกัน **และกิจกรรมที่ 2) รอบรู้ ดูแลกัน:** การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (family education) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล โดยจัดเป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าด้วยกิจกรรมเกมส์บัตรคำนำความรู้ และแลกเปลี่ยนความต้องการในการดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ : การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหา ร่วมกันในการดูแลผ่านการฝึกฝนสถานการณ์จำลองปัญหาในชีวิตประจำวันโดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนมุมมองความรู้สึกและความคิดเห็นเพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4) จิตสดใส ใจเป็นสุข : การเผชิญความเครียด (coping skills) การที่ผู้บำบัดพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ร่วมกับการเสริมสร้างทักษะในการเผชิญความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ เป็นต้น

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5) แห่ล้อมพลังใจ : การสนับสนุนทางสังคม (social support) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนร่วมกันได้อย่างเหมาะสม โดยให้ใบงานกับผู้ป่วยเป็นตารางบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและ

ชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและเรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชนเพิ่มมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบหาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ (APN) 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนครอบคลุม รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นตรงกัน 4 คนจากทั้งหมด 5 คน (Polit & Beck, 2004) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ในด้านความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความถูกต้องเหมาะสมครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรมอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับภาษาที่ใช้ในการวิจัย ให้เกิดความถูกต้องเหมาะสม ตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: ปรับชื่อกิจกรรมให้เหมาะสมกับรายละเอียดกิจกรรมและบริบทผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว เป็นกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน ใส่รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นตอนแทนคำอธิบายเพื่อความชัดเจน และปรับระยะเวลาการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องในแต่ละสัปดาห์ โดยระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละสัปดาห์อย่างชัดเจน ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน (ใช้เวลา 45 นาที) และกิจกรรมที่ 2 อบอุ่นใจ (ใช้เวลา 45 นาที) รวมใช้เวลาทั้งหมด 90 นาที และเพิ่มกิจกรรมที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของครอบครัว ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งเน้นบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล (ครอบครัว) ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัด การค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง และเสริมสร้างความรู้สึกดีให้แก่ตนเองและครอบครัว การแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นเชิงบวกที่เกิดขึ้น

ระหว่างการดูแลและความคาดหวังในการดูแลทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบวกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) เกิดกระบวนการเรียนรู้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล

กิจกรรมที่ 2) รอบรู้ ดูแลกัน: ปรับสื่อการสอนจากรูปแบบ powerpoint เป็นคู่มือผู้สูงอายุ และครอบครัว และเพิ่มกิจกรรมบัตรคำนำความรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุจะเป็นผู้จับบัตรคำนำความรู้และอ่านให้สมาชิกในกลุ่มฟัง และปรับภาษาที่ใช้ในการให้ความรู้เป็นภาษาไทยทั้งหมด ปรับลดเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว และปรับรูปแบบการทำกิจกรรมโดยใช้สื่อการทำกิจกรรมร่วมกันด้วยกระดาษ Flip Chart เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว โดยภายหลังการให้ความรู้จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อสารร่วมกันเกี่ยวกับลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล และแลกเปลี่ยนความต้องการในการดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ : ปรับลดเนื้อหาที่มีความเป็นรูปธรรมสูง ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจจะทำความเข้าใจได้ยาก เช่น การอธิบายกระบวนการแก้ปัญหาเป็นรูปภาพที่เข้าใจง่าย และฝึกทักษะการเผชิญปัญหาผ่านสถานการณ์จำลองร่วมกันและปรับมุมมองเชิงบวกต่อสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยใช้ทักษะการสื่อสารเชิงบวก (I-message) และสิ่งที่ได้รับจากการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เพื่อนำไปสู่การสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในการเผชิญปัญหาและการวางแผนการดูแล โดยปรับการยกตัวอย่างสถานการณ์ให้สอดคล้องกับบริบทผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เช่น “ทำไมเธอถึงมาสาย” “ทำไมเธอไม่รู้จกออกกำลังกายบ้าง” อาจไม่ได้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจริง โดยปรับแก้ไขสอดคล้องกับบริบทผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็น “ทำไมไม่กินยา” “ทำไมไม่ไปหาหมอ” และปรับเพิ่มทักษะการสื่อสารเชิงบวก (I-Message) การพูดกับตนเองในทางบวก เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการสื่อสารเชิงบวก และมีทักษะการพัฒนาความคิดด้านบวกและการตั้งเป้าหมายในเชิงบวก หลักการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เพื่อทำให้ผู้ดูแล (ครอบครัว) เกิดความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยลดปัญหาการสื่อสารและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังช่วยลดความรู้สึกลดเดี่ยวและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและความรู้สึกลดเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลและช่วยเพิ่มความรู้สึกลดมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4) จิตสดใส ใจเป็นสุข : ปรับลดกิจกรรมใบงานที่เป็นการเขียนลง และใช้สื่ออื่นๆ แทน เช่น ภาพอารมณ์ความเครียด การสาธิตวิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมเพื่อความเข้าใจง่ายและสะดวกต่อการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน โดยปรับเนื้อหาให้เป็นรูปธรรมให้มากที่สุด มี

ความสั้น กระชับ เข้าใจง่าย ลดเนื้อหาที่เป็นทางการ เช่น การประเมินความเครียด ซึ่งจะไม่เหมาะกับการนำไปอธิบายกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ: ปรับเพิ่มกิจกรรมจากการค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนเป็นการค้นหาแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน และบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนลงในตาราง ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ/สนใจ/เคยทำและประสบความสำเร็จในอดีต เป็นต้น โดยทำร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนอย่างน้อย 2 ครั้ง / สัปดาห์ เช่น การพูดคุยกันตอนเย็นภายในครอบครัว หรือการให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ การได้ทำสิ่งที่ผู้สูงอายุชอบทำร่วมกัน หรือการพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกประสบความสำเร็จร่วมกัน เนื่องจากการได้พูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัวเป็นประจำจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกมั่นใจ ตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเองและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางให้ผู้ดูแล (ครอบครัว) มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังเป็นแนวทางสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวในการค้นหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบและการได้พาผู้สูงอายุออกไปทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนและเรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชนเพิ่มมากขึ้น

หลังการปรับปรุงกิจกรรมให้มีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 5 ครอบครัวโดยทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล จนครบทั้ง 5 กิจกรรมเพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษากิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ อันจะเกิดขึ้นได้หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี รูปแบบกิจกรรม จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมและเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง เป็นแบบเลือกคำตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ พบว่า แบบสอบถามได้ปรับแก้ไขจากระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นระยะเวลาของการเจ็บป่วย และตัดข้อความที่ไม่ได้นำมาใช้ในการวิจัยออกไป

2.2.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง เป็นแบบเลือกคำตอบและเติมคำตอบได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ พบว่าแบบสอบถามได้ปรับแก้ไขโดยอาชีพได้ปรับแก้ไขแยกเป็น 2 ตัวเลือกหลัก คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพ แล้วจึงระบุตัวเลือกย่อย ดังนี้ บริษัทเอกชน รับราชการ รับจ้าง ค้าขายเกษตรกรรม ปรับข้อความรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นรายได้เพียงพอต่อความต้องการและไม่เพียงพอต่อความต้องการ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยสามี/ภรรยา บุตร/หลาน พี่/น้อง และอื่นๆ

2.3.แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าพัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561) มีคำถาม 21 ข้อ แบ่งเป็น คำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 โดยแบ่งระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้า เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับคะแนน 0-13 คะแนน มีอาการซึมเศร่าระดับน้อยที่สุด (minimal depression)

ระดับคะแนน 14-19 คะแนน มีอาการซึมเศร่าระดับน้อย (mild depression)

ระดับคะแนน 20-28 คะแนน มีอาการซึมเศร่าระดับปานกลาง (moderate depression)

ระดับคะแนน 29-63 คะแนน มีอาการซึมเศร่าระดับรุนแรง (severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II) พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561)

1.การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานได้รับการพัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561) ทั้งนี้ แบบประเมินอาการซึมเศร้าได้รับการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นฉบับภาษาไทย โดยวิธีการแปลแบบแปลไปข้างหน้าโดยผู้เชี่ยวชาญในการแปล จำนวน 2 คน และนำมาแปลย้อนกลับโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญในการแปล 2 คน โดยผู้แปลกลับทั้ง 2 คน ต้องไม่เคยเห็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคฉบับภาษาอังกฤษมาก่อนเพื่อลดอคติด้านข้อมูล และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คนตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง 4 ด้าน โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .81 และนำไปทดลองกับกลุ่มอาสาสมัครวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งหมด 30 คน พบว่า ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าทั้งฉบับเท่ากับ .86

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561) ที่ปรับปรุงการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 ดังแสดงในภาคผนวก ก

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาโดยสมบุญ อินทร์ขาว (2557) ปรับปรุงโดย วราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ดัดแปลงมาจากชโลม วิเศษโกสิน (2552) รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย (2553) และภรภัทร อิมโอรุ (2550) โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Friedman (1986) และ Morrow and Wilson (1961) โดยผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษาวิจัย ดังนี้

3.1. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาโดยสมบุญ อินทร์ขาว (2557) ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) เพื่อวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ มีทั้งหมด 16 ข้อ มีข้อคำตอบถูกว่า “ใช่” จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1,2,4,6,8,9,10,11,13,14,15,16 และมีข้อคำตอบถูกว่า “ไม่ใช่” จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 5,7 และข้อ 12 มีค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน ใช้ประเมินผลก่อนและหลังให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา

3.2. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ได้ดัดแปลงมาจากชโลม วิเศษโกสิน (2552) รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย (2553) และภรภัทร อิมโอรุ (2550) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Friedman (1986) และ Morrow and Wilson (1961) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริง

แบบประเมินนี้แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,13,14,15,16

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน เห็นด้วยให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน และข้อความเชิงลบ 2 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 9 และข้อ 12 การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 3 คะแนน เห็นด้วยให้ 2 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 16-64 คะแนน ดังนี้

38-64 คะแนน	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี
27-37 คะแนน	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
16-26 คะแนน	หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า กับผู้ป่วยและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวกับครอบครัวทันที หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียุติกรรม ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าภายหลังการทำกิจกรรมต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ผู้วิจัย จะซักถามข้อสงสัยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ และหากครอบครัวมีระดับ สัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการทำกิจกรรม ผู้วิจัยจะซักถามปัญหาให้ทำกิจกรรมที่ 3 เพิ่มเติม เป็นรายครอบครัวจนกว่าจะมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวสูงขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565)

1.1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) ไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ (APN) 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี 2 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ คำถาม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นที่ตรงกันและสอดคล้องกัน โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน โดยดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ดีควรมีค่ามากกว่า .80 (Polit & Beck, 2005) ได้ค่า CVI = 1

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{16}{16} = 1$$

16

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะโดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่านและนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง และได้ปรับปรุงข้อคำถามแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อที่ 1 ปรับข้อความจาก “สาเหตุของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการประสบเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต เช่น ผิดหวังจากคนรัก สูญเสียพ่อ-แม่” เป็น “สาเหตุของโรคซึมเศร้า อาจเกิดจากการประสบเหตุการณ์สูญเสียอย่างกระทันหัน หรือผิดหวังจากสิ่งต่างๆรอบตัว เช่น จากคนใกล้ชิด ลูกหลาน” เนื่องจากการประสบเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตอาจคิดเป็นทางบวกได้

ข้อที่ 2 ปรับข้อความจาก “โรคซึมเศร้า หมายถึงโรคที่มีอาการ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม บางครั้งมีความคิดอยากตาย” เป็น “โรคซึมเศร้า หมายถึงโรคที่มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร บางครั้งมีความคิดอยากตายโดยมีอาการอยู่นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป” โดยมีการระบุระยะเวลาที่มีอาการตามทฤษฎีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย

ข้อที่ 3 ปรับข้อความจาก “หากพ่อแม่ หรือญาติ พี่น้อง ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บุตรหลานมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าด้วย” เป็น “กรรมพันธุ์จากรุ่นพ่อแม่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า”

ข้อที่ 5 ปรับข้อความจาก “ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องรักษา เมื่อทำใจได้ก็หายป่วยเอง” เป็น “โรคซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องรักษา เมื่อทำใจได้ก็หายป่วยเอง”

ข้อที่ 6 ปรับข้อความจาก “ผู้ที่กินยารักษาโรคซึมเศร้า ทำให้ไม่สุขสบายได้ เช่น คลื่นไส้ ท้องผูก เบื่ออาหาร” เป็น “การรับประทานยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายได้ เช่น คลื่นไส้ ท้องผูก เบื่ออาหาร”

ข้อที่ 9 ปรับข้อความจาก “ผู้การคิดบวกจะช่วยลดความตึงเครียดได้” เป็น “การคิดบวกช่วยลดความตึงเครียดซึ่งส่งผลต่อโรคซึมเศร้าได้”

ข้อที่ 10 ปรับข้อความจาก “ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ และไหล่เป็นลักษณะอาการหนึ่งของความเครียด” เป็น “อาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ และไหล่เป็นลักษณะอาการหนึ่งของความเครียดซึ่งทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้”

ข้อที่ 11 ปรับข้อความจาก “การที่เรามองปัญหาใดปัญหาหนึ่งในทางที่ดี คิดในมุมบวก จะทำให้เห็นทางออกหรือแนวทางแก้ไขปัญหานั้นได้” เป็น “การเผชิญปัญหาโดยการคิดในมุมบวก จะทำให้เห็นทางออกหรือแนวทางแก้ไขปัญหานั้น”

และย้ายข้อความข้อที่ 12 หากเราสามารถจัดการความเครียดอย่างถูกวิธีจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้เป็นข้อความข้อที่ 8 เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่าควรเป็นข้อความข้อแรกที่จะพูดถึงเรื่องความเครียด เพื่อลดความสับสนของผู้ร่วมวิจัยเนื่องจากแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าแต่มีการพูดถึงความเครียดด้วย

1.2.การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ดีควรมีค่ามากกว่า .80 (Polit & Beck, 2005) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 ดังแสดงในภาคผนวก ก

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555)

2.1.การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ (APN) 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมากกว่า 10 ปี 2 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ก เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน โดยเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นที่ตรงกันและสอดคล้องกัน โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน โดยดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ดีควรมีค่ามากกว่า .80 (Polit & Beck, 2005) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{16}{16} = 1$$

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะโดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่านและนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง และได้ปรับปรุงข้อความแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อที่ 5 ปรับข้อความจาก “ท่านและครอบครัวมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก” เป็น “ท่านและครอบครัวมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกร่วมกัน”

ข้อที่ 6 ปรับข้อความจาก “ท่านและครอบครัวของท่านให้ความสำคัญต่อกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี จัดบ้าน” เป็น “ท่านและครอบครัวมักทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความผ่อนคลายร่วมกันเป็นประจำ เช่น ดูทีวี เป็นต้น”

ข้อที่ 7 ปรับข้อความจาก “เมื่อมีเวลาว่างท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยหยอกล้อกันเสมอ” เป็น “เมื่อมีเวลาว่างท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยและมีกิจกรรมร่วมกันเสมอ”

ข้อที่ 13 ปรับข้อความจาก “การทำกิจกรรมใด ๆ ของครอบครัวมีการวางแผนร่วมกัน” เป็น “ท่านและครอบครัวมีการวางแผนทำกิจกรรมร่วมกันเสมอ”

ข้อที่ 14 ปรับข้อความจาก “เมื่อท่านและครอบครัวเกิดเรื่องโต้เถียงกันเป็นเรื่องยากที่จะระงับข้อขัดแย้งระหว่างท่านกับครอบครัวโดยไม่ให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อผู้ใดผู้หนึ่ง” เป็น “ท่านและครอบครัวรู้ว่าเมื่อมีเรื่องโต้เถียงกันจะเกิดข้อขัดแย้งและมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวเสมอ”

ข้อที่ 15 ปรับข้อความจาก “ท่านและครอบครัวมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน” เป็น “ท่านและครอบครัวมีความร่วมแรงร่วมใจกันในการทำสิ่งต่างๆอยู่เสมอ”

2.2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ดีควรมีค่ามากกว่า .80 (Polit & Beck, 2005) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 ดังแสดงในภาคผนวก ก

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) ได้รับการแปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) เป็นแบบวัดความสามารถทางสมองระดับความบกพร่องในการรู้คิด (Cognitive impairment) การแปลผลขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา โดยคะแนน ≤ 21 คะแนน บ่งบอกว่ามีการสูญเสียการทำหน้าที่เกี่ยวกับปัญญาโดยมีค่าความเที่ยง

(Reliability) .98 ใช้ได้กับประชากรที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้เกี่ยวกับวันเวลา (Orientation for time) 2) การรับรู้สถานที่ (Orientation for place) 3) การบันทึกความจำ (Regidtration) 4) การมีสมาธิ (Attention Calculation) 5) ความจำระยะสั้น (Recall) 6) การบอกชื่อ (Naming) 7) การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (Repetition) 8) การเข้าใจความหมายและทำตามสั่ง (Verbal command) 9) การอ่าน การเข้าใจและทำตามสั่ง (Written command) 10) การเขียนอย่างมีความหมาย (Writing) 11) ความสัมพันธ์การทำงานระหว่างมือกับตา (Visueconstruction) ควรใช้แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 เพื่อประเมินอาการตั้งแต่เริ่มแรกที่วินิจฉัยโรคซึมเศร้าและติดตามคะแนนไปเป็นระยะจนกว่าจะหายจากอาการซึมเศร้าซึ่งหากคะแนนรวมยังต่ำอยู่อาจมีความหมายว่าผู้ป่วยมีทั้งภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า การแปลค่าคะแนนมี 2 ระดับ คือ ระดับการรู้คิดต่ำและปกติ โดยเป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนนซึ่งมีจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่เรียนหนังสือ จุดตัดคะแนนที่ ≤ 14 คะแนน (ตัดข้อ 4, 9 และ 10)

ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาจุดตัดคะแนนที่ ≤ 17 คะแนน

ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาจุดตัดคะแนนที่ ≤ 22 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำอีกเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานที่มีผู้วิจัยได้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย ข้อคำถามและเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวได้รับการแปลเป็นไทยและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) และวัชรแสงสาย (2556) แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงเท่ากับ .93

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย ระยะประเมินผลการวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1.ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองให้มีสมรรถนะความรู้ โดยทบทวนตำราเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางโดยเข้าร่วมประชุมวิชาการการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดังภาคผนวก ฎ

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิและดำเนินการขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 โดยอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในจังหวัดนครนายก

1.4 ภายหลังจากการได้รับการอนุญาตและเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิและประสานงานกับหัวหน้าแผนกยาเสพติดและจิตเวชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้วิจัยและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากโรงพยาบาลองค์กรอย่างน้อย 4 ปี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการประเมินกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัยต่างๆจน ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัยในการบันทึกกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทำกิจกรรมด้วยตนเอง

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแผนกยาเสพติดและจิตเวชโรงพยาบาลองค์กรจากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ที่กำหนดและจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ (พรพรรณ ศรีโสภา, 2553) และระดับคะแนนอาการซึมเศร้า (ธัญชนก พรหมภักดีและพิเชษฐ์ อดมรัตน์, 2553) เมื่อทำการจับคู่ครบ 20 คู่แล้ว จะได้กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

1.7 ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้างวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ประเมินอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (BDI-II) ก่อนการทดลอง (Pre test) และให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการดำเนินการวิจัยทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว (10 คน) เพื่อให้เหมาะสมในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (Yalom, 1995) ดังนี้

ตารางที่ 2 ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน – 27 กรกฎาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 1-4)				
	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	กิจกรรมที่ 4	ประเมินผล หลังทดลอง (2 สัปดาห์)
กลุ่มทดลอง (20คน)	ประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561) ก่อนการทดลอง (Pre-test) ครั้งที่ 1				
ครอบครัวที่ 1-5	22 มิถุนายน 66 (เช้า) เวลา 08.00- 10.00 น.	29 มิถุนายน 66 (เช้า) เวลา 08.00- 10.00 น.	6 กรกฎาคม 66 (เช้า) เวลา 08.00- 10.00 น.	13 กรกฎาคม 66 (เช้า) เวลา 08.00- 10.00 น.	27 กรกฎาคม 66 (เช้า) เวลา 08.00- 10.00 น.
ครอบครัวที่ 6-10	22 มิถุนายน 66 (เช้า) เวลา 10.00- 12.00 น.	29 มิถุนายน 66 (เช้า) เวลา 10.00- 12.00 น.	6 กรกฎาคม 66 (เช้า) เวลา 10.00- 12.00 น.	13 กรกฎาคม 66 (เช้า) เวลา 10.00- 12.00 น.	27 กรกฎาคม 66 (เช้า) เวลา 10.00- 12.00 น.
ครอบครัวที่ 11-15	22 มิถุนายน 66 (บ่าย) เวลา 13.00- 15.00 น.	29 มิถุนายน 66 (บ่าย) เวลา 13.00- 15.00 น.	6 กรกฎาคม 66 (บ่าย) เวลา 13.00- 15.00 น.	13 กรกฎาคม 66 (บ่าย) เวลา 13.00- 15.00 น.	27 กรกฎาคม 66 (บ่าย) เวลา 13.00- 15.00 น.
ครอบครัวที่ 16-20	22 มิถุนายน 66 (บ่าย) เวลา 15.00- 17.00 น.	29 มิถุนายน 66 (บ่าย) เวลา 15.00- 17.00 น.	6 กรกฎาคม 66 (บ่าย) เวลา 15.00- 17.00 น.	13 กรกฎาคม 66 (บ่าย) เวลา 15.00- 17.00 น.	27 กรกฎาคม 66 (บ่าย) เวลา 15.00- 17.00 น.

2.ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้
กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1.ผู้วิจัยเริ่มทำแบบทดสอบก่อนดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง โดยดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ นานครั้งละ 60-90 นาที โดยประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (รวม 90 นาที) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ดังนี้
กิจกรรมที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว (joining)

ระยะเวลาทั้งหมด 45 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว)

สถานที่สอน แผนกยาเสพติดและจิตเวชโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับของกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว)
2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) และผู้วิจัย
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว)
4. เพื่อเสริมสร้างทักษะการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความคาดหวังเชิงบวกในการดูแลร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว)

สาระสำคัญ

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวก เนื่องจากส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดของผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม โดยสร้างความรู้สึกให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจและยอมรับในตัวสมาชิกและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง กระตุ้นให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำกิจกรรมร่วมกัน

2. การค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว ซึ่งการฝึกพัฒนาความคิดด้านบวกโดยสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทบทวนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง และเสริมสร้างความรู้สึกดีให้แก่ตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีผลต่อทัศนคติที่ดีในการมองโลกในแง่ดี ความมั่นใจในการเผชิญปัญหาาร่วมกันอีกด้วย

3. การแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นเชิงบวกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลและความคาดหวังในการดูแลจะทำให้สมาชิกเกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพในเชิงบวกและมีส่วนร่วมในการดูแล และจัดการปัญหาร่วมกัน เกิดความยอมรับซึ่งกันและกัน ยอมรับนับถือความเป็นบุคคล การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) เกิดกระบวนการเรียนรู้ว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลซึ่งกันและกัน

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- คู่มือผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)
- กระดาษ Flip Chart และกระดาษ A3 ขนาด 60*84 cm. ปากกาสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพโดยการจัดเตรียมสถานที่ทำกลุ่มให้มีบรรยากาศเหมาะสม เอื้ออำนวยต่อการสนทนาของสมาชิกและผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) ให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน

2. ผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกด้วยท่าที่เป็นมิตรแสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคนและให้สมาชิกทำกิจกรรมที่หนึ่ง คือ กิจกรรมไฟฟ้ากระแสตรง/สลับ โดยให้ทุกคนยืนขึ้นจับมือกันเป็นวงกลมหากผู้วิจัยพูดว่าไฟฟ้ากระแสตรงสมาชิกทุกคนจะต้องยกมือขึ้นหรือลงทั้ง 2 ข้างเหมือนกัน แต่หากพูดว่าไฟฟ้ากระแสสลับจะต้องยกมือขึ้น 1 ข้างและนำมือลงอีก 1 ข้าง และกิจกรรมที่สอง คือ กิจกรรมรักนะ/จะดีหรือ โดยให้ทุกคนนั่งลงและต้องจำไว้ว่าถ้าหันซ้ายต้องพูดว่า “รักนะ” หากหันขวาต้องพูดว่า “จะดีหรือ” ทำวนไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะเจอคนพูดผิด หากใครทำผิดจะให้แนะนำตัวเองให้เพื่อน ๆ รู้จักเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและผู้วิจัยให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจและผ่อนคลายลดความวิตกกังวลในการพบกันครั้งแรก

3. ผู้วิจัยชี้แจงข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมอธิบายถึงขั้นตอนของการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับแนวทางของโปรแกรมฯ

4. ผู้วิจัยสร้างข้อตกลงกำหนดจุดมุ่งหมายวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจตัวเองและเปิดเผยความคิด ความรู้สึกขณะเข้ากลุ่มและสร้างข้อตกลงในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก (ครอบครัว) และนำเข้าสู่กิจกรรมค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัวลงบนจิ๊กซอว์สัมพันธ์ เพื่อฝึกพัฒนาความคิดด้านบวกโดยสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง และเสริมสร้างความรู้สึกดีให้แก่ตนเองและครอบครัว (ตามกิจกรรมที่ 1.1 เรื่องค้นหาคุณลักษณะเชิงบวก ระยะเวลา 15 นาที)

5. ผู้วิจัยเน้นย้ำให้สมาชิกได้พัฒนาความคิดด้านบวกและเสริมสร้างความรู้สึกดีให้กับตัวเองได้ โดยมีความรักความผูกพันของผู้ดูแล (ครอบครัว) ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดด้านบวกและการรับรู้

คุณค่า โดยมีผู้ดูแล (ครอบครัว) มีส่วนร่วมในการดูแลและเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในชีวิตจริงโดยให้สมาชิกฝึกปฏิบัติต่อเรื่องที่บ้าน

6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นเชิงบวกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลและความคาดหวังในการดูแลโดยระหว่างตอบคำถามจะไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลคำตอบระหว่างกันได้ เพื่อให้สมาชิกได้เห็นความรู้สึกและความคาดหวังซึ่งกันและกันเกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้ประเมินทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในครอบครัว (ตามกิจกรรมที่ 1.2 เรื่องอยู่อย่างไรให้ใจเป็นสุข ระยะเวลา : 15 นาที) และให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันออกแบบบ้านในอุดมคติซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพในเชิงบวก มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกัน (ตามกิจกรรมที่ 1.3 บ้านของเรา ระยะเวลา 15 นาที)

7. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกันเพื่อการอยู่ร่วมกันที่ดีมีความสุขของครอบครัว เป็นต้น

8. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันตอบคำถามอภิปรายสิ่งที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้ จากนั้นดำเนินการสรุปประเด็นเพิ่มเติม พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในชีวิตจริงโดยให้สมาชิกฝึกปฏิบัติต่อเรื่องที่บ้าน

การประเมินผล

การประเมินผลจากการสังเกตสมาชิกให้ความสนใจและมีการอภิปรายร่วมกันสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในกลุ่มและผู้วิจัยได้เป็นอย่างดี มีความกระตือรือร้นในการดำเนินกิจกรรม โดยในระหว่างการทำกิจกรรมผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ได้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความคาดหวังเชิงบวกในการดูแลร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในความคาดหวังและคุณลักษณะของแต่ละบุคคลในการอยู่ร่วมกัน เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและเกิดสัมพันธภาพเชิงบวกระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 2 ผู้ดูแล : “คุณตาเป็นคนใจดี ชอบสร้างเสียงหัวเราะให้ลูกหลานอยู่เสมอ เลี้ยงดูลูกหลานอย่างดี เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของครอบครัว” ผู้สูงอายุ : “ดีใจที่ได้ยินว่าลูกหลานคิดแบบนี้ บางทีอดคิดไม่ได้ว่าเราเป็นภาระของลูกหลานเพราะแต่ก่อนเคยทำมาหากินได้ แต่ตอนนี้ทำไม่ได้เหมือนแต่ก่อนแล้ว”

Case ที่ 3 ผู้สูงอายุ : “เวลาอยู่ด้วยกัน บางทีเรื่องเล็กน้อยเราก็อดน้อยใจไม่ได้ เรามีกันอยู่แค่สองคน พอน้อยใจแล้วก็มักจะร้องไห้ไม่ยอมพูด” ผู้ดูแล : “ข้อดี คือ ผมเป็นคนใจเย็นและรักเค้ามาก ผมอยากให้เขารู้ว่าผมอยู่ตรงนี้ มีอะไรให้บอกเพราะบางครั้งเราก็ไม่รู้ว่าจะต้องทำยังไง”

Case ที่ 5 ผู้สูงอายุ : “ปกติจะเป็นคนเงียบๆไม่ค่อยพูด แต่จุดเด่นของผม คือ เป็นคนซื่อสัตย์รักภรรยามาก ที่ไม่ค่อยพูดเพราะไม่อยากให้ภรรยาเป็นห่วง” ผู้ดูแล : “จริงๆ ถึงเขาไม่พูดเราก็รับรู้ได้ คนอยู่ด้วยกันก็อดห่วงกันไม่ได้ แต่อยากให้เขาพูดมากกว่าเพราะอย่างน้อยเราจะได้ช่วยรับฟัง ดีใจที่ได้ยินว่าเขารักเรา มีกำลังใจในการดูแล เพราะปกติเขาไม่ค่อยพูด พอมีปัญหาที่มักจะหลีกเลี่ยงคนเดียว”

Case ที่ 8 ผู้สูงอายุ : “บ้านในอุดมคติ อยากได้บ้านที่มีเขาอยู่ด้วยกันแบบนี้ไปเรื่อยๆ อยากให้เขาอยู่ข้างๆเวลาเสียใจ ไม่ต้องปლობ ไม่ต้องพูดอะไรก็ได้ ขอคุณที่เข้าใจและใจเย็นกับเรา”

Case ที่ 14 ผู้สูงอายุ : “จริงๆไม่คิดว่าตัวเองมีข้อดีอะไรเลย นึกไม่ออก แต่พอฟังคนอื่นบอกก็ทำให้เห็นข้อดีของตัวเอง เป็นสิ่งที่เราไม่เคยคิดมาก่อนเลย”

Case ที่ 16 ผู้ดูแล : “เขาเป็นคนจิตใจดี โอบอ้อมอารี ชอบช่วยเหลือคนอื่น ทำให้คนอื่นรักเขาและเป็นห่วงเขาอยู่เสมอ” ผู้สูงอายุ : “เราทำเพื่อคนอื่นมาตลอด ไม่เคยหวังสิ่งตอบแทน รู้สึกดีใจที่ได้ยิน รู้สึกมีความสุข มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อคนอื่น”

กิจกรรมที่ 2 รอบรู้ ดูแลกกัน : การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (family education)

ระยะเวลา 45 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล (ครอบครัว)

สถานที่สอน แผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีความรู้ความเข้าใจลักษณะอาการ การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล
2. เพื่อส่งเสริมการสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำความร่วมมือในการมีส่วนร่วมดูแลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)

สาระสำคัญ

ลักษณะอาการ การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยพบว่า การขาดความรู้ในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในการดูแล ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในบริบทของสังคมไทย สถาบันครอบครัว ถือเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ การเอาใจใส่ของครอบครัว นับเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญยิ่งในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดังนั้น การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจลักษณะอาการ การดำเนินของโรค การรักษา การพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการสื่อสาร การรับรู้อาการเจ็บป่วย การตัดสินใจ และการดูแลผู้ป่วยร่วมกันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีกับตนเองมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับครอบครัวส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- กิจกรรมบัตรคำนำความรู้

- คู่มือผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)
- กระดาษ Flip Chart และกระดาษ A3 ขนาด 60*84 cm. ปากกาสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)

วิธีการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกันและให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ การรักษาและการพยาบาลของโรคซึมเศร้าด้วยกิจกรรมบัตรคำนำความรู้ พร้อมแจกคู่มือผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยภายหลังการให้ความรู้จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสื่อสารร่วมกันเกี่ยวกับลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล และแลกเปลี่ยนความต้องการในการดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย (ตามกิจกรรมที่ 2.1 รอบรู้ ดูแลกัน ระยะเวลา 45 นาที)

2. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล ความต้องการในการดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ภายในครอบครัวและชุมชน

4. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ช่วยกันสรุปและซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

5. ผู้วิจัยสรุปและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายหลังการทำกิจกรรมและสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรม พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในชีวิตจริงโดยให้สมาชิกฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน

การประเมินผล

การประเมินผลจากการสังเกตสมาชิกให้ความสนใจและมีการอภิปรายร่วมกัน มีความรู้ความเข้าใจลักษณะอาการ การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล และมีการสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันในการมีส่วนร่วมดูแล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 5 ผู้สูงอายุ : “ต่อไปจะพูดสื่อสารกับเขาให้มากขึ้น ไม่เก็บความรู้สึกไว้คนเดียว ไม่อยากให้เขาเป็นห่วง” ผู้ดูแล : “เดี๋ยวนี้เขาสดใสขึ้น เพราะมีอะไรก็จะบอกเรามากขึ้น เราก็เข้าใจเขามากขึ้น บางทีถ้าเขาอยากอยู่คนเดียวเราก็เข้าใจว่ามันเป็นอาการก็คอยสังเกตเขาตามที่คุณหมอบอกอยู่ต่างๆ”

Case ที่ 6 ผู้สูงอายุ : “ตอนเราเศร้าเราก็จะไปหาหมอผี มันเป็นความเชื่อเหมือนว่าเราขวัญเสีย ก็ทะเลาะกับลูกตลอด ลูกไม่อยากให้ไป” ผู้ดูแล : “หลังทำกิจกรรมเข้าใจความคิดความรู้สึกแม่

มากขึ้น แม่ก็ฟังเรามากขึ้น เหมือนตกลงดูแลกันคนละครึ่งทาง ไม่ใช่คำพูดที่อีกคนไม่ชอบ เป็นห่วงก็บอกว่าเป็นห่วง มีอะไรก็คุยกัน”

Case ที่ 8 ผู้ดูแล : “ก่อนนี้ป้าเขาชอบร้องไห้บางทีลูกก็ไม่เข้าใจไม่รู้จะทำยังไง พอได้ทำกิจกรรมแบบนี้ก็ทำให้เข้าใจเขามากขึ้น รู้ว่าต้องดูแลยังไงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน” ผู้สูงอายุ : “ลูกเขาก็จะอยู่ข้างๆ ป้าตลอดเวลาที่ป้าเศร้าหรือร้องไห้ พูดยังไงก็ใจไม่หงุดหงิด”

Case ที่ 16 ผู้สูงอายุ : “ก่อนหน้านี้อายุคนเดียวเวลามันเศร้าขึ้นมา เราก็คิดว่าทำใจเดี๋ยวก็หาย คิดว่าตัวเองทำได้ แต่นานเข้ามันก็หนักขึ้น วันนี้เข้าใจแล้วว่าต้องไปหาหมอ ต้องให้ยาช่วย ทำใจอย่างเดียวไม่หาย”

Case ที่ 17 ผู้สูงอายุ : “แต่ก่อนไม่ค่อยอยากกินยา เพราะกินไป 2-3 วันก็ไม่เห็นจะดีขึ้น พอมีอาการที่ไปหาหมอที ตอนนี้อยู่ใจแล้วว่าต้องกินต่อเนื่อง มันจะมีเวลาของมัน” ผู้ดูแล : “จะดูแลและคอยเตือนให้กินยาและจะพาไปหาหมอตามนัดทุกครั้ง”

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ยอมรับ ปรับใจ: การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills)

ระยะเวลา 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล (ครอบครัว)

สถานที่สอน แผนกกายเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีทักษะการสื่อสารเชิงบวก (I-Message) และการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy)
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีทักษะการพัฒนาความคิดด้านบวกและตั้งเป้าหมายในเชิงบวกได้
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกัน

สาระสำคัญ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในวัยสูงอายุเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ส่งผลให้ขาดความกระตือรือร้น ความคิดริเริ่ม มักหลีกเลี่ยงสังคมและเก็บตัวอยู่คนเดียว มีความคิดและพฤติกรรมทางลบ มีความบกพร่องในปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ดังนั้น การมีความเข้าใจในปัญหาและการพัฒนาความคิดด้านบวกเป็นสิ่งแรกที่จะทำให้เรา

สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ง่ายขึ้นเมื่อเกิดความเข้าใจสามารถมองหาวิธีการแก้ไขปัญหามีทางเลือกในการแก้ปัญหาโดยพิจารณาข้อดี ข้อเสียและนำทางเลือกที่ดีที่สุดมาแก้ไขปัญหาย่างประสบความสำเร็จ ทั้งนี้ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญโดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งข้อจำกัดด้านทักษะในการสื่อสารเนื่องจากวัยที่เสื่อมถอยของร่างกาย การสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) จะทำให้ผู้ดูแลได้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้นเกิดความเห็นอกเห็นใจและเกิดความรู้สึกเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกัน เกิดความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยลดปัญหาการสื่อสารและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลและช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (Sebern, 2005; Cohen & Will, 1985; อรพิน พรศโยภณและอินทัย ผลิตนนท์เกียรติ, 2562)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- คู่มือผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)
- กระดาษ Flip Chart และกระดาษ A3 ขนาด 60*84 cm. ปากกาสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)

วิธีการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมรอบรู้ ดูแลกัน และสอนทักษะการสื่อสารเชิงบวก (I-Message) การพูดกับตนเองในทางบวก เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการสื่อสารเชิงบวก และมีทักษะการพัฒนาความคิดด้านบวกและการตั้งเป้าหมายในเชิงบวก
2. ผู้วิจัยสอนหลักการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า และการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการสื่อสารในผู้สูงอายุและการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจเนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแล (ครอบครัว) เกิดความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยลดปัญหาการสื่อสารและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลและช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ยกตัวอย่างการสื่อสารเชิงบวก (I-Message) ที่สามารถนำไปปรับใช้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันคนละ 1 ตัวอย่าง (ตามกิจกรรมที่ 3.1 ทักษะการสื่อสารเชิงบวก (I-Message) และการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ระยะเวลา 30 นาที) และแลกเปลี่ยนกับสมาชิกภายในกลุ่ม
4. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาผ่านสถานการณ์จำลองร่วมกันและปรับมุมมองเชิงบวกต่อสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยใช้ทักษะการสื่อสารเชิงบวก (I-message) และสิ่งที่ได้รับจากการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เพื่อนำไปสู่การสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในการเผชิญปัญหาและการวางแผนการดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้

กระตุ้นให้เกิดการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ (ตามกิจกรรมที่ 3.2 ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาผ่านสถานการณ์จำลองร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (ครอบครัว) ระยะเวลา 30 นาที) ดังนี้

4.1. สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา เพื่อทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความคิดความเชื่อ ความรู้สึกต่อปัญหาอย่างไร มี 2 ลักษณะคือการมองปัญหาในเชิงบวกและเชิงลบ การมองปัญหาเชิงบวก ได้แก่ ปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ความเชื่อที่ว่าปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ ตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาคือได้ เข้าใจว่าการแก้ปัญหาคือใช้เวลาและความพยายาม การใช้อารมณ์ที่เหมาะสม การมองปัญหาเชิงลบ ได้แก่ มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต มองตนเองมีความสามารถแก้ปัญหาคือได้ การใช้การแก้ปัญหาคือใช้อารมณ์ไม่เหมาะสม

4.2. ควรระบุปัญหาให้ชัดเจนและกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ เนื่องจากการมีเป้าหมายในชีวิตและมองถึงอนาคตช่วยให้ตนเองมีความหวังและวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการแก้ปัญหาคือการสร้างเป้าหมายชีวิตแบบผู้ดูแล (ครอบครัว) มีส่วนร่วมจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้ว่าคุณสามารถแก้ไขปัญหาคือได้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมีอาการซึมเศร้าลดลง และควรตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริง ฝึกการแก้ปัญหาคือเน้นแก้ที่ตัวปัญหาและแตกปัญหาคือที่ซับซ้อนออกมาทำความเข้าใจในแต่ละส่วน

4.3. ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาคือหลากหลายวิธี ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหาคือได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการอะไรบางอย่าง ใช้เทคนิคอย่างไรบ้าง การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาคือที่หลากหลาย จะช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหาคือที่เหมาะสมมากที่สุด

4.4. การพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหาโดยผู้ดูแล (ครอบครัว) มีส่วนร่วม ในการช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพิจารณาข้อดีข้อเสียของวิธีการต่างๆ เพื่อให้ดำเนินไปถึงเป้าหมายและเลือกวิธีการที่ให้ผลรวมดีที่สุด เกิดความพึงพอใจมากที่สุด โดยผู้วิจัยร่วมทบทวนสรุปสิ่งที่สมาชิกตั้งเป้าหมายและแผนการที่จะทำและกระตุ้นสมาชิกเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด.

4.5 การประเมินผลลัพธ์การแก้ปัญหาคือ โดยผู้วิจัยจะประเมินว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีความพร้อมในการทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาคือตามแผนที่วางไว้หรือไม่ โดยอาจให้ผู้สูงอายุบอกขั้นตอน หรือแสดงบทบาทสมมติให้ดู มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหาคือแล้วให้ผู้สูงอายุกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหาคือ สังเกตติดตามผลที่เกิดขึ้น ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับผลที่คาดหวังไว้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาคือใหม่เพื่อหาวิธีการที่ที่เหมาะสม ถ้าสำเร็จควรให้กำลังใจตนเอง

5. ผู้วิจัยร่วมทบทวนสรุปการทำกิจกรรมและเน้นย้ำความสำคัญของบทบาทผู้ดูแล (ครอบครัว) ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและให้กำลังใจให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อวางแผนในการจัดการปัญหาและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ซึ่งการสื่อสารระหว่างกันที่มากขึ้น จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น บอกเล่า

ความรู้สึก ความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแล (ครอบครัว) ได้รับรู้และเข้าใจ พร้อมแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้สึกในการดูแลร่วมกับผู้ดูแล โดยมีการสะท้อนคิดข้อมูลความรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลภายหลังการรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งองค์ประกอบของการกระทำร่วมกัน จะต้องประกอบด้วยความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจจึงจะนำไปสู่การกระทำร่วมกันในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา

6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในชีวิตจริงโดยให้สมาชิกฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านและพูดคุยแลกเปลี่ยนร่วมกันในครั้งถัดไป

การประเมินผล

การประเมินผลจากการสังเกตสมาชิกให้ความสนใจและมีการอภิปรายร่วมกัน มีทักษะการสื่อสารเชิงบวก และการฟังด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ สามารถตั้งเป้าหมายในเชิงบวกได้และมีทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 3 ผู้สูงอายุ : “ป้าเคยคิดว่าป้ามีปัญหาอยู่คนเดียว พอวันนี้มาฟังปัญหาของคนอื่นแล้ว รู้สึกว่าปัญหาของป้าน้อยกว่าคนอื่นหลายคน ป้าขอเป็นกำลังใจให้ทุกคนนะ”

Case ที่ 5 ผู้สูงอายุ : “ตอนแรกผมคิดว่าผมเป็นคนเดียวที่มีปัญหา พอได้ฟังปัญหาของคนอื่นแล้วเข้าใจว่าปัญหาเกิดได้กับทุกคนไม่รู้จะเศร้าอยู่ทำไม เอาเวลามาสู้กับปัญหาดีกว่า”

Case ที่ 6 ผู้ดูแล : “หลังทำกิจกรรมทำให้เข้าใจแม่มากขึ้น ไม่ใช่คำพูดที่เขาไม่ชอบ ถ้าเป็นห่วงก็บอกว่าเป็นห่วง มีอะไรก็คุยกัน”

Case ที่ 7 ผู้สูงอายุ : “ก่อนหน้านี้เขาชอบกินเหล้า เราเป็นห่วงไม่อยากให้กินเลย บางครั้งก็พูดแรง ตอนนี้เข้าใจแล้วว่าเขาทุกข์ใจ เขาก็รู้ว่าเราเป็นห่วง ก็ไม่ค่อยกินแล้ว” ผู้ดูแล : “ก่อนหน้านี้เวลาแม่ว่าเรื่องกินเหล้าจะพูดไม่ดีกับแม่ พูดไม่ดี แต่ตอนนี้ลองเปลี่ยนคำพูดสถานการณ์ก็ดีขึ้น ไม่ค่อยทะเลาะกัน”

Case ที่ 10 ผู้สูงอายุ : “ก่อนหน้านี้ใจอะไรก็เศร้า มันไม่อยากสู้เลย มองอะไรก็ท้อแท้ ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม แต่พอเปลี่ยนมุมมอง ฝึกคิดใหม่ ก็รู้สึกว่าปัญหาไม่ได้ใหญ่เลย อยู่ที่เรามอง”

Case ที่ 12 ผู้สูงอายุ : “เวลาอยู่คนเดียว มันคิดอะไรไม่ออก มันมืดหมด วันนี้ลูกมาช่วยคิดด้วยกัน รู้สึกดีใจ จากปัญหาที่เคยคิดว่าไม่มีทางออกมันก็มีทางออก มีกำลังใจ”

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4) จิตสติใส ใจเป็นสุข: การเผชิญความเครียด (coping skills)

ระยะเวลา 60 นาที

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล (ครอบครัว)

สถานที่สอน แผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการผ่อนคลายความเครียด
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) สามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

ความเครียดเป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลายาวนานและการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านับเป็นการเพิ่มความเครียดให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว จึงจำเป็นต้องรู้วิธีการกำจัดอารมณ์ให้อยู่ในความสงบผ่อนคลาย การแก้ปัญหาจึงจะได้ผลดี การปรับตัวฝึกทักษะการผ่อนคลายและการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เกิดความแข็งแกร่งด้านจิตใจและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดี

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- คู่มือผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)
- กระดาษ Flip Chart และกระดาษ A3 ขนาด 60*84 cm. ปากกาสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)

วิธีการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมยอมรับ ปรับใจและสอนให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) รู้จักความหมายของความเครียดและการประเมินสถานการณ์ความเครียดตามความรู้และประสบการณ์ (10 นาที) (Primary appraisal) (ตามกิจกรรมที่ 4.1 รู้จักความเครียด ระยะเวลา 10 นาที)
2. ผู้วิจัยสอนทักษะการเผชิญความเครียด และให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดร่วมกัน (Coping) และพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียด ทำการประเมินซ้ำ (Secondary appraisal) และตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสม
4. ผู้วิจัยสอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) สาธิตเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดร่วมกัน (ตามกิจกรรม 4.2 มาเผชิญความเครียดด้วยกันเถอะ ระยะเวลา 50 นาที) ประกอบด้วย การผ่อนคลายความเครียดด้วยการหายใจบำบัด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจินตนาการบำบัด การนวดกดจุด เป็นต้น
5. ผู้วิจัยช่วยเหลือในการประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนทางสังคมเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) สามารถนำทักษะการเผชิญปัญหาและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดไปใช้ขณะอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม
6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในชีวิตจริงโดยให้สมาชิกฝึกปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านและพูดคุยแลกเปลี่ยนร่วมกันในครั้งถัดไป

การประเมินผล

การประเมินผลจากการสังเกตสมาชิกให้ความสนใจและมีการอภิปรายร่วมกัน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการผ่อนคลายความเครียด และสามารถเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 9 ผู้สูงอายุ : “ก่อนหน้านี้เวลาเครียดก็จะนั่งคิดอยู่คนเดียว ยิ่งอยู่คนเดียวก็ยิ่งคิดซ้ำๆ จนเคยคิดที่อยากตายหนีไป หลังๆเลยไม่อยู่คนเดียวแล้วออกไปคุยกับเพื่อนบ้านมันก็รู้สึกดีขึ้น ดีกว่าอยู่คนเดียว”

Case ที่ 13 ผู้สูงอายุ : “ผมชอบคิดซ้ำๆเรื่องเก่าๆมันวนเข้ามา ก็ใช้วิธีผ่อนคลายหลายๆวิธี มันก็ช่วยให้เราลืมได้ แต่ถ้าไม่ดีขึ้นลูกเขาจะเห็นเขาก็จะเข้ามาถาม ว่าให้ช่วยอะไรไหม”

Case ที่ 14 ผู้สูงอายุ : “ก่อนนี้ไม่กล้าสวดมนต์เลยคิดเยอะไปหมด เรามันพูดไม่ชัดกลัวบาป พอคุณหมอให้กำลังใจบอกให้ทำอะไรที่สบายใจ เลยลองกลับมาสวดอีก ตอนนี้สวดทุกวันแล้วก็นั่งสมาธิก็สบายใจเจอปัญหาอะไรก็ไม่คิดเยอะเหมือนเมื่อก่อนแล้ว ปล่อยวางได้”

Case ที่ 18 ผู้สูงอายุ : “ว่างๆก็นั่งฝึกหายใจ รู้สึกสมองมันปลอดโปร่งขึ้น เวลามีปัญหาเล็กน้อย ถ้ามีปัญหาใหญ่ก็จะคุยกับเมีย ช่วยกันคิดแต่ก่อนคิดเองคนเดียวแล้วเครียดมาก”

Case ที่ 20 ผู้สูงอายุ : “เวลาเครียดมันจะปวดหัว แขนก็จะนวดให้ก็รู้สึกดีขึ้น”

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 แหล่งรวมพลังใจ : การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support)

ระยะเวลา 60 นาที กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล (ครอบครัว)

สถานที่สอน แผนกกายเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ระบุแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ภายในครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ตระหนักถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ภายในครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆภายในครอบครัวและชุมชน

สาระสำคัญ

การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นการทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความรู้สึกด้านลบและคิดว่าตนเองไม่มีความหมายสังคมไม่ยอมรับไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นในสังคมได้เนื่องจากขาดทักษะในการสื่อสารเพื่อแสดงออกถึงความต้องการของตน ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน แสดงถึงการเข้ามามีบทบาทและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้เกิดการเห็น

คุณค่าในตนเอง รวมทั้งการได้พบปะพูดคุยกัน การได้ทำกิจกรรม ร่วมกัน ยังส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด และแบ่งปันความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- คู่มือผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)
- กระดาษ A3 1 แผ่น ขนาด 30*42 cm. และปากกาสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)

วิธีการดำเนินการกิจกรรม

1. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมจิตสไต ใจเป็นสุข แลกเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมและการนำไปใช้ร่วมกันกับสมาชิกภายในกลุ่ม

2. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) บอกถึงความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในครอบครัว และความสำคัญของแหล่งสนับสนุนภายในชุมชน และร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว)

3. ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) ใช้เวลาในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชน โดยให้ร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน และบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนลงในตาราง ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ/สนใจ/เคยทำและประสบความสำเร็จในอดีต เป็นต้น โดยทำร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนอย่างน้อย 2 ครั้ง / สัปดาห์ เช่น การพูดคุยกันตอนเย็นภายในครอบครัว หรือการให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ การได้ทำสิ่งที่ผู้สูงอายุชอบทำร่วมกัน หรือการพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกประสบความสำเร็จร่วมกัน เนื่องจากการได้พูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัวเป็นประจำจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกมั่นใจ ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางให้ผู้ดูแล (ครอบครัว) มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังเป็นแนวทางสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวในการค้นหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบและการได้พาผู้สูงอายุออกไปทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนและเรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชนเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (ตามกิจกรรม 5 แหล่งรวมพลังใจ ระยะเวลา 60 นาที)

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกได้สะท้อนคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยแบ่งปันความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เป็นต้น

5. ผู้วิจัยเน้นย้ำให้สมาชิกได้เห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแล (ครอบครัว) และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ภายในชุมชน โดยผู้ดูแล (ครอบครัว) มีส่วนร่วมในการดูแลและเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน พร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำแหล่งทรัพยากรที่พบไปใช้ในชีวิตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง เช่น การสื่อสาร แลกเปลี่ยน ข้อมูลการตัดสินใจกับครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆภายในชุมชนเป็นประจำ

การประเมินผล

การประเมินผลจากการสังเกตสมาชิกให้ความสนใจและมีการอภิปรายร่วมกัน ผู้สูงอายุและผู้ดูแล (ครอบครัว) มีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆภายในครอบครัวและชุมชน รับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และตระหนักถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

Case ที่ 2 ผู้สูงอายุ : “ลุงขอบคุณกับลูกหลาน ตอนเด็กจะมาวิ่งเล่นคุยเพราะบ้านอยู่ใกล้กัน พอโตขึ้นเขาก็อยู่บ้านตัวเองกันไม่ค่อยมาบ้านลุงแล้ว แต่อาทิตย์ก่อนเขาก็มากินข้าวด้วย รู้สึกดีใจ มีความสุขที่ลูกหลานมาหา”

Case ที่ 11 ผู้สูงอายุ : “คุณลุงเขาพาไปทำกิจกรรมผู้สูงอายุด้วยกันเป็นของพระเทพที่เขามาจัด ถ้าไม่มีลุงพาไปก็ไม่ได้ไป ปกติป่าชอบทำกิจกรรมมากแต่สุขภาพไม่ค่อยดีเลยไม่ค่อยได้ไปแล้ว”

Case ที่ 13 ผู้สูงอายุ : “แต่ก่อนผมชอบร้องเพลงมาก เป็นคนอารมณ์ดีแต่ไม่ได้ทำนานแล้ว ครั้งนี้ลูกหาเพลงเก่ามาให้ฟัง ฟังแล้วยังร้องได้รู้สึกมีความสุข”

Case ที่ 18 ผู้สูงอายุ : “ไม่ได้ไปสุหร่านานแล้วเพราะเรานั่งนานไม่ค่อยได้ และลูกไม่ค่อยว่างกัน วันก่อนลูกพาไปรู้สึกดีใจ รู้ว่าเขาไม่ค่อยมีเวลา แต่เนานๆเขาพาไปสักทีก็ยิ่งดี”

Case ที่ 19 ผู้สูงอายุ : “ตอนสาวๆป้าરાસวຍมาก ลุงเขาก็ชอบร่าวงด้วยกัน แต่ตอนนี้ไม่ได้ทำด้วยกันนานแล้ว พอทำแล้วก็ระชุมระช่วยเหมือนเป็นสาวๆอีกครั้ง”

2. หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวกับครอบครัวทันที สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าภายหลังการทำกิจกรรมต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ดังแสดงในภาคผนวก ง ผู้วิจัยจะให้ซักถามข้อสงสัยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ และหากครอบครัวมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการทำกิจกรรม ผู้วิจัยจะซักถามปัญหาและให้ทำกิจกรรมที่ 3 เพิ่มเติมเป็นรายครอบครัวจนกว่าจะมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวสูงขึ้น และผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมกล่าวขอบคุณในความร่วมมื่อการวิจัย และภายหลังสิ้นสุดการทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 6) จะดำเนินการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยประเมินอาการซึมเศร้าตามแบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II) ก่อนการทดลอง (Pre-test) เพื่อคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 ซึ่งได้แก่ การประเมินและคัดกรองอาการผู้ป่วย ก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การดูแลรักษาโรค การรับประทานยา และการติดตามนัด

3. ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่าจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัยพร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อนจนครบ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมโดยจับคู่ (Matched pair) อายุและระดับอาการซึมเศร้า ดังภาคผนวก ฉ เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์แบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวกับครอบครัวทันที หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าภายหลังการทำกิจกรรมต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะให้ซักถามข้อสงสัยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ และหากครอบครัวมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการทำกิจกรรม ผู้วิจัยจะซักถามปัญหาและให้ทำกิจกรรมที่ 3 เพิ่มเติมเป็นรายครอบครัวจนกว่าจะมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวสูงขึ้น และภายหลังสิ้นสุดการทำกิจกรรม 2 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 6) จะดำเนินการประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นนำไปวิเคราะห์ผลการทดลองด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และภายหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น ได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลกับกลุ่มควบคุมเพื่อลดอาการซึมเศร้า

การกำกับการทดลอง ใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าที่พัฒนาโดยสมบูรณ์ อินทร์ขาว (2557) ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ดัดแปลงมาจากชโลม วิเศษโกสิน (2552) รสสุคนธ์ เจืออุปลัมย์ (2553) และภรภัทร อิมโธฐ (2550) โดยบุษราตัม จิตอารีย์ (2555) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Friedman (1986) และ Morrow and Wilson (1961) โดยประเมินกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลทันทีพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ

ร้อยละ 80 จำนวน 11 คน ภายหลังจากทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองทุกคนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง และทุกครอบครัวมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวสูงขึ้นจากก่อนทดลอง ดังแสดงในภาคผนวก จ

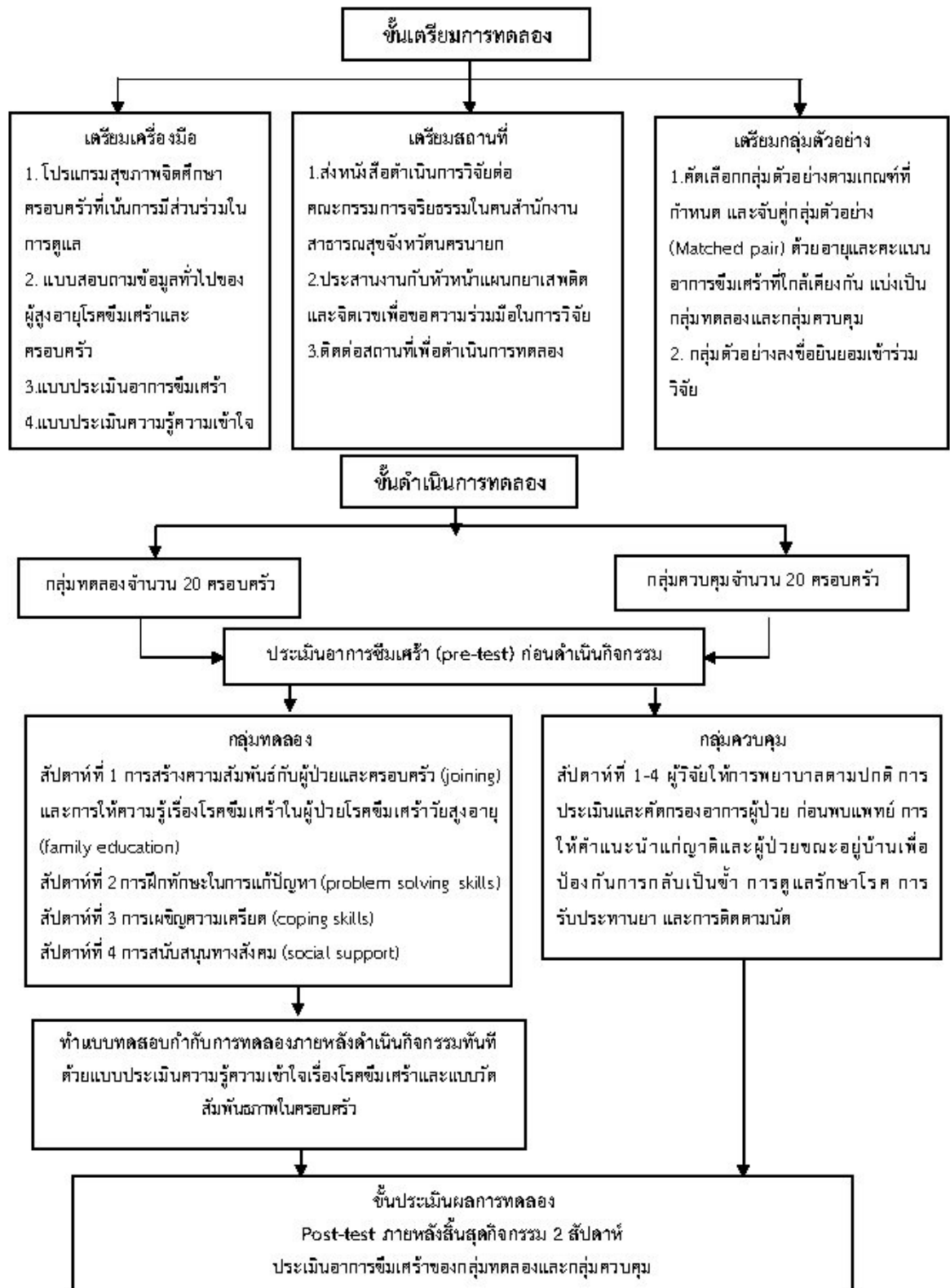
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา จำนวนร้อยละ แจกแจงความถี่และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบทีกรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (t-test for independent samples) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล และเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ซึ่งมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 14-28 คะแนน และครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลองค์รักษ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ อายุและระดับอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง เป็นแบบเลือกคำตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาของการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total (n=40)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								1.000*
ชาย	8	40.0	5	25.0	13	32.5		
หญิง	12	60.0	15	75.0	27	67.5		
อายุ (ปี)								.053*
60-75 ปี	18	90.0	15	75.0	33	82.5		
76 - 80 ปีขึ้นไป	2	10.0	5	25.0	7	17.5		
ระดับการศึกษา							7.242*	1.000
ไม่ได้ศึกษา	1	5.0	1	5.0	2	5.0		
ประถมศึกษา	16	80.0	18	90.0	34	85.0		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส./ปวช.	2	10.0	1	5.0	3	7.5		
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	1	5.0	0	0	1	2.5		
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)	5.10		5.80		5.45			
	(S.D.= 3.20)		(S.D.= 3.82)		(S.D.=3.49)			

a = Chi - square, b = Fisher's exact test

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาของการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง

ด้านเพศ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 60 เพศชายร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 75 เพศชายร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านเพศระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านอายุ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี ร้อยละ 90 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 60-75 ปี ร้อยละ 82.5 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านระดับการศึกษา ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาโดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 80 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 10 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 90.0 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วย 5.10 (S.D.= 3.20) และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วย 5.80 (S.D.= 3.82) รวมระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คือ 5.45 (S.D.=3.49)

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total (n=40)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								.670*
ชาย	8	40.0	9	45.0	17	42.5		
หญิง	12	60.0	11	55.0	23	57.5		
อายุ (ปี)							21.346*	.209
21-30 ปี	1	5.0	2	10.0	3	7.5		
31 - 40 ปี	0	0.0	5	25.0	5	12.5		

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total (n=40)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
41 - 50 ปี	5	25.0	2	10.0	7	17.5		
51 - 60 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15		
61 - 70 ปี	9	45.0	4	20.0	13	32.5		
71 - 80 ปี	2	10.0	4	20.0	6	15		
ระดับการศึกษา							11.146*	.886
ไม่ได้ศึกษา	1	5.0	1	5.0	2	5.0		
ประถมศึกษา	13	65.0	13	65.0	26	65.0		
อนุปริญญา/ปวส.								
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	10.0	2	10.0	4	10.0		
ปริญญาตรี	3	15.0	4	20.0	7	17.5		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.0	0	0	1	2.5		
อาชีพ							15.017*	.510
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	40.0	5	25.0	13	32.5		
บริษัทเอกชน	0	0	1	5.0	1	2.5		
รับราชการ	0	0	2	10.0	2	5.0		
รับจ้าง	7	35.0	8	40.0	15	37.5		
ค้าขาย	3	15.0	1	5.0	4	10.0		
เกษตรกร	2	10.0	3	15	5	12.5		
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-		
รายได้								1.000*
เพียงพอต่อความต้องการ	12	60.0	13	65.0	25	62.5		
ไม่เพียงพอต่อความต้องการ	8	40.0	7	35.0	15	37.5		

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Total (n=40)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							4.319*	.557
สามี/ภรรยา	13	65.0	8	40.0	21	52.5		
บุตร/หลาน	6	30.0	11	55.0	17	42.5		
พี่น้อง	1	5.0	1	5.0	2	5.0		
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย							12.710*	.147
1-5 ปี	2	10.0	1	5.0	3	7.5		
5-10 ปี	4	2.0	3	15.0	7	17.5		
11-15 ปี	1	5.0	3	15.0	4	10.0		
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	13	65.0	13	65.0	26	65.0		

*Fisher's exact test

จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง

ด้านเพศ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 60 เพศชายร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 55 เพศชายร้อยละ 45 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านเพศระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านอายุ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41-50 ปี โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างอายุ อยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 45 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 25 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 20 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 10 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านระดับการศึกษา ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อนุปริญญา/ปวส. รองลงมา คือ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา อนุปริญญา/ปวส ร้อยละ 65 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 15 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา อนุปริญญา/ปวส ร้อยละ 65 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านอาชีพ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 32.5 โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างมีที่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านรายได้ ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ คิดเป็นร้อยละ 62.5 และไม่เพียงพอต่อความต้องการ คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ ร้อยละ 60 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอต่อความต้องการ ร้อยละ 65 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านรายได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 65 และกลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 40 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมามีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5 โดยข้อมูลกลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มควบคุมมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65 และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

การซึมเศร้า		Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	16.65	4.83	19	13.13	<.001*
	หลังการทดลอง	5.95	3.86			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	17.30	3.80	19	2.09	.050
	หลังการทดลอง	14.90	7.62			

*p-value < 0.05

ตารางที่ 5 ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติ t-test คือ กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มการแจกแจงของประชากรเป็นโค้งปกติและข้อมูลอยู่ในมาตราอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป ซึ่งจากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 16.65 คะแนนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.95 เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่าหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลมีอาการซึมเศร้ามลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนทดลองโดยได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 17.30 และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 14.90 เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกัน ซึ่งหมายความว่าหลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติมีผลต่ออาการซึมเศร้ามลดลงเล็กน้อย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการซึมเศร้า	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	16.65	4.83	38	-4.73	.639
กลุ่มควบคุม	17.30	3.80			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	5.95	3.86	28.14	-4.685	<.001*
กลุ่มควบคุม	14.90	7.62			

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 16.65 และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 17.30 เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน โดยจากการวิเคราะห์ทางสถิติ independent t-test การทดสอบ F-Test หาค่าความแปรปรวน พบว่า F test ของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง คือ .795 มีค่า Sig ก่อนการทดลอง คือ .378 ซึ่งค่า sig > 0.05 (F-Test) แสดงว่า ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.95 และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 14.90 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการทดสอบ F-Test หาค่าความแปรปรวน พบว่า F test คะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง คือ 4.782 มีค่า Sig หลังการทดลอง คือ .035 จึงเลือกใช้ Equal variances not assumed และสามารถสรุปได้ว่า ความแปรปรวนของประชากรทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลมีอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีอาการซึมเศร้ามลดลงเล็กน้อย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล และเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 และ 2. ครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 ซึ่งมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 14-28 คะแนน และครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลองค์กรักษ์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (effect size) ที่ระดับ 0.97 โดยพิจารณาเทียบเคียงกับผลการศึกษากันต์ฤทัย ปานทองและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์.(2561) ศึกษาผลของผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ในส่วนของตัวแปรตาม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 40 จึงได้ขนาดกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน (Grove, Burns, & Gray, 2013) นอกจากนี้ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ กลุ่มละไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเข้าสู่โค้งปกติมีผลให้อำนาจทดสอบเพิ่มมากขึ้น และค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งมีผลให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Polit & Beck, 2014) โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched-pair) อายุ (Alexopoulous, 2005) และระดับคะแนนอาการซึมเศร้า (Jeste et al., 2013) จับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2.) การพัฒนาความรู้ (education) 3.) ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving skills) 4.) ทักษะในการเผชิญความเครียด (coping skills) และ 5.) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน มาจัดกระทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลที่จัดเป็นกลุ่มทดลองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม (Sebern, 2005; Unalan et al., 2015) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อกลับไปอยู่ภายในชุมชนโดยมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกัน โดยดำเนินในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง นานครั้งละ 60-90 นาที มีรายละเอียดกิจกรรม ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) ใช้เวลา 45 นาที การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว เพื่อฝึกพัฒนาความคิดด้านบวก ซึ่งการที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทบทวนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีในการมองโลกในแง่ดีมีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ 2 อบอุ่นใจ: การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (family education) ใช้เวลา 45 นาที การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล และสื่อสารแลกเปลี่ยนความต้องการและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้า โดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยร่วมกันตัดสินใจในการดูแลและปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุร่วมกัน เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรู้สึกดีกับตนเองมีกำลังใจและความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับครอบครัวส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมที่ 3 ยอมรับ ปรับใจ: การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ใช้เวลา 60 นาที การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมาย เนื่องจากการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการมองถึงอนาคตจะช่วยให้เกิดความหวังและเข้าใจการดำเนินชีวิต ร่วมกับการเสริมสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตผ่านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น เกิดความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย ลดปัญหาการสื่อสารและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาร่วมกันผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนมุมมอง ความรู้สึกและความคิดเห็นเพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา และนำไปสู่การพัฒนาทักษะการดูแลของครอบครัวในการจัดการอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเมื่ออยู่ที่บ้าน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมที่ 4 จิตสดใส ใจเป็นสุข: การเผชิญความเครียด (coping skills) ใช้เวลา 60 นาที การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียด การหาแนวทางจัดการกับความเครียดและการเสริมสร้างทักษะในการเผชิญความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ เป็นต้น ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด

เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง มีแนวทางในการจัดการหรือหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในการเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ: การสนับสนุนทางสังคม (social support) ใช้เวลา 60 นาที การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนร่วมกันได้อย่างเหมาะสม โดยจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้นเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II) พัฒนาโดยศราวุฑู ราชมณีและคณะ (2561) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II) พัฒนาโดยศราวุฑู ราชมณีและคณะ (2561) ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ทำวิจัยครั้งนี้แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) ใช้ประเมินผลก่อนและหลังให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) เพื่อประเมินระดับสัมพันธภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะดังรายนามในภาคผนวก ก โดยถือเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่านและนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับเนื้อหาส่วนที่ต้องแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้สมบูรณ์

ก่อนนำไปใช้จริงหลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา $CVI = 1$

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยกำหนดค่าความเที่ยงเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคม จิตอารีย์ (2555) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ทำวิจัยครั้งนี้แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .85

ระยะดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองให้มีสมรรถนะความรู้ โดยทบทวนตำราเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางโดยเข้าร่วมประชุมวิชาการการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดังภาคผนวก ฅ

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.3 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชระดับทุติยภูมิและดำเนินการขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 โดยอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในจังหวัดนครนายก

1.4 ภายหลังจากการได้รับการอนุญาตและเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชระดับทุติยภูมิและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชระดับทุติยภูมิและประสานงานกับหัวหน้าแผนกยาเสพติดและจิตเวชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.5 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้วิจัยและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากโรงพยาบาลองค์กรอย่างน้อย 4 ปี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการ

ประเมินกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัยต่างๆจน ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย ในการเก็บข้อมูลและบันทึกกิจกรรม

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแผนกยาเสพติดและจิตเวชโรงพยาบาล องค์กรักจากแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ที่กำหนดและจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ คล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ (พรพรรณ ศรีโสภา, 2553) และระดับคะแนน อาการซึมเศร้า (ธัญชนก พรหมภักดีและพิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2553) เมื่อทำการจับคู่ครบ 20 คู่แล้ว จะ ได้กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัวและกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ประเมิน อาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory) ของ Beck (BDI-II) ก่อนการทดลอง (Pre test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นตยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการดำเนินการวิจัยทันที

2.2 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่ม ทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยแจกคู่มือสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลแก่กลุ่ม ตัวอย่าง และเริ่มดำเนินกิจกรรมที่ 1 ในวันที่ 22 มิถุนายน 2566 จากนั้นนัดกลุ่มทดลองทุกสัปดาห์ จนครบ 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว เพื่อให้เหมาะสมในการทำ กิจกรรมกลุ่มบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (Yalom, 1995) ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลแต่ละครั้ง หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยประเมิน ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้ากับผู้ป่วยและแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวกับครอบครัวทันที หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าภายหลังการทำกิจกรรม ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะให้ซักถามข้อสงสัยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็น รายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ และหากครอบครัวมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวต่ำกว่าก่อนการทำ กิจกรรม ผู้วิจัยจะซักถามปัญหาและให้ทำกิจกรรมที่ 3 เพิ่มเติมเป็นรายครอบครัวจนกว่าจะมีระดับ สัมพันธภาพในครอบครัวสูงขึ้น

2.3 กลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1-4 ดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้บริการ พยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรัก โดยกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติ เพื่อประเมินอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษา (Counseling) การให้ความรู้การ รับประทานยาแก่ผู้ป่วย และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย

3. ระยะประเมินผลการวิจัย (Post-test) กลุ่มทดลองให้ทำการประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) ทำในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ไปแล้ว 2 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมประเมินระดับอาการซึมเศร้า (Post-test) ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า (Beck, Depression Inventory) ของ Beck ในสัปดาห์ที่ 6 โดยนักกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการประเมินระดับอาการซึมเศร้า จากนั้นแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินครบถ้วนจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา จำนวนร้อยละ แจกแจงความถี่และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบทีกรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (t-test for independent samples) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล (Mean = 5.95) น้อยกว่าก่อนทดลอง (Mean = 16.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.13$)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล (Mean = 5.95) น้อยกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean = 14.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.69$)

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลมีผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลงได้

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67.5 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 32.5 มีอายุเฉลี่ย คือ 68.38 ปี (S.D.=6.34) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 รองมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. คิดเป็นร้อยละ 7.5 ไม่ได้ศึกษาคิดเป็นร้อยละ 5 ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 2.5 และมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วย 5.45 ปี

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายซึ่งมีความสอดคล้องกับสถิติผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลางพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี (มูจรินทร์ พุทเมตตา, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Karam et al. (2016) ที่พบว่า เพศหญิงจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า ทั้งนี้ อาจเกิดจากบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ถูกกดดันภายใต้ความรับผิดชอบต่อครอบครัวจนก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายโดยอายุเฉลี่ย 65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม การเกษียณอายุ การจากไปของบุคคลใกล้ชิด รายได้ลดลง อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2561; ศิริธรรมา รอดเจริญ, 2562) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (ณ หทัย วงศ์ประการักษ์, 2558; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556, นิรัชรา ศศิธรและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558, พิชัย อธิฐสกุลและศิริไชย หงส์สงวนศรี, 2558, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553 ก; Aziz & Steffens, 2013) ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของกาดาฟี หะยีเด (2551) และธนัญพร พรหมจันทร์ (2556) ที่อธิบายว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (นิรัชรา ศศิธรและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558, วิชารณณ์ คันทะมุลและปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559; อรสา ไยยองและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Chen et al., 2012)

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว

ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 57.5 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 42.5 อายุเฉลี่ย คือ 54.93 ปี (S.D.= 15.53) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 12.5 รองลงมาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 17.5 อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 32.5 รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอต่อความต้องการคิดเป็นร้อยละ 62.5 และ

ไม่เพียงพอสอดคล้องความต้องการ คิดเป็นร้อยละ 37.5 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ คือ สามมี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 42.5 และพี่/น้อง คิดเป็นร้อยละ 5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่มากกว่า 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาระยะเวลา 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องการศึกษาของ Theis et al. (1997) ที่พบว่า ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว อาทิ สามมี/ภรรยาบุตร/หลาน พี่/น้อง สอดคล้องกับปวีณา นพโสทร (2556) ที่กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งที่พึ่งสำคัญของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งทางด้านกายภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งให้ความรักความห่วงใยเอื้ออาทรและดูแลช่วยเหลือโดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยการเจ็บป่วยของครอบครัวคนใดคนหนึ่งจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการทำบทบาทหน้าที่ เศรษฐกิจและสังคมโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้ จากการศึกษาของณัฐกฤตา เขาวนัวรารักษ์ (2556) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าคาดหวังให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาอาการซึมเศร่าลดลงและมีความสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งที่ได้จากการดูแล ประกอบด้วยความภาคภูมิใจ ความสุขใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น

จากผลการดำเนินการวิจัย จะเห็นได้ว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาข้างต้นโดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถช่วยลดระดับของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกกิจกรรม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสื่อสาร แลกเปลี่ยน และกระทำความร่วมมือกันในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งดูแลและให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียาอาการซึมเศร่าลดลง

ตอนที่ 3 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

ผลการวิจัย พบว่า อาการซึมเศร่าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างจากหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลมีอาการซึมเศร่าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถลดอาการซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) : เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมอย่างยิ่ง เนื่องจากการสร้างความรู้สึกให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ ยอมรับในตัวสมาชิกและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง กระตุ้นให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำกิจกรรมร่วมกัน โดยผ่านกิจกรรมไฟฟ้ากระแสดร่ง/สลับพบว่า กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวช่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิกภายในกลุ่มและผู้วิจัย มีสีหน้ายิ้มแย้มขณะทำกิจกรรม มีความกระตือรือร้นและให้ความสนใจในการดำเนินกิจกรรม สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในกลุ่มและผู้วิจัยได้เป็นอย่างดี ซึ่งจากเดิมผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าจะมีสีหน้าเรียบเฉยไม่อยากพูดคุยกับใคร โดยสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ครอบครัวและผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบำบัด ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถระบายออก หรือเปิดประเด็นปัญหาของตนเองในด้านความคิดและอารมณ์ได้ ช่วยส่งเสริมให้มีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้น มองเห็นความคิดของตนเอง เกิดความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายและนำไปสู่ประสิทธิภาพในการบำบัด (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2556; Beck, 2011) กิจกรรมค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว คือ การให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้สำรวจข้อดีของตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้แลกเปลี่ยนและเห็นคุณค่าของตนเอง ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ “จริงๆไม่คิดว่าตัวเองมีข้อดีอะไรเลย นี่ก็ไม่ออก แต่พอฟังคนอื่นบอกก็ทำให้เห็นข้อดีของตัวเอง เป็นสิ่งที่เราไม่เคยคิดมาก่อนเลย” นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการทบทวนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผู้อื่นหรือผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว จะช่วยสนับสนุนการฝึกปฏิบัติการคิดด้านบวกทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดทัศนคติที่ดี มองโลกในแง่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่เมื่อต้องอาศัยอยู่ร่วมกันภายในชุมชน ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่มผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว ได้แก่ “คุณตาเป็นคนใจดี ชอบสร้างเสียงหัวเราะให้ลูกหลานอยู่เสมอ เลี้ยงดูลูกหลานอย่างดี เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของครอบครัว” และ “เขาเป็นคนจิตใจดี โอบอ้อมอารี ชอบช่วยเหลือคนอื่น ทำให้คนอื่นๆรักเขาและเป็นห่วงเขาอยู่เสมอ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุษณีย์ บุญบรรจบ (2559) ที่พบว่า การเสริมสร้างความคิดด้านบวกหรือมองโลกในแง่ดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองได้ อีกทั้งการแลกเปลี่ยนความรู้สึกเชิงบวกและความคาดหวังที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ผ่านกิจกรรมอยู่อย่างไรให้ใจเป็นสุข ซึ่งระหว่างตอบคำถามจะไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลคำตอบระหว่างกันได้ เพื่อทำให้สมาชิกได้เห็นความรู้สึกและความคาดหวังซึ่งกันและกันและกันเกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยผู้บำบัดจะเป็นผู้ประเมิน

ทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้มีทักษะการสื่อสารระหว่างกันเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดกระบวนการตัดสินใจและการกระทำร่วมกัน ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ “ปกติจะเป็นคนเงียบๆไม่ค่อยพูด แต่จุดเด่นของผม คือ เป็นคนซื่อสัตย์ รักภรรยามาก ที่ไม่ค่อยพูดเพราะไม่อยากให้ภรรยาเป็นห่วง” ผู้ดูแล : “จริงๆ ถึงเขาไม่พูดเราก็รับรู้ได้ คนอยู่ด้วยกันก็อดห่วงกันไม่ได้ แต่อยากให้เขาพูดมากกว่าเพราะอย่างน้อยเราจะได้ช่วยรับฟัง ดีใจที่ได้ยินว่าเขารักเรา มีกำลังใจในการดูแล เพราะปกติเขาไม่ค่อยพูด พอมีปัญหา ก็มักจะหลีกเลี่ยงไปอยู่คนเดียว” และ ผู้สูงอายุ “เวลาอยู่ด้วยกัน บางทีเรื่องเล็กน้อยเราก็อดน้อยใจไม่ได้ เรามีกันอยู่แค่สองคน พอน้อยใจแล้วก็มักจะร้องไห้ไม่อยากพูด” ผู้ดูแล : “ผมอยากให้เขารู้ว่าผมอยู่ตรงนี้ มีอะไรให้บอกเพราะบางครั้งเราก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร” สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว โดย Epstein et al. (1982) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบเปิด ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย อันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน คู่สมรส และพี่น้อง หากทำหน้าที่ไม่เหมาะสมก็จะเกิดปัญหา โดยแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็นด้านต่างๆ ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร เป็นต้น โดยพบว่า ครอบครัวที่สื่อสารด้านวัตถุไม่ดี ก็มักจะมีปัญหาการสื่อสารด้านอารมณ์ร่วมด้วยเสมอ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือมาก ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดี ผู้ที่สื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อม จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อกลับมาแบบเดียวกัน ในครอบครัวปกติ ความสามารถในการสื่อสารแต่ละด้านจะแตกต่างกันไป บางครอบครัวการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ซึ่งจากกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และความคิดเห็น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีร่วมกันได้ นอกจากนี้ กิจกรรมออกแบบบ้านในอุดมคติร่วมกัน ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในระหว่างทำกิจกรรม พบว่า ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพในเชิงบวกและการมีส่วนร่วมในการดูแล เกิดความยอมรับซึ่งกันและกัน ผ่านกระบวนการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกัน ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ “บ้านในอุดมคติอยากได้บ้านที่มีเขาอยู่ด้วยกันแบบนี้ไปเรื่อยๆ อยากให้เขาอยู่ข้างๆเวลาเสียใจ ไม่ต้องปลอบ ไม่ต้องพูดอะไรก็ได้ ขอขอบคุณที่เข้าใจและใจเย็นกับเรา” กล่าวได้ว่า กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวได้มีสื่อสารกันถึงความคาดหวังในเชิงบวก ได้บอกเล่าถึงคุณลักษณะเชิงบวก แสดงออกถึงความรู้สึกดีและความห่วงใยที่มีต่อกัน รวมทั้งสิ่งไม่ชอบหรือต้องการให้อีกฝ่ายเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ดีที่เหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป จึงส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปด้วยดี โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งกำลังใจจากครอบครัวในเวลาที่ยากลำบาก ท้อแท้ เป็นสิ่งสำคัญเปรียบเสมือนพลังที่ทำให้ในการก้าวต่อไป ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการเผชิญกับปัญหา ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ทำ

ให้สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and will, 1985) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของ Kasantikul D. (2001) พบว่า ครอบครัวที่ใช้อารมณ์รุนแรงต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบแม้ได้รับยาในปริมาณที่สูง.

กิจกรรมที่ 2 รอบรู้ ดูแลกกัน: การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (family education) : การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล โดยก่อนทำกิจกรรม ได้มีการปรับปรุงคู่มือสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของในการเรียนรู้ผู้สูงอายุ จึงได้ปรับรูปแบบเนื้อหาและขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น สามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายเหมาะกับผู้สูงอายุ ส่วนเนื้อหาก้ปรับให้สั้น กระชับ สอดคล้องกับประสบการณ์หรือความต้องการของผู้สูงอายุ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา ทำให้คู่มือมีความน่าสนใจเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการลงมือกระทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง โดยผ่านกิจกรรมบัตรคำนำความรู้ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาลของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ และให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งจะให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้น นำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาล (Sebern, 2005) ผ่านกระบวนการสื่อสารแลกเปลี่ยนความต้องการ การตัดสินใจและความสามารถในการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ “ก่อนหน้านี้เราอยู่คนเดียวเวลามันเศร้าขึ้นมา เราก็คิดว่าทำใจเดียวก็หาย คิดว่าตัวเองทำได้ แต่นานเข้ามันก็หนักขึ้น วันนี้เข้าใจแล้วว่าต้องไปหาหมอ ต้องให้ยาช่วย ทำใจอย่างเดียวไม่หาย” และ “แต่ก่อนไม่ค่อยอยากกินยา เพราะกินไป 2-3 วันก็ไม่เห็นจะดีขึ้น พอมีอาการก็ไปหาหมอมั้ ตอนนีเข้าใจแล้วว่าต้องกินต่อเนื่อง มันจะมีเวลาของมัน” ผู้ดูแล : “จะดูแลและคอยเตือนให้กินยาและจะพาไปหาหมอตามนัดทุกครั้ง” ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในการดูแล ลดความรู้สึกรังเกียจในการดูแลเมื่อต้องกลับไปอาศัยอยู่ร่วมกันภายในชุมชน นอกจากนี้ รูปแบบกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการ การรักษา การพยาบาลระหว่างกันภายในกลุ่ม ซึ่งช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (Empathy) สามารถพูดคุย ให้กำลังใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม และปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าได้ดีขึ้น ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ “บ้าเคยคิดว่าบ้ามีปัญหาอยู่คนเดียว พอวันนี้มาฟังปัญหาของคนอื่นแล้วรู้สึกว่ปัญหาของบ้าน้อยกว่าคนอื่นมากเลย บ้าขอเป็นกำลังใจให้ทุกคนนะ” และผู้สูงอายุ “ตอนแรกผมคิดว่าผมเป็นคนเดียวที่มีปัญหา พอได้ฟังปัญหาของคนอื่นแล้วเข้าใจว่าปัญหาเกิดได้กับทุกคนไม่รู้จะเศร้าอยู่ทำไม เอาเวลามาสู้กับปัญหาดีกว่า” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brandman (1996) ซึ่งพบว่า การผสมผสานทักษะการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกแสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกันก่อให้เกิดสังคมย่อยภายในกลุ่ม แสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ สามารถอภิปรายและแก้ไขปัญหาวาจะซึมเศร้า

ของสมาชิกและสามารถแสดงความคิดเห็น ช่วยเหลือประคับประคอง สนับสนุนให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพ ลดภาวะซึมเศร้าได้ ก่อให้เกิดการตระหนักในตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง มีการปรับปรุงการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสมขึ้น นอกจากนี้ การนำรูปแบบกลุ่มมาใช้ในการบำบัดจะช่วยให้สมาชิกได้มีการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม (Helen V. et al., 2003; ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556) ซึ่งพบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดย Beck (1967) พบว่า ความคิด (cognition) พฤติกรรม (behavior) สรีระ (physiology) และอารมณ์ (emotion) มีความสัมพันธ์กันทั้งหมด การให้ความรู้ส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความเข้าใจ อาการ การรักษา การพยาบาลและแนวทางการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านเพื่อลดอาการซึมเศร้าตามมา การปรับเปลี่ยนความคิดทางลบนำไปสู่ความคิดด้านบวก และการปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่เหมาะสม (ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565) ที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Katsuki et al. (2022) ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยพบว่า ภายหลังจากทำกิจกรรมผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลเพิ่มมากขึ้นจากการดำเนินกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่ง Sebern (2005) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพซึ่งแนวคิดประกอบไปด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกัน โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้วิจัย ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยร่วมกันตัดสินใจในการดูแลและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุร่วมกัน เพื่อส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสูงสุด ซึ่งครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลอย่างมาก ดังนั้น การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรู้สึกดีกับตนเองมีกำลังใจและความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง นอกจากนี้ การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค สามารถลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Nurhidayati, 2022; วราพร ศรีภิรมย์และคณะ, 2565)

กิจกรรมที่ 3 ยอมรับ ปรับใจ: การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) :
การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายร่วมกับการเสริมสร้างความมั่นใจใน

การดำรงชีวิตผ่านสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวก หลักการสื่อสารในผู้สูงอายุและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) จากการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยมักมีกระบวนการคิดในทางลบต่อปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดของ Beck (1979) ที่พบว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่ไม่ถูกต้อง ไม่สมเหตุสมผล มีความคิดที่บิดเบือน ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ร่วมกับครอบครัวในการดำเนินกิจกรรมและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน โดยผ่านการตั้งเป้าหมายร่วมกัน และปรับเปลี่ยนรูปแบบการมองปัญหาในเชิงบวก คิดหาเหตุผลและทางออกในการแก้ปัญหา ร่วมกัน และส่งเสริมทักษะการสื่อสารทางบวก หลักการสื่อสารในผู้สูงอายุและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งสามารถช่วยสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวมีการฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วย จึงเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารและการดูแลร่วมกันในครอบครัว และส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ : “ก่อนหน้านี้อะไรก็เศร้า มันไม่อยากอยู่แล้ว มองอะไรก็ท้อแท้ ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม แต่พอเปลี่ยนมุมมอง ฝึกคิดใหม่ ก็รู้สึกว่าการไม่ได้ใหญ่เลย อยู่ที่เรามอง” และผู้ดูแล : “หลังทำกิจกรรมทำให้เข้าใจแม่มากขึ้น ไม่ใช่คำพูดที่เราไม่ชอบ ถ้าเป็นห่วงก็บอกว่าเป็นห่วง มีอะไรก็คุยกัน” สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว มักพบปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เช่น ปัญหาการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวซึ่งมีผลต่ออาการซึมเศร้า (Hooley et al., 1986; Okasha et al., 1994; Mino et al., 2001) แต่หากสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี มีความเห็นใจสงสาร มีความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลที่เพิ่มขึ้น ช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับจากครอบครัวและส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง (Sebern, 2005; ธมลวรรณ สีนาค, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของอุษณีย์ บุญบรรจบ (2559) ที่พบว่า การส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า การนำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกดีกับตนเองผู้อื่น เกิดทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ผ่านกระบวนการสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคาดหวังและเสริมสร้างความรู้สึกดีต่อกัน ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง ซึ่งภายหลังจากดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยทบทวนแนวทางการแก้ไขปัญหาในส่วนที่สามารถแก้ไขได้และส่วนที่เป็นปัญหาเพื่อนำมาพิจารณาแก้ไขปัญหาร่วมกัน หรือหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือเพิ่มเติม โดยมีผู้วิจัยคอยให้กำลังใจและกระตุ้นการสื่อสาร การตัดสินใจ การกระทำร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะ และสนับสนุนให้นำไปปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันเมื่ออยู่ภายในครอบครัวและชุมชนต่อไป ซึ่งจากการศึกษา พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทั้งจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมีคุณค่าในตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้

(Cohen and will, 1985) และการที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกระบวนการแก้ปัญหา จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำเมื่ออยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชนได้อย่างเหมาะสม (Dietz, 2008)

กิจกรรมที่ 4 จิตสดใส ใจเป็นสุข: การเผชิญความเครียด (coping skills) : การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมกับตนเอง เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียด ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียดเพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกลวิธีที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการแสดงออก เป็นพฤติกรรมที่มีอิทธิพลมาจากการรู้คิด (cognition) การประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และทางร่างกาย ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งปรับอารมณ์ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การไม่ให้ความสนใจ การปล่อยตามยถากรรม เป็นต้น ซึ่งวิธีเหล่านี้เป็นเพียงการบรรเทาหรือลดความเครียดเท่านั้น ไม่ได้จัดการโดยตรงให้ปัญหาหมดไป ดังนั้น ถ้านำมาใช้บ่อยๆโดยที่ขาดความตระหนักรู้ในตนเอง จะก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) จากการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างทักษะในการเผชิญความเครียด เช่น การหายใจบำบัด จินตนาการบำบัด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดกดจุด เป็นต้น พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเครียดและเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ : *“ปกติเวลาเครียดก็จะนั่งคิดอยู่คนเดียว ยั่งอยู่คนเดียวก็ยิ่งคิดซ้ำๆจนเคยคิดที่อยากตายหนีไป หลังๆเลยไม่อยู่คนเดียวแล้วออกไปคุยกับเพื่อนบ้านมันก็รู้สึกดีขึ้น ดีกว่าอยู่คนเดียว”* และผู้สูงอายุ : *“ก่อนหน้านี้ไม่กล้าสวดมนต์เลยคิดเยอะไปหมด เรามันพูดไม่ชัดกลัวบาปพอคุณหมอให้กำลังใจบอกให้ทำอะไรที่สบายใจ เลยลองกลับมาสวดอีก ตอนนี้สวดทุกวันแล้วก็นั่งสมาธิที่สบายใจเจอปัญหาอะไรก็ไม่คิดเยอะเหมือนเมื่อก่อนแล้ว ปล่อยวางได้”* ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) ดังนั้น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดอาการซึมเศร้าลง ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเน้นพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยตนเองได้ และสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมในการเผชิญปัญหา มีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถลดอาการซึมเศร้า และความรู้สึกเป็น

ภาระ อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย (Sebern, 2005; Cohen & Will, 1985; อรพิน พรศโยภณและอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, 2562)

กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ: การสนับสนุนทางสังคม (social support) : การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และการให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้บำบัดถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น เกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า ผ่านการดำเนินกิจกรรมแหล่งรวมพลังใจ ซึ่งพบว่า ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวได้ และมีการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้น เช่น การพูดคุย พบปะกันตอนเย็นภายในครอบครัว หรือการได้ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบหรือมีความภาคภูมิใจในอดีตร่วมกับครอบครัว การพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกประสบความสำเร็จ การออกไปทำกิจกรรมทางศาสนาร่วมกับชุมชน การเข้ารับการอบรมที่ชุมชนจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นต้น เนื่องจากการได้พูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัวเป็นประจำจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกมั่นใจ ตระหนักในศักยภาพของตนเองและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่ชื่นชอบและความภาคภูมิใจในอดีตของผู้สูงอายุ ยังเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลและการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เกิดความเข้าใจและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆซึ่งกันและกัน สามารถพาผู้สูงอายุออกไปทำกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือสนใจร่วมกับชุมชน และเรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชนที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ “ไม่ได้ไปสุหร่านานแล้วเพราะเรานั่งนานไม่ค่อยได้ และลูกไม่ค่อยว่างกัน วันก่อนลูกพาไปรู้สึกดีใจ รู้ว่าเขาไม่ค่อยมีเวลา แต่นานๆเขาพาไปสักทีก็ดียิ่งดี” และ “คุณลุงเขาพาไปทำกิจกรรมผู้สูงอายุด้วยกันเป็นของพระเทพที่เขามาจัด ปกติข้าชอบทำกิจกรรมมาก ถ้าไม่มีลุงพาไปปากก็ไม่ได้ไป” ซึ่งจะเห็นได้ว่า การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม (social support) เป็นส่วนที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการขาดแหล่งสนับสนุนด้านสังคม หรือการความช่วยเหลือทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ โดยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว สามารถหาทางออกได้ยากเพียงลำพัง ดังนั้น การมีเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคมหรือการสร้างความช่วยเหลือทางสังคม จะเป็นส่วนสำคัญในการให้กำลังใจและการดูแลแนะนำในสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสม คอยรับฟังเวลาในเวลาที่ต้องการระบายความรู้สึกเศร้า เสียใจ เพื่อให้กำลังใจและนำพาผู้ที่มีอาการซึมเศร้ากลับสู่สังคมตามเดิม ดังนั้น การได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำใน

การแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่รักของคนใกล้ชิด และมีคนที่รู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ ซึ่งจะส่งผลให้มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Cohen and Wills, 1985; อรพิน พรศโยภณและอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, 2562) ดังนั้น หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ช่วยบรรเทาผลกระทบจากภาวะอารมณ์ซึมเศร้า อีกทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย (Jonhson and Lydiard, 1998; ศิริลักษณ์ ปัญญา, 2556)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 6.95 คะแนน และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 14.90 คะแนน ซึ่งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลมีกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์สภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรม โดยสร้างความรู้สึกร่วมกันภายในกลุ่มเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ ยอมรับในตัวสมาชิกและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง กระตุ้นให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำกิจกรรมร่วมกัน 2) อบอุ่นดูแลกัน : การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (family education) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ลักษณะอาการ การรักษา การพยาบาล และแลกเปลี่ยนความต้องการในการดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการลงมือกระทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้น นำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาล (Sebern, 2005) ผ่านกระบวนการสื่อสารแลกเปลี่ยนความต้องการ การตัดสินใจและความสามารถในการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 3) ยอมรับ ปรับใจ: การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหาพร้อมกันในการดูแลผ่านการฝึกฝนสถานการณ์จำลองปัญหาในชีวิตประจำวันโดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) พบว่า

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ร่วมกับครอบครัวในการดำเนินกิจกรรมและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน โดยผ่านการตั้งเป้าหมายร่วมกัน และปรับเปลี่ยนรูปแบบการมองปัญหาในเชิงบวก คิดหาเหตุผลและทางออก ในการแก้ปัญหาพร้อมกัน และส่งเสริมทักษะการสื่อสารทางบวก หลักการสื่อสารในผู้สูงอายุและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ซึ่งสามารถช่วยสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวมีการฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วย จึงเกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารและการดูแลร่วมกันในครอบครัว และส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง 4) จิตสดใส ใจเป็นสุข: การเผชิญความเครียด (coping skills) ที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างสร้างสรรค์และเหมาะสมกับตนเอง เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียด โดยผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญความเครียดและเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ซึ่งการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดอาการซึมเศร้ามลง ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเน้นพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยตนเองได้ และสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมในการเผชิญปัญหา มีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถลดอาการซึมเศร้า และความรู้สึกเป็นภาระ อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย 5) แหล่งรวมพลังใจ: การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และการให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้บำบัดถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น เกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตและส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า

ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้บริการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองค์กรักษ์ โดยกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การซักประวัติเพื่อประเมินอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษา (Counseling) การให้ความรู้การรับประทานยาแก่ผู้ป่วย และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย แต่เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้จำหน่ายกลับบ้านจะยังได้รับการรับประทานยาตามปกติ และได้รับการดูแลจากครอบครัวซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงได้เช่นกัน แต่จากการทดลอง พบว่า อาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมลดลงน้อยกว่ากลุ่ม

ทดลอง นั่นคือ ลดลงจากมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง (moderate depression) มาอยู่ในมีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (mild depression) และบางรายมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการทดลองอีกด้วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลจะมีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งผลให้กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า คะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติลดลงเล็กน้อย ทั้งนี้ เพราะการพยาบาลตามปกติช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ แต่หากเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มเติม เช่น การสร้างสัมพันธภาพโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เป็นต้น ก็จะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม หากพยาบาลได้รับการอบรมในด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มเติม ก็จะช่วยให้การจัดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลมีความเหมาะสม สามารถนำมาใช้เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าที่มีอาการซึมเศร่าได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามีระดับอาการซึมเศร่าลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งผลให้อาการซึมเศร่าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลงและมีคะแนนระดับอาการซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งระดับคะแนนอาการซึมเศร่าที่ลดลง คาดว่าน่าจะส่งผลให้สามารถป้องกันอาการซึมเศร่าที่เกิดขึ้นหรือเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าได้ ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า ผลของคะแนนความรู้และสัมพันธภาพภายในครอบครัวในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล สามารถลดอาการซึมเศร่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าวัยสูงอายุได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง แต่การศึกษายังมีข้อจำกัดในบางประเด็น ดังนี้

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าได้ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ทั้งนี้ ก่อนการจัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล ควรประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้าและระมัดระวังในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในด้านกระบวนการคิดและความจำ เนื่องจากอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมได้ อีกทั้งควรทบทวนการทำกิจกรรมในสัปดาห์ก่อนหน้าก่อนเริ่มกิจกรรมในครั้งถัดไป เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหรือครอบครัวเห็นความสำคัญและประเมินการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้สามารถลดอาการซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกกลุ่มโรคเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกาย รวมทั้งภาวะที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองพร้อมกับการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงข้อดีของตนเอง มีพลังใจและสามารถปรับเปลี่ยนการมองในแง่ร้ายเป็นการมองโลกในแง่ดีและส่งผลให้ผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว มีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น มีทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างเข้าใจกัน เกิดความเห็นอกเห็นใจในการดูแล และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารซึ่งจะช่วยเพิ่มสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลต่อความสำเร็จของการพยาบาล นอกจากนี้ สามารถนำไปปรับใช้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและชุมชนต่อไป

2. การเริ่มดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลควรเน้นขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยกระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่ดีเนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แต่สถานการณ์การแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล

ดังนั้น อาจปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและสภาพสังคมนั้น ๆ เพราะอาจส่งผลกระทบต่อแนวคิดของแต่ละบุคคลในการแก้ไขปัญหาตามสภาพสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้ผู้นำไปใช้ต้องศึกษาและทำความเข้าใจในรูปแบบแนวคิดของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลให้ชัดเจนและฝึกฝนจนเกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว

3. ควรพิจารณาระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากอาจมีผลต่อความรู้และความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรม นอกจากนี้ ควรมีการทบทวนกิจกรรมก่อนหน้าและแลกเปลี่ยนผล การดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มร่วมกันทุกครั้งก่อนดำเนินกิจกรรมต่อไป เพื่อเป็นการเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องเมื่ออาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชน

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยควรมีการติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น ทุก 1, 3, และ 6 เดือนเพื่อความคงไว้ซึ่งการประเมินการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัว และอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อาจลดลงหรือเพิ่มมากขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว

2. ควรมีการศึกษาผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าร่วมกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการคิด การสนับสนุนทางสังคม อาการซึมเศร้า และความสิ้นหวัง เป็นต้น

3. ควรมีการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลไปใช้ศึกษากับผู้ป่วยในกลุ่มวัยอื่น ๆ เพื่อลดอาการซึมเศร้าเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต และอาจมีสาเหตุมาจากสัมพันธภาพภายในครอบครัว ดังนั้น การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลไปใช้นอกจากจะช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ลดความขัดแย้งจากการสื่อสาร ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันในการดูแล อันนำไปสู่ผลสำเร็จทางการพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกรัตน์ แสงกระจ่าง. (2556). การศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2562). *นิยามและประเภทครอบครัว*. สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://infocenter.nationalhealth.or.th/sites/default/files/นิยามและประเภทครอบครัว.pdf>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ระดับจังหวัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานการฆ่าตัวตาย 2540-2563*. https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp [8 กุมภาพันธ์ 2566].
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563*. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย*. ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ :กระทรวงสาธารณสุข (HDC). แหล่งที่มา: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc>. [8 กุมภาพันธ์ 2566].
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566. แหล่งที่มา: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=1cabe82729905e268bb97fed7cb117dd#. [22 มีนาคม 2566].
- กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลองครักษ์. (2565). สุขภาพจิต. สืบค้น 15 เมษายน 2566, จาก <https://ongkharakhospital.go.th>
- กัณฑ์ฤทัย ปานทองและเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(2), 105-118.
- กาดพิ ละเอียด. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- งานเวชระเบียนสถิติ โรงพยาบาลองครักษ์. (2565). *รายงานสถิติประจำปี 2565*. [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. แผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก.

- จงจิต บุญอินทร์. (2552). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชโลม วิเศษโกสิน. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแล ผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติ. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลตำรวจ, 6(2), 18-30.
- ณ ททัย วงศ์ประการักษ์. (2558). โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาสิก นานนท์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคซึมเศร้า (หน้า 421-439). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ณัฐกฤตา เขาวนัวรารักษ์. (2556). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฏธ พิทยรัตน์เสถียร. (2558). การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนแนวความคิดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสรยุทธ วาสิกนานนท์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคซึมเศร้า. (หน้า 391-401) ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2556). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและ พฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2554). มโนคติการพยาบาลจิตเวช.เอกสารการอบรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธนัญพร พรหมจันทร์. (2556). ภาวะซึมเศร้า ความว่าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในสถานสงเคราะห์ที่คนชราบ้านบางแคและที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ธมลวรรณ สีนาค,อรวรรณ หนูแก้วและวันดี สุทธิรังสี. (2561). ปัจจัยทำนายความสามารถในการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ สาธารณสุขภาคใต้, 5(2), 216-230.
- ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2554). แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย : ข้อควร พิจารณาในการเลือกใช้. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 11(4), 667-676
- ธวัชชัย พละศักดิ์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1), 60-74.
- ธัญชนก พรหมภักดีและพิเชษฐ์อุดมรัตน์. (2553). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 81-97.
- นภา จิรัฐจินตนาและรังสิมันต์ สุนทรไชยา.(2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของ
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 12-23.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 75-88.
- นิตยา จรัสแสง,สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล,สมพร รุ่งเรืองกลกิจ,วิจิตรา พิมพะนิตย์,สมจิตร มณีกานนท์
และดวงแก้ว รอดอ่อง. (2560). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษา
ด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(3), 247-255
- นิรัชรา ศศิธรและพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิชะระอุทิศ. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*
, 59(6), 717-730.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ
อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม*.
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปรียารัตน์ แคมดำ, สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้วและพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2554). ผลของโปรแกรม
สุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*,
11(4), 528-534.
- ปวีณา นพโสตรและรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วน
ร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 85-94.
- ปิยะดา ยู่ฉิม. (2561). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อ
พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 48(1), 44-56.
- พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ. (2560). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *พุทธ
ชินราชเวชสาร*, 34(3), 342-349.
- พรพรรณ ศรีโสภากและเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(2), 138-154.
- พรเพ็ญ สุทธิใจ (2555). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและ
การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต].
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พิชัย อิกฺฐสฺกุล, และศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2558). โรคซึมเศร้า, ใน มาโนชหล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4 หน้า 167-189) กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชษฐ อดมรัตน์และสรยุทธวาลิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553ก). สาเหตุทางจิตสังคมของโรคซึมเศร้า. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. (หน้า 1-27). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ไพจิตร พุทธรอด. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารชุมชนวิจัย*, 15(1), 70-82.
- ภรภัทร อิมโอส. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มลฤดี อินทร์พันธ์และรัชนีกร อุปเสน. (2561). ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลแบบครอบครัวเป็นฐานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลทหารบก.*, 19, 175-183
- มาโนช หล่อตระกูล,ปราโมทย์ สุคนิชย์,จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539) การพัฒนาแบบวัด Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย, *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41, 235-45.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่4).กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.*, 30(2), 69-82.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี แตรประสิทธิ์และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2556) .ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 97-103.
- รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม*. นครปฐม: มีสเตอร์ก็อปปี
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). *การบำบัดจิตสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). บริษัทดีกรี วิชั่น จำกัด.

- วราพร ศรีภิรมย์, นฤมล จงจิตวิบูลย์ผล และกมลพร วรณฤทธิ์ (2565). ผลของโปรแกรมการให้
สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช.
วารสารกองการพยาบาล, 49(2), 1-11.
- วาสนา วรณเกษมและรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัว
และการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 82-95.
- วาสนา เหล่าคงธรรม. (2559). ผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 12-26.
- วิชาการณ คันทะมุล, และปรามิทธิ์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(3), 83-92.
- วิไลลักษณ์ เกษมศรี. (2556). *ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน*.
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศราวุธ ราชฉนิ, สุชาดา กรเพชรปानी, และพีรวงศ์ อุปราช. (2561). *การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์
ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบกิจกรรมสิ่งเร้าควบคู่ร่วมกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองสำหรับวัยรุ่นไทย*.
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา, 16(1), 122-137.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2561). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เรา รู้เขา)*. (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). *ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. [วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิจตระกูล. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของ
ผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการและการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้า
ท้องแบบต่อเนื่อง. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 20(3), 325-340.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริลักษณ์ ปัญญาและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2558). ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบ
กลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 265-278.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*, กรุงเทพฯ: เจ พรีนติ้ง,
สมบูรณ์ อินทร์ขาว. (2557). *การให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สรินยา ไชยนันท์. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านใน อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาวิตรี สิงหาต. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 18(3), 15-24.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข้อมูลสถิติ. (2555). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร : การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566. จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-10.html.
- โสภกา ตั้งทิฆกุล, วิณา จีระแพทย์และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1), 133-147.
- อภิชัย มงคลและคณะ. (2550). รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2547. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวี.พี. จำกัด.
- อรพรรณ ลีอนุญวัชชัยและพีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย. (2553). การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- อรพิน พรศโยภณ และอนันท์ ผลิตนนท์เกียรติ. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. พยาบาลสาร. 46, 70-82.
- อรสา ไยยง, และพีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(2), 117-128.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2559). ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(2), 127-142.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็งและรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.

อุษณีย์ บุญบรรจบ, (2561) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อ
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.*, 30(2), 110-123.

ภาษาอังกฤษ

Alexopoulos. G. S. (2005). Depression in elderly. *Lancet*, 365(4), 1961-1970.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.

Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 4(6): 561-571.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy : Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Biegler, P. (2008). Autonomy, Stress and treatment of depression. *BMJ* 36 : 1046-1050.

Blazer , D., Burchett, B., & Service, C. (1991).The Association of age and depression among the elderly:An epidemiologic exploration. *Journal Gerontology*, 46, 210-215.

Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychol Med*, 35(9), 1241-1252.

Brandman, W. (1996). Intersubjectively , SocialMicrocism and the here and now in a support group for nurse. *Archive of General Psychiatry*, 6(10), 374-378.

Braun, M. M., Karlin, B. E., & Zeiss, A. (2015). 19 Cognitive-Behavioral Therapies in Older Adult Populations. *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies*, 349.

Brown,G.w.,Birley.J.L.&Wing,J.K (1972). Influence of family life on the course of Schizophrenia Disorder. *A Replication British Journal of Psychiatry*,121, 241-258.

Burcusa SL, Iacono WG. (2007). Risk for recurrence of depression . *Clinical Psychology Review*, 27, 959-985.

Chen, S., Conwell, Y., Vanorden, K., Lu, N., Fang, Y., Ma, Y.,.... Chiu, H. (2012). Pravalance and natural

- course of late - life depression in China primary care : A population based study from an urban community. *Journal of Affective Disorders*. 141(1), 86-93. doi:10.1016/j.jad.2012.02.027.
- Christine R, Gabriele Pi, Josef B & Werner K. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia-Result of Survey of All Psychiatric Institution in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenic Bulletin*, 32(4), 765-775.
- Cleare, A., Pariente, C. M., Young, A. H., Anderson, I. M., Christmas, D., Cowen, P. J., Gilbody, S. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 29(5), 459-525.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/00332909.98.2.310>
- Colasanti, V., Marianetti, M., Micacchi, F., Amabile, G. A., & Mina, C. (2010). Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 227-230. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.001>
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. *Handbook of cognitivebehavioral therapies*, 197-225.
- Davis , L.L. (1992) . Building a science of caring for caregivers . *Family and Community Health* 15 : 1-9.
- Department of Economic and Social Affairs, United Nations. (2015). *Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses Revision 2*. United Nations : New York.
- Dietz.J.L, Laura Mufson, Holly Irvine, Brent.A.D, (2008). Family - based interpersonal Psychotherapy for depression preadolescents: an open-treatment trial. *NIH Public Access*. 2(3): 154-161.
- Dowrick, C., et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression : multicentre randomized controlled trial. *BMJ*. 321 : 1-6.
- Evers, M. M., & Marin, D. B. (2002). Mood disorders. Effective management of major depressive disorder in the geriatric patient. *Geriatrics*, 57(10), 36-40; quiz 41.
- Falloon,I.R.H.e.a. (1985). *Family management of schizophrenia:A study of clinical,social,family and economic benefits*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Friedman,M.M,Bowden,V.R,&Jones,E. (2003). *Family nursing research theory and practice*. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children.

- Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Goldberg, J. (2014). *Depression in the Elderly*. Retrieved May 2016, from <http://www.webmud.com/depression/guide/depression-elderly?page=3>.
- Goldman, C. R. (1988). Toward a definition of psycho- education. *Psychiatric Services*, 39(6), 666-668.
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*. 4(1): 66-72.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Hamilton, M. (1960). A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Harter , L. (1988). Multi-family meeting on the psychiatric unit. *Journal of Psychosocial NTLER AUNPIE Nursing*. 26,18-22.
- Helen Verdeli, Kathleen Cougherty, Paul Bolton, et al,.. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: experience in rural Uganda. *World Psychiatry* 2(2).
- Hooley, J.M., Orley, J., Teasdale, J.D., (1986) Levels of express emotion and relapse in depressive patients. *British Journal of Psychiatry* 148, 642-647.
- Jaroenkul, P.(2012). *Elderly Care*. (2nd ed). Bangkok: Thai Red Cross Society. (in Thai).
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso , D. K., Martin, A. v. S., & Kraemer, H. C. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*. 170(2) : 188-196.
- Johnson, M. R. and Lydiard, R. B. (1998) . Comorbidity of major depression and panic disorder. *J.Clin. Psychol*, 54, 201-210.
- Kaplan,H.I.,& Sadock,BJ. (1993). *Comprehensive group psychotherapy*. Philadelphia: J.B Lippincott.
- Karam,G.,Itani,L.,Fayyad,J.,Karam,A.,Mneimneh,Z.,& Karam,E. (2016). Prevalence, correlates ,and treatment of mental disorders among Lebanese older adults: a national study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (4), 278-286.
- Kasantikul D. (2001). *Depression and cognitive decline*. Bangkok: Printing and Printing houses; (in Thai).
- Katsuki, F., Watanabe, N., Yamada, A., & Hasegawa, T. (2022). Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 8(5), e148. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.543>

- Keawkingkeo, S. (2011). *Psychiatric Nursing*. (2nd ed.) Bangkok: Thammasat University. (in Thai).
- Kiosses, D. N., & Alexopoulos, G. S. (2014). Problem-solving therapy in the elderly. *Curr Treat Options Psychiatry*, 1(1), 15-26.
- Lazarus, R. and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. Publishing Company.
- Meesri, K (2012). Selected Factors Related to Capabilities Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(1): 35-49. (in Thai).
- Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., Fujita, H., Tanaka, S., Kanawa, S. (2001). Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. *Journal of Affective Disorders* 63, 43-49.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooymann, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34(1), 19.
- Morrow, W.R., & Wilson, R.C. (1961). Family relation of bright high-achieving and under achieving high school boy. *Child Development*, 32, 501-510.
- Murphy, E. (1982). *Social origins of depression in old age*. *British Journal of Psychiatry*, 141, 135-142.
- Nezu A.M., & D'Zurilla, T.J. (2002). *Problem-solving skills training*. In G.Fink (Ed.). *Encyclopedia of Stress* (2nd ed.). New York : Elsevier .
- Nguyen, T. T., Tchetgen, E. J. T., Kawachi, I., Gilman, S. E., Walter, S., & Glymour, M. M. (2017). The role of literacy in the association between educational attainment and depressive symptoms. *SSM-population health*, 3, 586-593.
- Nurhidayati T. & Pandin G., Nadya C. (2022). Systematic review psychoeducation of elderly with depression in public health: Philosophical study. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2022.09.27.22280394>.
- Okasha, A., El, Snyder, A.k.a.b.w.i., Wilson, K.S., El Dawla, A.S., I., (1994). Express emotion, perceived criticism, and relapse in depression: a replication in an Egyptian community. *American Journal of Psychiatry* 151,1001-1005.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low Self-Esteem Is a Risk Factor for Depressive Symptoms From Young Adulthood to Old Age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472-478.
- Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. (2008). Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *Focus*, 6(1), 155-162.
- Polit, D.F., & Beck, T.B. (2014). *Nursing research: Principles and methods* (8th ed.). Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins.

- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 1038-1058.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Apply Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Richardson, T. M., Friedman, B., Podgorski, C., Knox, K., Fisher, S., He, H., & Conwell, Y. (2012). Depression and its correlates among older adults accessing aging services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 20* (4): 346-354.
- Roose, S. P., & Sackeim, H. A. (2004). *Late-life depression*: Oxford University Press.
- Sebern, M. (2005). Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advance Nursing, 52*(2), 170-179.
- Skarsater, J., Baigi, A., and Haglund L. (2006) . Functional status and quality of life in patient with first episode major depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 13* : 205-213.
- Taylor, W.D. (2014). Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine, 371*(13), 1228-36.
- Theis SL., Cohen FL., Forrest J.& Zelewsky M.,. (1997). Needs assessment of caregivers of people with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care, 8*(3), 76-84.
- Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, H., & Ozturk, A. (2015). Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine, 6*(4), 319-324.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., & Markowitz, J. C. (2017). *The Guide to Interpersonal Psychotherapy: Updated and Expanded Edition*: Oxford University Press.
- Wells, M. (2012). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care, 10* (2): 45-54.
- Wilkinson, P., Alder, N., Juszczak, E., Matthews, H., Merritt, C., Montgomery, H., Jacoby, R. (2009). A pilot randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural group intervention to reduce recurrence rates in late life depression. *International journal of geriatric psychiatry, 24*(1), 68-75.
- Williams CA. (1989). Patient education for people with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care, 25*(2), 14-21.
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Depression Rates by Country 2022*: global health

estimates [Internet]. Geneva.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1)*: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). Basic Books.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- 1.ดร. สนธยา มณีรัตน์
- 2.อาจารย์กิงกาญจน์ ชูเมือง
- 3.นางรุ่งทิพย์ จันทราช
- 4.นายพงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณี
- 5.นายชุมทรัพย์ ก้อนทอง

สถานที่ปฏิบัติงาน

- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระปกเกล้า
จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรม
ราชชนก
- คณะตีมหาวิทยาลัยปทุมธานี
- โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอทราย
จังหวัดสิงห์บุรี
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- 1.3. แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณี และคณะ (2561)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- 2.1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) และแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565)
- 3.2 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555)

ตัวอย่าง
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างในข้อที่ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ

60 - 75 ปี

76 - 80 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

ไม่ได้ศึกษา

ประถมศึกษา

อนุปริญญา/ปวส.

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

4.ระยะเวลาของการเจ็บป่วย.....

ตัวอย่าง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างในข้อที่ตรงกับข้อมูลทั่วไปของท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ

21-30 ปี

41 - 50 ปี

61 - 70 ปี

31 - 40 ปี

51 - 60 ปี

71 - 80 ปี

3. ระดับการศึกษา

ไม่ได้ศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

ปริญญาตรี

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

สูงกว่าปริญญาตรี

อนุปริญญา/ปวส.

4. อาชีพ

ว่างาน

ค้าขาย

รับจ้าง

เกษตรกรรม

รับราชการ

อื่นๆ ระบุ....

5. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

6. ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....

(หมายเหตุ : ครอบครัว คือ ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล)

ตัวอย่าง

แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

พัฒนาโดยศราวรุช ราชมณีและคณะ (2561)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบไปด้วย 21 คำถาม กรุณาอ่านประโยคคำถามอย่างรอบคอบ และเลือก 1 คำตอบ เพื่ออธิบายความรู้สึกของคุณในระหว่าง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขด้านล่างของคำถาม ถ้ามีคำตอบหลายคำตอบในแต่ละคำถาม ให้วงกลมคำตอบที่มีความน่าจะเป็นมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ความโศกเศร้า 0 ไม่รู้สึกเศร้า 1 รู้สึกเศร้ามาก 2 เศร้าตลอดเวลา 3 เศร้ามากหรือไม่มีความสุข	6. ความรู้สึกของการลงโทษ 0 ไม่ได้รู้สึกว่าฉันกำลังได้รับการลงโทษ 1 รู้สึกว่าฉันอาจได้รับการลงโทษ 2 รู้สึกคาดว่าจะถูกลงโทษ 3 รู้สึกว่าฉันได้รับการลงโทษ
2. การมองโลกในแง่ร้าย 0 ไม่รู้สึกท้อแท้ 1 รู้สึกหมดกำลังใจ 2 ไม่คาดหวังเกี่ยวกับตนเอง 3 รู้สึกว่าสิ้นหวังอนาคต	7. การไม่ชอบตนเอง 0 รู้สึกปกติ 1 สูญเสียความมั่นใจในตัวเอง 2 ผิดหวังในตัวเอง 3 ไม่ชอบตัวเอง
3. ความล้มเหลวในอดีต 0 ไม่ได้รู้สึกว่าล้มเหลว 1 ได้รับความล้มเหลวมาก 2 ขณะที่มองย้อนกลับไปเห็นความล้มเหลวมากมาย 3 รู้สึกว่าเป็นบุคคลความล้มเหลวทุกเรื่อง	8. การวิพากษ์วิจารณ์ตัวเอง 0 ไม่กล่าวโทษตัวเอง 1 กล่าวโทษตัวเอง 2 กล่าวโทษตัวเองกับความผิดพลาดทั้งหมด 3 กล่าวโทษตัวเองกับสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นทุกอย่าง
4. การสูญเสียความพอใจหรือความสนุกสนาน 0 ได้รับความพอใจหรือความสนุกสนาน 1 ไม่ได้ได้รับความพอใจหรือความสนุกสนานเท่าเคย	9. ความคิดหรือความปรารถนาที่จะฆ่าตัวตาย 0 ไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย 1 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายแต่ฉันไม่ได้ทำ 2 อยากจะฆ่าตัวตาย 3 จะฆ่าตัวตายถ้ามีโอกาส

2 ได้รับความพอใจหรือความสนุกสนานเล็กน้อยมาก	
3 ไม่ได้ได้รับความพอใจหรือความสนุกสนานใดๆ จากสิ่งที่ เคยชอบ	
5.ความรู้สึกผิด 0 ไม่ได้รู้สึกผิดอะไรมากกว่าปกติ 1 รู้สึกผิดในช่วงหลายสิ่งหลายอย่างที่ฉันได้ทำ 2 รู้สึกผิดค่อนข้างมากที่สุดในช่วงเวลานั้น 3 รู้สึกผิดตลอดเวลา	10. การร้องไห้ 0 ไม่ได้ร้องไห้มากกว่าที่ฉันเคยร้อง 1 ร้องไห้มากกว่าที่ฉันเคยร้อง 2 ร้องไห้มากๆในเรื่องเล็กน้อย 3 รู้สึกชอบการร้องไห้แต่ฉันไม่สามารถทำมันได้
.	.
.	.
.	.
.	.

คำชี้แจงการแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล
0-13	ระดับภาวะซึมเศร้าที่น้อยที่สุด (Minimal)
14-19	ระดับภาวะซึมเศร้าที่น้อย (Mild)
20-28	ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate)
29-63	ระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe)

ตัวอย่าง

แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้
ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 และบันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร 1.2 วันนี้วันอะไร

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร 1.4 ปีนี้ ปีอะไร

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ...ชื่อว่าอะไร

2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร

2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร

2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร

2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร

2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร

2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร

2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร

2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

ตัวอย่าง

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565)

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. สาเหตุของโรคซึมเศร้า อาจเกิดจากการประสบเหตุการณ์สูญเสียอย่างกะทันหัน หรือผิดหวังจากสิ่งต่างๆรอบตัว เช่น จากคนใกล้ชิด ลูกหลาน		
2. โรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร บางครั้งมีความคิดอยากตายโดยมีอาการอยู่นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป		
3. กรรมพันธุ์จากรุ่นพ่อแม่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า		
4. โรคซึมเศร้านั้นมักเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย		
5. โรคซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องรักษา เมื่อทำใจได้ก็หายป่วยเอง		
6. การรับประทานยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายได้ เช่น คลื่นไส้ ท้องผูก เบื่ออาหาร		
7. การรักษาโรคซึมเศร้าวินิจฉัยได้ด้วยยาเท่านั้น		
8. หากเราสามารถจัดการความเครียดอย่างถูกวิธีจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
15. ผู้ที่มีอารมณ์แจ่มใส ยิ้มง่าย อารมณ์ขัน จะมีสุขภาพจิตที่ดี		
16. หากไม่สบายใจหรือมีความเครียดสามารถโทรปรึกษาได้ที่สายด่วนสุขภาพจิต 1323		

ตัวอย่าง

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

(ฉบับผู้วิจัย)

คู่มือ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
ต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

(ฉบับผู้วิจัย)



โดย

น.ส.อนงค์นาฏ คุณประสาธ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

(ฉบับผู้สูงอายุและครอบครัว)

คู่มือ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่อ

อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

(ฉบับผู้สูงอายุและครอบครัว)



โดย

น.ส.อนงค์นาฏ คุณประสาธ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกเป็นรายคู่



ตารางที่ 7 คะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1	14	2	12	14	8	6
2	28	13	15	25	27	-2
3	19	8	11	16	5	11
4	14	2	12	16	5	11
5	14	3	11	21	27	-6
6	14	7	7	14	4	10
7	16	1	15	15	8	7
8	23	12	11	20	18	2
9	14	6	8	14	14	0
10	14	8	6	16	14	2
11	14	2	12	19	13	6
12	28	8	20	27	31	-4
13	23	12	11	20	17	3
14	14	2	12	18	14	4
15	14	9	5	14	14	0
16	14	2	12	14	12	2
17	14	2	12	19	24	-5
18	14	9	5	15	16	-1
19	14	5	9	15	10	5
20	14	6	8	14	17	-3
Mean	16.65	5.95	10.7	17.30	14.90	2.4
S.D.	4.83	3.86		3.80	7.62	

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังการทดลองคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองทุกคน คะแนนเป็นค่าลบ คือ มีคะแนนลดลงจากก่อนการทำกิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวน 6 คน มีผลต่างคะแนนค่าบวก และ 14 คนมีผลต่างคะแนนค่าลบ ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม มีคะแนนเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 30



ภาคผนวก ง
คะแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 คะแนนความรู้กลุ่มทดลองที่ไม่ผ่านเกณฑ์หลังทำกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความรู้	
	หลังทดลองทันที	หลังให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคล
Case ที่ 1	10	13
Case ที่ 2	9	13
Case ที่ 3	11	14
Case ที่ 4	12	15
Case ที่ 10	11	14
Case ที่ 11	11	13
Case ที่ 12	10	13
Case ที่ 13	10	14
Case ที่ 14	11	13
Case ที่ 15	12	15
Case ที่ 17	10	13

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์มีจำนวน 11 คน ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุซึ่งมีความสามารถในกระบวนการคิดและความจำต่อสิ่งต่างๆลดลง อีกทั้งส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 รองมาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. คิดเป็นร้อยละ 7.5 ไม่ได้ศึกษาคิดเป็นร้อยละ 5 และระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 2.5 ประกอบกับมีกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่มีลักษณะความคิดที่เป็นอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง โลก อนาคต ผู้วิจัยจึงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ซักถามข้อสงสัยและให้ความรู้เพิ่มเติมเป็นรายบุคคล จากนั้นจึงทำการประเมินหลังประเมินผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้คะแนนความรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นผ่านเกณฑ์ทุกคน

ภาคผนวก จ
คะแนนความรู้และสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม



ตารางที่ 9 คะแนนความรู้และสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความรู้		คะแนนสัมพันธภาพ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
Case ที่ 1	7	13	50	60
Case ที่ 2	5	13	47	61
Case ที่ 3	9	14	51	62
Case ที่ 4	10	15	50	60
Case ที่ 5	11	15	53	63
Case ที่ 6	13	16	46	50
Case ที่ 7	13	15	46	53
Case ที่ 8	12	14	55	60
Case ที่ 9	9	13	45	52
Case ที่ 10	9	14	47	53
Case ที่ 11	7	13	50	58
Case ที่ 12	6	13	38	50
Case ที่ 13	8	14	42	50
Case ที่ 14	9	13	35	42
Case ที่ 15	10	15	55	62
Case ที่ 16	12	16	44	54
Case ที่ 17	8	13	32	38
Case ที่ 18	10	13	48	59
Case ที่ 19	10	13	50	62
Case ที่ 20	11	14	52	63

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีระดับคะแนนความรู้และคะแนนสัมพันธภาพต่ำกว่าภายหลังการทดลอง โดยก่อนการทดลอง พบว่า มีคะแนนสัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน และมีคะแนนสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 18 คน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกคนและคะแนนสัมพันธภาพอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองทุกครอบครัว

ภาคผนวก ฉ
การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรอายุและระดับอาการซึมเศร้า (Matched-pair)
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับอาการซึมเศร้า (Matched-pair)

คู่ที่	อายุ		ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	66	62	14	14
2	77	81	28	25
3	75	80	19	16
4	79	82	14	16
5	72	76	14	21
6	69	73	14	14
7	73	78	16	15
8	62	66	23	20
9	63	68	14	14
10	65	70	14	16
11	61	64	14	19
12	63	68	28	27
13	69	71	23	20
14	67	70	14	18
15	63	66	14	14
16	61	60	14	14
17	61	60	14	19
18	65	70	14	15
19	66	70	14	15
20	61	62	14	14

จากตารางที่ 10 พบว่า การจับคู่ (Matched pair) โดยให้กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ (Alexopoulos, 2005) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Jeste et al., 2013)

ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์
แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย
พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561)

ที่ อว ๒๔.๑๑/ ๐๐๖๔๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วยนางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย จากคู่มือฉบับนี้ เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบกิจกรรมสิ่งเร้าควบคู่ร่วมกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองสำหรับวัยรุ่นไทย ของ นายศราวุธ ราชมณี สาขาวิชาการศึกษาและสถิติทางวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา (๒๕๖๑) โดยมีอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปามี เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ข้อนี้

โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๓๑, ๐๔-๑๔๘๓๓-๖๖๗๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๓๗๑
นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ โทร. ๐๙๓-๖๘๐๔-๕๖๑๕

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์
แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565)



ที่ อว ๒๔.๑๑/๐๐๒๕๕

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
 ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

เนื่องด้วย นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า จากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช ของ นางวราพร ศรีภิรมย์ งานพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ (๒๕๖๕)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์พิภเว็ชษา
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๓๗๑
 นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ โทร. ๐๙๓-๖๘๘-๕๖๑๕

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์
แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคม จิตอารีย์ (2555)



ที่ ฮว ๒๔.๑๑/ ๐๐๖๔๗

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีมหาวิทยาลัยคริสเตียน

เนื่องด้วย นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แฉงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในชุมชนจังหวัดนครปฐม ของ นางบุษราคม จิตอารีย์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน (๒๕๕๕) โดยมี อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน และ อาจารย์พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ นิมิตอาพันธ์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แฉงค้อมยุทธ์ อูทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่ปรึกษา

โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๘๓๓-๖๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แฉงค้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๓๗๑

นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ โทร. ๐๙๓-๖๘๘๔-๕๖๑๕



ภาคผนวก ซ
หนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๐๖๙๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระปกเกล้า จันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.สนธยา มณีรัตน์ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ นิสิต

ดร.สนธยา มณีรัตน์

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ โทร. ๐๙๓-๖๘๙-๕๖๑๕

ภาคผนวก ฅ
หนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๙๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบเสนอโครงการวิจัย (ภาษาไทย) จำนวน ๔ ชุด
 ๒. เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบยินยอมให้ข้อมูล จำนวน ๔ ชุด
 ๓. แบบบันทึกข้อมูล แบบเก็บข้อมูล หรือ Protocol ที่ใช้ในการศึกษา จำนวน ๔ ชุด
 ๔. เอกสารขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน ๔ ชุด
 ๕. ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (GCP online training) จำนวน ๔ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ โทร. ๐๙๓-๖๘๙-๕๖๑๕



ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

เอกสารรับรองเลขที่ NPHO ๒๐๒๓ -๐๑๑

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) : ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่อ
อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION EMPHASIZING
SHARED CARE ON DEPRESSIVE SYMPTOMS OF OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE
DISORDER IN COMMUNITY.

รหัสโครงการที่ .../๒๕๖๖

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาท

หน่วยงานที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ที่ทำงาน - โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๓๖๘๙ ๕๖๑๕

เอกสารที่รับรอง : ๑. แบบเสนอโครงการวิจัยภาษาไทย


๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

๓. แบบบันทึกข้อมูล/ แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ (วันที่คณะกรรมการฯพิจารณาอนุมัติ)

วันที่หมดอายุ : วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบ จากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

ลงนาม 

(นางสาวศรีสุรางค์ ดวงประเสริฐ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

ลงนาม 

(นางอรรรัตน์ จันทร์เพ็ญ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๒๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-๑๐ ซึ่งมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนตั้งแต่ ๑๔-๒๘ คะแนน และครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน ๓๐ ครอบครัว โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) พัฒนาโดย ศราวุธ ราชสมบัติ และคณะ (๒๕๖๑) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ปรับปรุงโดย วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ (๒๕๖๕) และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดย บุษราคัม จิตอารีย์ (๒๕๕๕) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้ากลุ่มงานแผนกจิตเวชและยาเสพติด

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๗

นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ โทร. ๐๙๓-๖๘๙-๕๖๑๕

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๒๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-๑๐ ซึ่งมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนตั้งแต่ ๑๔-๒๘ คะแนน และครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จำนวน ๕๐ ครอบครัว โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) พัฒนาโดย ศราวุธ ราชมณี และคณะ (๒๕๖๑) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ปรับปรุงโดย วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ (๒๕๖๕) และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดย บุษราคม จิตอารีย์ (๒๕๕๕) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิต)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้ากลุ่มงานแผนกจิตเวชและยาเสพติด

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ โทร. ๐๙๓-๖๘๙-๕๖๑๕



การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยศราวุธ ราช
มณีและคณะ (2561)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ
(2565)

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555)



การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ
แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย
พัฒนาโดยศราวุธ ราชมณีและคณะ (2561)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.781	.781	21

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ความโศกเศร้า	15.37	18.102	.271	.777
2. การมองโลกในแง่ร้าย	15.30	18.079	.335	.772
3. ความล้มเหลวในอดีต	15.63	18.309	.321	.773
4. การสูญเสียความพอใจหรือความสนุกสนาน	15.57	18.875	.155	.783
5. ความรู้สึกผิด	15.53	17.223	.562	.758
6. ความรู้สึกของการลงโทษ	15.60	17.007	.657	.753
7. การไม่ชอบตนเอง	15.93	17.582	.398	.768
8. การวิพากษ์วิจารณ์ตัวเอง	16.47	15.499	.709	.740
9. ความคิดหรือความปรารถนาที่จะฆ่าตัวตาย	16.80	17.890	.498	.764
10. การร้องไห้	16.70	16.355	.693	.746
11. อาการกระสับกระส่าย	15.77	19.151	.158	.781
12. การสูญเสียความสนใจ	15.80	19.683	-.010	.787

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
13.ความล้มเหลว	16.77	17.702	.508	.763
14. ความไร้ค่า	15.73	16.616	.309	.785
15. การสูญเสียพลังงาน	15.93	17.789	.416	.767
16.การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ	16.67	19.747	-.048	.792
17.ความหงุดหงิด	16.77	19.426	.066	.785
18.การเปลี่ยนแปลงในรับประทานอาหาร	15.27	20.409	-.203	.804
19. การมีสมาธิ	16.83	18.351	.404	.770
20. ความเหน็ดเหนื่อยหรือความเมื่อยล้า	16.80	18.372	.490	.768
21. การสูญเสียความสนใจด้านเพศสัมพันธ์	16.77	18.116	.514	.765

การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ
แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึ่มเศร้า ปรับปรุงโดยวราพร ศรีภิรมย์และคณะ (2565)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.859	.859	16

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. สาเหตุของโรคซึ่มเศร้า อาจเกิดจากการประสบเหตุการณ์สูญเสีย	14.50	2.397	.549	.848
2.โรคซึ่มเศร้า หมายถึง โรคที่มีอาการซึ่มเศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร	14.50	2.397	.549	.848
3. กรรมพันธุ์จากรุ่นพ่อแม่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่มเศร้า	14.50	2.397	.549	.848
4. โรคซึ่มเศร้ามักเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย	14.50	2.397	.549	.848
5. โรคซึ่มเศร้าไม่จำเป็นต้องรักษาเมื่อทำใจได้ก็หายป่วยเอง	14.50	2.397	.549	.848
6. การรับประทานยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึ่มเศร้าอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายได้	14.50	2.397	.549	.848

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
7. การรักษาโรคซึมเศร้ารักษาได้ด้วยยาเท่านั้น	14.50	2.397	.549	.848
8. หากเราสามารถจัดการความเครียดอย่างถูกวิธีจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้	14.50	2.397	.549	.848
9. การคิดบวกช่วยลดความตึงเครียดซึ่งส่งผลต่อโรคซึมเศร้าได้	14.50	2.397	.549	.848
10. อาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดต้นคอ และไหล่	14.50	2.397	.549	.848
11. การเผชิญปัญหาโดยการคิดในมุมบวก จะทำให้เห็นทางออก	14.50	2.534	.297	.860
12. ความรู้สึกห่อเหี่ยว หมดเรื้อว หมดแรงสามารถเกิดขึ้นได้เสมอ	14.50	2.534	.297	.860
13. ความคิดด้านลบทำให้เรามองตนเองในแง่ร้าย	14.50	2.534	.297	.860
14. ครอบครัวที่อบอุ่น จะเป็นพลังใจให้เราฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคต่างๆได้	14.50	2.397	.549	.848
15. ผู้ที่มีอารมณ์แจ่มใส ยิ้มง่าย อารมณ์ขัน จะมีสุขภาพจิตที่ดี	14.50	2.397	.549	.848
16. หากไม่สบายใจหรือมีความเครียดสามารถโทรปรึกษาได้ที่สายด่วนสุขภาพจิต 1323	14.50	2.534	.297	.860

การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ
แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว โดยบุษราคัม จิตอารีย์ (2555)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.849	.908	16

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร	57.40	16.455	.484	.845
2.เมื่อท่านมีปัญหาท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว	57.50	15.500	.583	.836
3.สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่าน	57.50	15.500	.583	.836
4.ท่านและคนในครอบครัวมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ	57.40	16.455	.484	.845
5.ท่านและครอบครัวมักใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกร่วมกัน	57.70	14.631	.639	.831
6.ท่านและครอบครัวมักทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความผ่อนคลายร่วมกัน	57.60	14.248	.854	.821
7.เมื่อมีเวลาว่างท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยและมีกิจกรรมร่วมกันเสมอ	57.47	16.257	.348	.846

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
8.สมาชิกในครอบครัวมักจะชวนท่านไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ / ต้องการ	57.50	15.224	.690	.832
9.สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อท่านด้วยท่าทางคำพูดหรือวิธีการที่ไม่เหมาะสม	57.57	15.564	.177	.869
10.ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของท่านจะรับฟังความคิดเห็นของท่าน	57.57	14.392	.858	.822
11.ท่านยอมรับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวแม้ว่าจะมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน	57.77	13.495	.510	.845
12.สมาชิกส่วนใหญ่หรือทุกคนในครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น	57.57	14.185	.576	.834
13.ท่านและครอบครัวมีการวางแผนทำกิจกรรมร่วมกันเสมอ	57.70	14.217	.388	.855
14.ท่านและครอบครัวรู้ว่าเมื่อมีเรื่องโต้เถียงกันจะเกิดข้อขัดแย้งและมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวเสมอ	57.40	16.455	.484	.845
15.ท่านและครอบครัวมีความร่วมแรงร่วมใจกันในการทำสิ่งต่างๆอยู่เสมอ	57.43	15.909	.609	.839
16.เมื่อมีเรื่องขัดแย้งกันท่านและครอบครัวรวมกันหาทางออกโดยสันติวิธี	57.43	15.909	.609	.839



การวิเคราะห์สถิติ Chi-square tests

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุด้วยสถิติ Chi-square tests ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาของการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

เพศ

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.000 ^a	1	1.000	1.000	.704	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.000	1	1.000	1.000	.704	
Fisher's Exact Test				1.000	.704	
Linear-by-Linear Association	.000 ^c	1	1.000	1.000	.704	.397
N of Valid Cases	20					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .000.

อายุ



Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6.667 ^a	1	.010	.053	.053	
Continuity Correction ^b	2.963	1	.085			
Likelihood Ratio	6.273	1	.012	.053	.053	
Fisher's Exact Test				.053	.053	
Linear-by-Linear Association	6.333 ^c	1	.012	.053	.053	.053
N of Valid Cases	20					

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2.517.

ระดับการศึกษาสูงสุด

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.556 ^a	6	.997	1.000		
Likelihood Ratio	.947	6	.988	1.000		
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	7.242			1.000		
Linear-by-Linear Association	.051 ^b	1	.822	.958	.808	.632
N of Valid Cases	20					

a. 11 cells (91.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05. b. The standardized statistic is -.225.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักหรือครอบครัว ด้วยสถิติ Chi-square tests ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล
เพศ

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.303 ^a	1	.582	.670	.465	
Continuity Correction ^b	.008	1	.927			
Likelihood Ratio	.305	1	.581	.670	.465	
Fisher's Exact Test				.670	.465	
Linear-by-Linear Association	.288 ^c	1	.592	.670	.465	.308
N of Valid Cases	20					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.60.

b. Computed only for a 2x2 table c. The standardized statistic is -.537.

อายุ

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	24.593 ^a	20	.217	.203		
Likelihood Ratio	26.048	20	.164	.186		
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	21.346			.209		
Linear-by-Linear Association	.399 ^b	1	.528	.563	.290	.033
N of Valid Cases	20					

a. 30 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .10.

b. The standardized statistic is -.632.

ระดับการศึกษา



Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.074 ^a	12	.955	.889		
Likelihood Ratio	5.860	12	.923	.921		
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	11.146			.886		
Linear-by-Linear Association	.004 ^b	1	.951	.988	.514	.053
N of Valid Cases	20					

a. 19 cells (95.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05. b. The standardized statistic is .061.

อาชีพ

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	17.313 ^a	15	.301	.340		
Likelihood Ratio	15.495	15	.416	.605		
Fisher-Freeman- Halton Exact Test	15.017			.510		
Linear-by-Linear Association	.929 ^b	1	.335	.356	.181	.018
N of Valid Cases	20					

a. 24 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .10. b. The standardized statistic is .964.

รายได้

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.037 ^a	1	.848	1.000	.608	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.037	1	.848	1.000	.608	
Fisher's Exact Test				1.000	.608	
Linear-by-Linear Association	.035 ^c	1	.852	1.000	.608	.358
N of Valid Cases	20					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.80.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .187.

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3.322 ^a	4	.506	.493		
Likelihood Ratio	3.723	4	.445	.557		
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	4.319			.557		
Linear-by-Linear Association	1.382 ^b	1	.240	.336	.201	.133
N of Valid Cases	20					

a. 7 cells (77.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

b. The standardized statistic is 1.176.



ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	14.142 ^a	9	.117	.159		
Likelihood Ratio	11.003	9	.276	.269		
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	12.710			.147		
Linear-by-Linear Association	6.857 ^b	1	.009	.009	.009	.005
N of Valid Cases	20					

a. 15 cells (93.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

b. The standardized statistic is 2.619.

การวิเคราะห์สถิติ Paired t-test

กลุ่มทดลอง

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	คะแนนก่อนทดลองอาการ ซีมีเศร้า	16.65	20	4.826	1.079
	คะแนนหลังทดลองอาการ ซีมีเศร้า	5.95	20	3.859	.863

Paired Samples Correlations					
		N	Correlation	Significance	
				One-Sided p	Two-Sided p
Pair 1	คะแนนก่อนทดลองอาการ ซีมีเศร้า & คะแนนหลังทดลอง อาการซีมีเศร้า	20	.669	<.001	.001

Paired Samples Test										
		Paired Differences					t	df	Significance	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				One-Sided p	Two-Sided p
					Lower	Upper				
Pair 1	คะแนนก่อน ทดลอง - คะแนนหลัง ทดลอง	10.700	3.643	.815	8.995	12.405	13.134	19	<.001	<.001

การวิเคราะห์สถิติ Paired t-test

กลุ่มควบคุม

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	คะแนนก่อนทดลองอาการ ซีมีเศร้า	17.30	20	3.799	.849
	คะแนนหลังทดลองอาการ ซีมีเศร้า	14.90	20	7.622	1.704

Paired Samples Correlations					
		N	Correlation	Significance	
				One-Sided p	Two-Sided p
Pair 1	คะแนนก่อนทดลองอาการ ซีมีเศร้า & คะแนนหลังทดลอง อาการซีมีเศร้า	20	.797	<.001	<.001

Paired Samples Test										
		Paired Differences					t	df	Significance	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				One- Sided p	Two- Sided p
					Lower	Upper				
Pair 1	คะแนนก่อน ทดลอง - คะแนนหลัง ทดลอง	2.400	5.134	1.148	-.003	4.803	2.091	19	.025	.050

การวิเคราะห์สถิติ Independent t-test

ก่อนทดลอง

Group Statistics					
	กลุ่ม	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
คะแนนก่อนทดลองอาการ ซีมีเศร้า	ทดลอง	20	16.65	4.826	1.079
	ควบคุม	20	17.30	3.799	.849

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
คะแนนก่อน ทดลอง อาการ ซีมีเศร้า	Equal variances assumed	.795	.378	-.473	38	.319	.639	-.650	1.373	-3.430	2.130
	Equal variances not assumed			-.473	36.013	.319	.639	-.650	1.373	-3.435	2.135

การวิเคราะห์สถิติ Independent t-test

หลังทดลอง

Group Statistics					
	กลุ่ม	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
คะแนนหลังทดลองอาการ ซีมีเศร้า	ทดลอง	20	5.95	3.859	.863
	ควบคุม	20	14.90	7.622	1.704

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
คะแนน หลัง ทดลอง อาการ ซีมีเศร้า	Equal variances assumed	4.782	.035	-4.685	38	<.001	<.001	-8.950	1.910	-12.817	-5.083
	Equal variances not assumed			-4.685	28.140	<.001	<.001	-8.950	1.910	-12.862	-5.038

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของประชากรตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

(ประชากรตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมหรือให้ผู้อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง**ได้รับคำอธิบาย**และตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัย**เข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะ**ของดการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า** โดยการงดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใดหรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการวิจัยขึ้น ข้าพเจ้าจะติดต่อกับนางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาทได้ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนพรัตน์ วชิระ โทรศัพท์ 02-5406500

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนครนายก ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ที่อยู่ 90 หมู่ 7
ต.เขาพระ อ.เมืองนครนายก จังหวัดนครนายก 26000 โทร 037386390

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้
ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้วและยินดีเข้าร่วมใน
การวิจัยจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

(ผู้ดูแลหลัก/สมาชิกครอบครัว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ขอแสดงความยินยอม เข้าร่วมหรือให้ผู้อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง**ได้รับคำอธิบาย**และตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะ**ของดการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า** โดยการงดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับ แต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใดหรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการวิจัยขึ้น ข้าพเจ้าจะติดต่อกับนางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาธ ได้ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี วชิระ โทรศัพท์ 02-5406500

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครนายก ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ที่อยู่ 90 หมู่ 7
ต.เขาพระ อ.เมืองนครนายก จังหวัดนครนายก 26000 โทร 037386390

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้
ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้วและยินดีเข้าร่วมใน
การวิจัยจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนานหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาท)

ผู้วิจัยหลัก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ฅ
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง
หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลสำหรับประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอนงค์นาฏ คุณประสาท ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม วัชรวิทย์ ที่อยู่ 681 ถนนรามอินทรา แขวงรามอินทรา
เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230 โทรศัพท์ 02-5406500 E-mail : anongnad.k@bcnnv.ac.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดี
ข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้น
การมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

3. วัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิต
ศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแล

3.2 เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศวาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิต
ศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการ
วิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลองค์กรักษ์และ
ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค ICD-10 โดยมีอาการ
ซึมเศวาระดับน้อยถึงปานกลาง (ตั้งแต่ 14 - 28 คะแนน) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินด้วยแบบประเมิน
MMSE ต้องมีคะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วม
การวิจัยด้วยความสมัครใจ และครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกับ
ผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย
หรือทางสายโลหิต มีการพึ่งพาอาศัยกันทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร เป็นต้น และช่วยเหลือ
ผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการ
ดูแลจำนวนทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรม
สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าการศึกษา
ครั้งนี้ แบ่งกลุ่มประชากรตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้ที่เป็นกลุ่มควบคุม

จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลองค์กรฯ ดังนี้ การพยาบาลตามปกติ การประเมินและคัดกรองอาการผู้ป่วย ก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยขณะอยู่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การดูแลรักษาโรค การรับประทานยา และการติดตามนัด

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยพัฒนาตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al (1980) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) โดยดำเนินในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม นานครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1) สร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน: การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว (joining) ทักทายทำความรู้จัก แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยและเริ่มต้นด้วยกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ครอบครัวเดียวกัน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาจุดเด่นหรือคุณลักษณะเชิงบวกของตนเอง/ครอบครัว และแลกเปลี่ยนความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความคาดหวังเชิงบวกในการดูแล

กิจกรรมที่ 2) ครอบรู้ ดูแลกัน: การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (family education) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงลักษณะอาการ การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล โดยจัดเป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรักษาด้วยกิจกรรมเกมส์บัตรคำนำความรู้ และแลกเปลี่ยนความต้องการในการดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติร่วมกันในการลดอาการซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 3) ยอมรับ ปรับใจ : การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ผู้บำบัดจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายและแก้ปัญหาร่วมกันในการดูแลผ่านการฝึกฝนสถานการณ์จำลองปัญหาในชีวิตประจำวันโดยใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกและการฟังที่มีการเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนมุมมอง ความรู้สึกและความคิดเห็นเพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา

กิจกรรมที่ 4) จิตสดใส ใจเป็นสุข : การเผชิญความเครียด (coping skills) การที่ผู้บำบัดพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ร่วมกับการเสริมสร้างทักษะในการเผชิญความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 5) แหล่งรวมพลังใจ : การสนับสนุนทางสังคม (social support) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม และสามารถร่วมกันค้นหาแหล่ง

สนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและชุมชนร่วมกันได้อย่างเหมาะสม โดยให้ใบงานกับผู้ป่วยเป็นตารางบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างน้อยครั้งละ 30-45 นาที จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและเรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชนเพิ่มมากขึ้น

6. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al (1980) มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนมีอาการซึมเศร้ามลดลงและดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกคนโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับโดยระบุให้ชัดเจน เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมโดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ที่อยู่ 90 หมู่ 7 ต.เขาพระ อ.เมืองนครนายก จังหวัดนครนายก 26000 โทร 037386390

ภาคผนวก ณ
ประกาศนียบัตรการเข้าร่วมประชุมวิชาการการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะเปราะบาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประกาศนียบัตรการเข้าร่วมประชุมวิชาการการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ประกาศนียบัตรการอบรมแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการทําวิจัยในคน มร.ชุคที่ 1 และ ศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ได้ไว้เพื่อแสดงว่า

อหงคํานาฏ คุณประสาท

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer based)

“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 27 กรกฎาคม 2567

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไววอง จันทวีรเมธีอง)
ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.ชุคที่ 1

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมมติ มุ่งทองงษา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	อนงค์นาฏ คุณประสาท
วัน เดือน ปี เกิด	3 พฤศจิกายน 2539
สถานที่เกิด	จังหวัดนครสวรรค์
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ วชิระ ปี พ.ศ. 2562
ที่อยู่ปัจจุบัน	68/1 หมู่ 2 ต.เขาทอง อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ 60130



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY