

การศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล  
และพยาบาลจิตเวช



นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

A STUDY OF CARE NEEDS OF ELDERLY DEPRESSED PATIENTS AMONG PATIENTS,  
FAMILY CAREGIVERS AND PSYCHIATRIC NURSES

Miss Kanokrat Sangkajang



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย  
สูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และพยาบาล  
จิตเวช

โดย

นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กนกรัตน์ แสงกระจ่าง : การศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และพยาบาลจิตเวช. (A STUDY OF CARE NEEDS OF ELDERLY DEPRESSED PATIENTS AMONG PATIENTS, FAMILY CAREGIVERS AND PSYCHIATRIC NURSES) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 130 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในศูนย์สุขภาพจิตเขตที่ 4 จำนวน 186 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และ 3.แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย เครื่องมือชุดที่ 2 และชุดที่ 3 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83 และ .75 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากเท่ากับ .83 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและค่าความสอดคล้องโดยใช้สัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ ด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 46.8 ส่วนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ด้านสังคมคิดเป็นร้อยละ 10

ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ ด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 66 ส่วนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ด้านสังคมคิดเป็นร้อยละ 3

พยาบาลจิตเวชรับรู้ว่าคุณป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ ด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 56.5 ส่วนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ด้านสิ่งแวดล้อมคิดเป็นร้อยละ 9.6

2. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลเท่ากับ 0.36 โดยที่ความต้องการการดูแลระดับมากได้แก่ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและความต้องการการดูแลระดับน้อยได้แก่ความต้องการดูแลด้านจิตใจ

4. ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชเท่ากับ 0.31 โดยที่ความต้องการการดูแลระดับมากได้แก่ความต้องการการดูแลด้านร่างกายและความต้องการการดูแลระดับน้อยได้แก่ความต้องการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5477301436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING  
 KEYWORDS: CARE NEEDS / ELDERLY DEPRESSED / FAMILY CAREGIVERS /  
 PSYCHIATRIC NURSE

KANOKRAT SANGKAJANG: A STUDY OF CARE NEEDS OF ELDERLY DEPRESSED PATIENTS AMONG PATIENTS, FAMILY CAREGIVERS AND PSYCHIATRIC NURSES. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 130 pp.

The purpose of this descriptive study was to explore care needs of elderly depressed patients as perceived by patients, family caregivers, and psychiatric nurses. A sample of 186 participants were recruited from the mental health center of the fourth region. Research tools were: 1. the personal information questionnaire, 2. Thai Mental State Exam (TMSE), and 3. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE-Thai version). For TMSE and CANE-Thai version, The content validity by five experts was .83 and .75.; The reliability by Chronbach's Alpha was .83 and .80. Data were analyzed by descriptive statistics, Analysis of Variance and Cohen's Kappa Coefficient.

Results were as following:

1. Elderly patients with depression perceived met need of 46.8 % physical care needs and unmet need of 10 % social care needs. Family caregivers perceived met need of 66 % physical care needs and unmet need of 3 % social care needs. Also, psychiatric nurses perceived met need of 56.5 % physical care needs and unmet need of 9.6 % environmental needs.

2. Met needs and Unmet needs as perceived by elderly patients, family caregivers, and psychiatric nurses were statistically significant different at the level of .05.

3. The average Kappa coefficient of care needs of elderly patients with depression between patients and family caregivers was 0.36. The higher need was environmental need and the lower need was psychological need.

4. The average Kappa coefficient of care needs of elderly patients with depression between patients and psychiatric nurses was 0.31. The higher need was physical need and the lower need was environmental need.

Field of Study: Mental Health and  
 Psychiatric Nursing

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความเมตตา ให้คำแนะนำ ให้ข้อชี้แนะอันเป็นประโยชน์อีกทั้งคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยให้มีแรงบันดาลใจในการศึกษาและค้นคว้าวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกสุขภาพจิตทุกแห่งที่เป็นสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณครอบครัวแสงกระจ่าง และคุณสามี(นายแพทย์อรรถสิทธิ์ นวะอภิศักดิ์) ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดเวลาจนการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

ขอขอบพระคุณพระเจ้า ผู้ที่ทรงประทานสติปัญญาในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ตลอดขบวนการวิจัย และขอขอบคุณพี่น้องคริสเตียนทุกคนที่อธิษฐานเผื่อผู้วิจัย และให้การช่วยเหลือในทุกๆ ด้านเสมอมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่าคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ จะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขต่อไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
คำถามการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย .....	5
สมมติฐาน .....	7
ขอบเขตงานวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	9
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ .....	11
2. แนวคิดของความต้องการและความต้องการการดูแล .....	25
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	38
4. กรอบแนวคิด .....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย .....	42
เกณฑ์การคัดเลือกญาติผู้ดูแล .....	42
เกณฑ์การคัดเลือกพยาบาลจิตเวช.....	42
การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ .....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	46

ขั้นตอนการดำเนินการ .....	51
การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการร่วมการวิจัย .....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	77
สรุปผลการวิจัย .....	78
อภิปรายผลการวิจัย .....	79
รายการอ้างอิง .....	88
ภาคผนวก.....	95
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือ รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา .....	96
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย.....	98
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย .....	103
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรม .....	119
ภาคผนวก จ ตารางแสดงความสอดคล้องแจกแจงเป็นรายข้อตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ตารางแสดงความสอดคล้องแจกแจงเป็นรายข้อตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช ตาราง แสดงจำนวนและร้อยละเป็นรายข้อของผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือ ตาราง แสดงจำนวนและร้อยละเป็นรายข้อของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการ และค่า ความเที่ยงของเครื่องมือความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ .....	124
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	130



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลและ พยาบาลจิตเวชที่เข้ามาให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2556 .....	43
ตารางที่ 2 ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย.....	47
ตารางที่ 3 การปรับภาษาข้อคำถามแบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ.....	47
ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	50
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	55
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลจิตเวช.....	57
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล.....	58
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามการรับรู้ของผู้ป่วย (n = 62).....	60
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล (n = 62).....	62
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามการรับรู้ของพยาบาลจิตเวช (n = 62).....	64
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลรายข้อแบ่งเป็น ความต้องการการดูแลที่ได้รับการ ตอบสนอง (met need) และ ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) (n = 24 ข้อ).....	66
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนข้อความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว.....	67
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างรายค่าเฉลี่ยของข้อความต้องการการดูแลที่ได้รับการ ตอบสนอง (met need) ในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มญาติผู้ดูแล และกลุ่มพยาบาลจิตเวช ด้วยวิธีการ ทดสอบแบบ Shceffe'.....	67
ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนข้อความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ ทางเดียว.....	68
ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างรายค่าเฉลี่ยของ ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการ ตอบสนอง(unmet need) ในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มญาติผู้ดูแลและกลุ่มพยาบาลจิตเวช ด้วย วิธีการทดสอบแบบ Shceffe'.....	68
ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย สูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล.....	69

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช .....	69
ตารางที่ 18 ระดับการได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยรายช้อ .....	70
ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือ .....	75
ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการของผู้ป่วย .....	76



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1 บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ความคิดและพฤติกรรม อาการของโรคซึมเศร้าจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการเศร้า หดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือหงุดหงิด ฉุนเฉียว ใจลอยไม่มีสมาธิ หลง ๆ ลืม ๆ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจริญซึ่มไม่ยอมกพูดคุย หรือพบปะใครและอาจมีอาการอื่น ๆ ทางกาย เช่น ปวดศีรษะ จุกเสียด แน่นท้อง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นมากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป โรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกผิดหวังถึงขั้นฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ ทำให้เสียชีวิต (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นได้หลายช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ บุคคลในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และบทบาททางสังคม โดยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางกายสูงและทางด้านจิตใจ พบว่าเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับกับการพลัดพรากเสียชีวิตจากบุคคลอันเป็นที่รักทั้งคนรักและญาติสนิท สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานและสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นสาเหตุของการก่อให้เกิดความเครียดที่ไม่พึงประสงค์ และเป็นภาวะเสี่ยงทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (พิเชษฐ์ ฤกษ์รัตน์, 2547)

จากการคาดการณ์ของธนาคารโลก (World Bank) และองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าใน ปี พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Unipolar major depression) มีอัตราการเจ็บป่วยมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (Ischemic heart disease) และคาดว่าจะมีบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากถึงร้อยละ 10 ของประชากรโลก (แผนงานระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2556) ในปี ค.ศ.2000 ได้มีการศึกษาถึงภาระโรค (Global Burden of disease) ในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่าสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) 4.4 % หรือ 65 ล้านปี (Chisholam et al., 2004) จากการศึกษาของ The National Institutes of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความชุกชั่วชีวิต (Prevalence for life time) คิดเป็นร้อยละ 3.0-5.9 และความชุก 1 ปี (pevalance for 12 month) ร้อยละ 1.7-3.4 (Kessler et al., 2007) จากการสำรวจร่วมกันของ The national Comorbidity Survey (NCS) และ The National Institutes of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 8-20 (Licino and Wong, 2005) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะช่วงอายุระหว่าง 65-80 ปี (Marwijk, Springer, 1998) โรคซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการเข้าสังคมและบกพร่องในการดำรงชีวิตและยังพบว่าสูญเสียค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 70 ล้านเหรียญต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา (Weyerer et al., 2008) จากการศึกษาในยุโรป 8 ประเทศพบว่าโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 8.8 ในไอซแลนด์ คิดเป็นร้อยละ 23.6 ในเมืองมิวนิกประเทศเยอรมัน เฉลี่ยร้อยละ 12.3 (Copeand et al., 1999) อ้างถึงใน ดวงใจ กษานติกุล, 2542) จาก

การศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 55-85 ปี เป็นช่วงอายุที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด (Keyes and Goodman, 2006)

ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าตัวเองกำลังป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทำให้ไม่ได้รับการรักษา ในปี 2551 ทำการสำรวจระดับชาติโดยกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้สูงอายุประเทศไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 4 (บุญชัย นวมงคลวัฒนา, 2551) ภาคที่พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (แผนงานระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2556) และผลสำรวจจากทุกภาคพบว่าเพศหญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิงร้อยละ 3.5 และเพศชายร้อยละ 2.2 ความชุกสูงสุดตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุร้อยละ 80 ปีขึ้นไปมีความชุกสูงสุด (กรมสุขภาพจิต, 2554)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีแนวทางหลักๆ คือ 1)การรักษาด้วยยา คือ ยาต้านเศร้า โดยปัจจุบันนิยมใช้ยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) เช่น Fluoxetine, Paroxetine เนื่องจากมีผลข้างเคียงของยาน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ 2)การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการรุนแรงและมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างเดียวไม่ได้ผลที่ดีเท่าที่ควร จึงต้องรักษาร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นทางเลือกอันดับหลังๆ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ 3)การรักษาด้วยจิตบำบัด เช่น Cognitive behavioral therapy (CBT), Interpersonal psychotherapy (IPT) และครอบครัวบำบัด (มานิช หล่อตระกูล, 2548) โดยการรักษาจิตบำบัดที่นิยมใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคือ การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) และการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (D'Zurilla & Goldfriend, 1997) เป็นต้น

นอกจากการรักษาดังกล่าวข้างต้น การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างองค์รวมทั้งจากญาติผู้ดูแล บุคลากรด้านสุขภาพและตัวผู้ป่วยเองเพื่อให้ประสิทธิภาพการดูแลรักษาที่ดีขึ้นและลดอาการรุนแรงของโรค ครอบครัวก็มีส่วนสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย หากครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามความต้องการจะส่งผลให้อาการของโรคทุเลาลง (Moos et al, 1998) และจากงานวิจัยปัจจัยการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่วนหนึ่งมาจากแรงสนับสนุนทางครอบครัว การตอบสนองสิ่งเร้า และการตอบสนองความต้องการการดูแล โดยมุ่งเน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (พรพรรณ ศรีโสภ, 2552) และหากครอบครัวทำความเข้าใจใส่ใจภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยปรับสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสม ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้และสามารถลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เนื่องจากการพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของสถานบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องอาศัยบทบาทหน้าที่ของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้บริการในระบบสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ (ทัศนาศู บุญทอง, 2544) ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงต้องตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลให้กับผู้ป่วยได้ จากงานวิจัยพบว่าพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถประเมินความต้องการการดูแล

ของผู้ป่วยได้จะทำผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น (Hallford et al, 2012) จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชมีส่วนสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เมื่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช มีการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยไม่ตรงกัน จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุไม่ได้รับความต้องการการดูแลที่ตรงกับความต้องการของตนเอง และส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรครวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Houtjes et al., 2011) และการเข้าถึงบริการการดูแลที่น้อยลง ส่งผลให้ขาดการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค (สุพัตรา พุ่มพวง, 2547) จากงานวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุยังไม่ได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการพบถึงร้อยละ 46 (Field et al., 2002) ผู้ป่วยยังได้รับการปรึกษาทางสุขภาพจิตไม่ตรงกับความต้องการของตนเอง (สุพัตรา พุ่มพวง, 2547) และผู้ป่วยยังขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในการตอบสนองความต้องการ (Stewart and Tilden, 1995)

การศึกษาของออร์ศรี เสรี่ยมศักดิ์ (2537; อ้างถึงใน สุพัตรา พุ่มพวง, 2547) พบว่าการให้บริการสุขภาพในชุมชนเน้นการให้บริการทางสุขภาพกายมากกว่าด้านจิตใจและการพัฒนาที่ผ่านมา มิได้เกิดจากความต้องการของผู้ใช้บริการจริงๆ แต่พบว่าบริการที่ได้รับมักเกิดจากบริการตามมาตรฐานของความรู้และทักษะของผู้ให้บริการเอง ผู้ใช้บริการจึงเป็นผู้รับอย่างเดียว ไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพตนเองทำให้ความต้องการที่ผู้ใช้บริการได้รับจากพยาบาลอาจไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการหรือเห็นด้วย (Holloway, 1994)

ความต้องการการดูแล หมายถึง การได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งเป็นการได้รับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วย (Steven & Rafer, 1994) ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย 2) ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ 3) ความต้องการการดูแลด้านสังคมและ 4) ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (Reynolds et al., 2000) นอกจากนี้ การศึกษาของ Meadows, Harvey, Fossey and Burgess (2000) ได้แบ่งความต้องการการดูแลออกเป็น 4 ประเภทคือ 1) การที่ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าจะตนมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นทั้งหมด (Met Need) 2) การที่ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าจะตนได้รับการช่วยเหลือที่ต้องการ แต่ตอบสนองความต้องการได้เพียงบางส่วนไม่ทั้งหมด (Partially met need) 3) การที่ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าจะตนเองมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือแต่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นแต่อย่างใด (Unmet need) 4) ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าจะตนมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแต่ไม่มีความต้องการได้รับการหรือการช่วยเหลือใดๆ (No need) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลที่เพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยพบถึงร้อยละ 46 ได้แก่ การไม่ได้รับการดูแลด้านภาวะทุกข์ทรมานทางใจพบร้อยละ 31 ด้านการทำกิจกรรมในช่วงวันพบร้อยละ 27 และด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นร้อยละ 24 (Field et al., 2002) และจากการศึกษาของ Houtjes (2011) พบว่าความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความแตกต่างกันและผลกระทบของการไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการ (unmet need) ที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Slade et al., 1999) และการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง (Houtjes et al., 2011) อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น (Houtjes et al., 2010) นอกจากนี้ยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างไม่คุ้มค่า (Slade et al., 1999)

ถึงแม้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย เน้นการดูแลที่เป็นองค์รวมแต่จากการทบทวนวรรณกรรม การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมุ่งเน้นการรักษาตามสาเหตุของโรคมกกว่าการตอบสนองความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนจากความเสื่อมของร่างกาย การทำหน้าที่ต่างๆของสมอง และความทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้าการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจึงทำให้ทราบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตรงกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช นอกจากนี้จะทราบถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแล้ว ยังทำให้ทราบถึงการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชว่ามีการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นอย่างไร ผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลและการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และยังสามารถนำไปใช้ในการวางแผนรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
4. เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช

### คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช เป็นอย่างไร
2. ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
3. การรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสอดคล้องกันหรือไม่อย่างไร
4. การรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชสอดคล้องกันหรือไม่อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุพบว่ามีความต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าในช่วงวัยอื่นๆ เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางกายเพิ่มขึ้นเช่น การทำหน้าที่ต่างๆในการดูแลตนเองลดลง และเป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านจนมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ

ความต้องการการดูแล (Care Need) คือ การได้รับการตอบสนองตามความต้องการพื้นฐานของชีวิตของผู้ป่วย มีผลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Steven & Rafer, 1994; Hancock et al., 2003) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Wiersma, 2006) การศึกษาวิจัยครั้งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Steven & Rafer (1994) ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมเช่น ความต้องการการฟื้นฟูสภาพและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว 2) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง 3) ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ เช่น การได้รับการเสริมสร้างกำลังใจจากบุคคลรอบข้างและการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 4) ความต้องการการดูแลด้านสังคม เช่น การได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างและสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปริมาณความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงและการรับรู้ทางสุขภาพในเชิงลบ เช่น ความทุกข์ทรมานทางใจ การดูแลกิจวัตรประจำวัน (Houtjes et al, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจากการศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช 6 แห่งตามภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย โดยวัลลีย์ กนกวิจิตร, วิภาวี เผ่ากันทรภักและดวงตา กุศลรัตนญาณ (2538; อ้างถึงใน ปวีณา มีชนอน, 2546) พบว่ากิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมักเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทั้งนี้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมในลักษณะองค์รวมได้นั้นจะมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพการบริการดังกล่าว (Blegen, Goode and Reed, 1988) ความต้องการการดูแลที่ได้มาจากความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเอง โดยเฉพาะความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กล่าวคือก่อให้เกิดข้อเสนอแนะต่อการบริการพยาบาลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม นั่นคือแนวทางของการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง (Slade, 2003) ประกอบกับการที่พยาบาลจิตเวชจะพัฒนาคุณภาพการบริการของผู้ใช้บริการ และญาติผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จึงสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ (White, 1972)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความต้องการการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพมีดังนี้ จากการสำรวจการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเวช มี 6 ด้านคือ 1) การเข้าถึงการบริการ 2) ความต้องการได้รับการวางแผน 3) ความต้องการได้รับการดูแลรักษา 4) ความต้องการได้รับการดูแลรักษาสนับสนุนช่วยเหลือสภาพจิตใจ 5) ความต้องการได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานและการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องและ 6) ความต้องการได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสภาพจิตใจ (The Scottish Office Department of Health, 1997) จาก

การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามี ความต้องการการพยาบาล 3 ประเด็นคือ 1)ความต้องการพยาบาลด้านร่างกาย 2)ความต้องการการ พยาบาลด้านจิตใจ 3)ความต้องการการพยาบาลด้านอารมณ์(คณิตสร แก้วแดง, 2553) และจาก การศึกษาของ Messner (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องการการดูแลจากพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลจิตเวช คือ การรับฟัง การถามคำถามถึงความต้องการ การไม่ละเลยในสิ่งที่ ผู้ป่วยแสดงออก การให้การพยาบาลเน้นตัวบุคคล พุดกับผู้ป่วยโดยตรงไม่อ้างถึง เคารพสิทธิส่วนบุคคลและไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอคอย นอกจากนี้งานวิจัยของ Sol Ibarra-Rovillard (2011) ยังกล่าวว่า ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างมีผลต่อการตอบสนองเบื้องต้นด้านจิตใจ หากบุคคลรอบข้างสามารถ ตอบสนองความต้องการดังกล่าวของผู้ป่วยได้จะสามารถทำให้ความรุนแรงของโรคจิตเวชลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ชุมชนเมือง ได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชนบท มี นัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (Jansson, 2003) จากงานวิจัยการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย วิดกักขังและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยพยาบาลปฐมภูมิพบว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลในเรื่อง การได้ คำปรึกษาและข้อมูลในการรักษา ส่วนความต้องการในด้านการใช้ยา,การฝึกทักษะต่างๆและการ รักษาในสถานพยาบาลชั้นสูงมีความต้องการลดลงมา (Prins, 2009) และจากงานวิจัยพบว่า การรับรู้ ความต้องการได้รับการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องความต้องการได้รับการดูแลด้านอาหารและด้านความทุกข์ ทรมาณทางจิตใจ (Houtjes et al., 2011) นอกจากนี้การศึกษารับรู้ความต้องการการดูแล (met need) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชพบว่าแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญ ในเรื่องความต้องการได้รับการดูแลด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง และด้านความทุกข์ทรมาณทางจิตใจ(Houtjes et al., 2011) และจากงานวิจัยการประเมินความ ต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจากมุมมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติ ผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโดยใช้แบบประเมินความต้องการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุพบว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) ของผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมีมุมมองที่แตกต่างกัน โดยมุมมองของผู้ป่วยพบมากที่สุดคือความทุกข์ ทรมาณทางใจ การมองเห็นและการได้ยิน ในมุมมองของญาติผู้ดูแลคือการเคลื่อนไหว การมองเห็น และการได้ยิน ที่พักอาศัย และในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพคือกิจกรรมในช่วงกลางวัน ที่พัก อาศัยและการเคลื่อนไหว จะเห็นได้ว่างานวิจัยต่างๆ กล่าวถึงความต้องการการดูแลที่ได้รับการ ตอบสนอง(Met need)และความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง(unmet need) ตามการ รับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชยังมีข้อสรุปไม่ชัดเจนในการประเมินความต้องการของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ(Walters, 2000)

งานวิจัย Houtjes (2011) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับในมุมมองของผู้ป่วย พยาบาลและญาติผู้ดูแล พบว่าพบว่ามีมุมมองแตกต่างกันโดยค่าเฉลี่ยของการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ (Unmet need) ในมุมมองของผู้ป่วย มีจำนวนข้อมากกว่าการประเมินจากพยาบาลจิตเวชและญาติผู้ดูแล



และพบว่าความรุนแรงของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสัมพันธ์กับระดับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Hancock (2003) และ Slade (1998) ได้ศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเช่นเดียวตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการรับรู้ไม่แตกต่างกันโดย Hancock (2003) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ ประเมินในผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช พบว่าโดยภาพรวมระดับการประเมินความต้องการไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษามุมมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พบว่ามีความต้องการการดูแลค่อนข้างสูง (OR 1.06, CI 1.03-1.08) และพบว่าการรับรู้ความต้องการการดูแลระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน (Slade et al., 1998) จะเห็นได้ว่าการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในมุมมองผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชจากผลงานวิจัยที่ผ่านมายังมีข้อสรุปที่ไม่ตรงกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อถึงความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและประสิทธิภาพของการดูแล เนื่องจากความคิดเห็นเรื่องความต้องการการดูแลที่ไม่สอดคล้องกัน จึงทำให้การตอบสนองความต้องการการดูแลไม่ได้มีประสิทธิภาพที่ดี (Walters, 2000)

ดังนั้นการศึกษารับรู้ความต้องการได้รับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามบริบทสังคมไทย จึงคาดว่าเป็นการศึกษาแนวทางในการตอบสนองความต้องการได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสูงมากที่สุด หากพยาบาลจิตเวชและญาติผู้ดูแลทราบปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแล้ว จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (รัชนิกร เกิดโชค, 2553) พยาบาลจิตเวชสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Wiersma, 2006) และเป็นองค์ประกอบในการจัดระบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ ตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ ต่อไป

## สมมุติฐาน

1. ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน
2. ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแตกต่างกัน
3. ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน

### ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive Research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลและการตอบสนองที่ได้รับการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช ที่เข้ามารับการรักษामณกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในศูนย์สุขภาพจิตเขตที่ 4

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความต้องการการดูแล** หมายถึง การได้รับการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการได้รับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ รวมถึงความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ในด้านความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและความต้องการการดูแลด้านสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (Camberwell Assessment of Need for Elderly-CANE, 2000)

**ความต้องการการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ** คือ การได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งเป็นการได้รับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายวมถึงความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ในด้านความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและความต้องการการดูแลด้านสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (Camberwell Assessment of Need for Elderly-CANE, 2000)

**ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล** คือ การรับรู้ของญาติผู้ดูแลในเรื่องการได้รับการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย และการได้รับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายวมถึงความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองในด้านความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและความต้องการการดูแลด้านสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (Camberwell Assessment of Need for Elderly-CANE, 2000)

**ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของพยาบาลจิตเวช** คือ การรับรู้ของพยาบาลจิตเวชในเรื่องการได้รับการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย และการได้รับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายวมถึงความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองในด้านความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลร่างกาย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและความต้องการการดูแลด้านสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (Camberwell Assessment of Need for Elderly-CANE, 2000)

**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ International Classification of Diseases (ICD-10) ว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีลักษณะอาการ อารมณ์เศร้า หดหู่ เบื่อหน่ายเป็นต้น และเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้งเพศชายและเพศหญิง

**ญาติผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพศหญิงหรือเพศชาย มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้องและบุตร มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ให้การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน 3 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแล

**พยาบาลจิตเวช** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ให้การพยาบาลโดยตรงกับตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรวมถึงมีการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาานาน 2 ปีขึ้นไป

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นแนวทางการให้การพยาบาลตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองและจัดกลุ่มการได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิต

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.1 ภาวะซึมเศร้า
  - 1.2 โรคซึมเศร้า
    - 1.2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
    - 1.2.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
    - 1.2.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
    - 1.2.4 การรักษาโรคซึมเศร้า
  - 1.3 โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
    - 1.3.1 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
    - 1.3.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
    - 1.3.3 อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
    - 1.3.4 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
    - 1.3.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
    - 1.3.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
2. แนวคิดของความต้องการและความต้องการดูแล
  - 2.1 ความหมายความต้องการ
  - 2.2 ทฤษฎีความต้องการ
  - 2.3 แนวคิดความต้องการการดูแล
  - 2.4 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
  - 2.5 ความต้องการการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวช
  - 2.6 พยาบาลจิตเวช
  - 2.7 ญาติผู้ดูแล
  - 2.8 การประเมินความต้องการการดูแล
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิด

## 1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### 1.1 ภาวะซึมเศร้า

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2543) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าคือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ ผิดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรุนแรงของของเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มตั้งแต่ความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวังหมดอาลัยตายอยากต้องการหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าหมายถึงการมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์อย่างชัดเจน โดยจะแสดงถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ หดหู่ อ่อนเพลีย อยากรตาย ปฏิเสธการอยู่ร่วมในสังคม

สรุป ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ เป็นความผิดปกติโรคทางอารมณ์โดยมีอาการที่เด่นชัดคือ อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รวมถึงอาจมีอาการทางกายร่วมด้วยโดยหาสาเหตุไม่ได้ ซึ่งระดับภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับตั้งแต่น้อยจนถึงระดับความรุนแรงที่มากจนเกิดการฆ่าตัวตายได้

### 1.2 โรคซึมเศร้า

#### 1.2.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

Isaacs (2001) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า คือ อารมณ์เศร้า รู้สึกผิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่มีประโยชน์และสิ้นหวัง

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญของโรคคือ มีอาการซึมเศร้าเด่นชัด ร่วมกับมีอาการอย่างอื่น เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักลดไม่มีสมาธิ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าไร้ค่า เบื่อหน่ายชีวิต อาการดังกล่าวจะอยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์เป็นต้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงาน การเงิน การเรียน

มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2550) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยคนไทยอาจจะไม่พูดหรือบอกว่าเศร้า แต่จะแสดงความเบื่อหน่าย จิตใจไม่สดชื่น เหมือนเดิม อารมณ์แบบนี้จะเป็นติดต่อกันทุกวันนานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

กล่าวโดยสรุป โรคซึมเศร้าหมายถึง ภาวะผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลซึ่งมีอาการแสดงสำคัญคือ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ไม่มีสมาธิ อาการทางกายจะมีการเคลื่อนไหวช้าลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อาการและความรู้สึกแบบนี้จะเกิดขึ้นต่อเนื่องนานเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด

#### 1.2.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้ 3 ปัจจัย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545;

จอม สุวรรณโน, 2541) สาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร่ายังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ อย่างไรก็ตามมีข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับด้านชีวภาพและด้านจิตสังคมซึ่งพยายามอธิบายการเกิดโรค ดังนี้

### 1.2.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Underactivity of serotonergic) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมองซึ่งจากผลการศึกษาของผู้วิจัยหลายคนมีความเห็นตรงกันว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองโดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ในสมองหลายชนิด ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติของสารสื่อประสาท อาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น มีการตายของเนื้อสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลงกว่าปกติ ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือจากการใช้สารเสพติด ดังนั้นจึงเชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น สารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามี 2 ชนิด คือ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งการหลั่งของสารซีโรโทนินที่ลดลงทำให้การควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกายลดลง เช่น การนอนหลับ ความต้องการทางเพศและความอยากอาหารลดลง หงุดหงิดง่าย ถ้าการหลั่งของนอร์อิพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ สมาธิ และความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ระบบของโดปามีน อะซีติลโคลีน และแกมมาอะมิโนบิวทิวริกเอซิด ก็เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของจำนวนสารสื่อประสาทที่ลดลง (Vancarolis, 2000 อ้างถึงใน ธรณินทร์ กองสุข, 2549)

2) ความผิดปกติด้านยีนหรือพันธุกรรม (Genetic) การศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นว่าความผิดปกติทางอารมณ์สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ พบว่าญาติผู้ป่วยที่เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorder) มีโอกาสมีความผิดปกติทางอารมณ์ประมาณร้อยละ 10-25 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 10 เท่า โดยญาติของผู้ป่วยที่เป็นโรคความผิดปกติชนิดสองชั้นจะมีอัตราการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ สูงกว่าประชากรทั่วไป (ไพรัตน์ พลฤษชาติคุณากร, 2533) และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความผิดปกติทางอารมณ์แบบสองขั้ว จะมีบิดาหรือมารดาอย่างน้อยหนึ่งคนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยความผิดปกติของอารมณ์แบบสองขั้ว บุตรแต่ละคนจะมีโอกาสป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดใดชนิดหนึ่งร้อยละ 27 ถ้าบิดามารดาทั้งสองคนป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์แบบสองขั้ว บุตรแต่ละคนจะมีโอกาสป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดใดชนิดหนึ่งร้อยละ 50-70 (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

3) ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เชื่อว่า ความเจ็บป่วยหรือโรคหลายโรค ที่มีลักษณะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดการสูญเสียการทำงานอวัยวะในร่างกาย เจ็บปวดอย่างรุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคอัมพาต รวมถึงโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ ความผิดปกติของต่อมพาราธัยรอยด์ ความผิดปกติของตับอ่อน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานกายและใจอย่างมาก ซึ่งจะเป็นตัวสำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดความซึมเศร้าได้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

4) ความผิดปกติของการนอนหลับ (sleep abnormalities) อาการที่พบบ่อย คือ อาการนอนไม่หลับ และมีความผิดปกติของความต่อเนื่องของการนอนหลับ เช่น ใช้เวลาในการนอนหลับนาน ตื่นบ่อย ตื่นเช้ากว่าปกติ และอาการนอนหลับมากผิดปกติ จากการศึกษาโดยใช้เครื่องอิเล็กทรอนิกส์โทรเอนเซฟาโลแกรม (electroencephalogram) พบว่า มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในขณะหลับ และจากการดูแผ่นบันทึกกราฟของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรควิตกกังวลที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีความผิดปกติ ร้อยละ 40 ถึง 60 ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในความผิดปกติถึง ร้อยละ 90 (ธรมินทร์ กองสุข, 2550)

#### 1.2.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological)

1) ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยเป็นปัจจัยก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เช่น บุคลิกภาพผิดปกติชนิดยึดอำนาจทำบุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพา (Dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline (ธรมินทร์ กองสุข, 2550) ในผู้สูงอายุมีความผิดปกติของบุคลิกภาพพบว่าประสบการณ์หรือเกิดอาการซึมเศร้าได้สูง 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ (Blazer and Hybels, 2005) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น มีอาการทางประสาทเป็นระยะเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงต่อโรควิตกกังวลได้มากกว่า แม้ไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายในชีวิต (Ormel et al, 2001)

2) ความผิดปกติด้านความคิด (cognitive distortions) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีความคิดผิดปกติเช่น การตอบสนองต่อเหตุการณ์เกินกว่าความเป็นจริง หรือมีการตีความที่ผิดบิดเบือนไป ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดย Beck (1976) ได้เสนอแนวความคิดว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักมีจิตใจพื้นฐานบางอย่างซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้เกิดกระบวนการความคิดในทางลบ สับสนและไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยแรก เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ภาวะวิกฤติในชีวิต และปัจจัยที่สองบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง

#### 1.2.2.3 ปัจจัยด้านสังคม (Social factor) แบ่งได้เป็น

1) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and daily hassles) จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เช่น การสูญเสีย การเป็นโรค การเจ็บป่วยร้ายแรงและปัญหาด้านสังคม เช่น ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพและสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy, 1982)

2) การสูญเสีย (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดภายหลังที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รักอาการที่พบเช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจไม่อิ่ม ถอนหายใจบ่อย อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร คิดถึงคนที่เสียชีวิตเป็นอย่างมาก บางครั้งคิดอยากตายโดยเฉพาะสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัครสันตชัย, 2552) หากมีอาการเกิน 2 เดือนแล้วไม่ดีขึ้นให้วินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล (มานิช หล่อตระกูล, 2552) ในการสูญเสียอาชีพการงานอันเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้และขาดการยอมรับจากสังคม (ประเสริฐ อัครสันตชัย, 2552)

3) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งที่จำเป็นในชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน หาเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจนทำให้อยู่บ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อยก่อให้เกิดความเครียดจนหนทาง รู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรรณินทร์ กองสุข, 2550)

4) การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนหรือเอาใจใส่จากสังคมรอบตัวของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวอ้างว่ามีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวที่มีปัญหาภายในมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์สู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

สรุปได้ว่าปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาท การเจ็บป่วยเรื้อรัง การนอนหลับ ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพและความคิดและการเรียนรู้ด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

### 1.2.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันนิยมใช้ 2 ระบบ ได้แก่ (มานโซ หล่อตระกูลและคณะ, 2550)

1.2.3.1 Manual of Diagnostic and Statistical Mental Disorder, 4th edition (DSM-IV) เป็นระบบการจำแนกที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ. 1994 และปัจจุบันมีการเรียบเรียงคำอธิบายของโรคที่เกี่ยวข้องตามบริบท วัฒนธรรมต่างๆ เพิ่มขึ้นเป็นฉบับ Text Revision เริ่มใช้ ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา หลักเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2554; มานโซ หล่อตระกูลและคณะ, 2548) มีอาการดังต่อไปนี้ 1. อารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา เป็นติดต่อกันทุกวัน 2. หดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ 3. เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือรับประทานอาหารจู้ น้ำหนักเพิ่ม 4. นอนไม่หลับหรือหลับนาน 5. ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า หรือพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย 6. ไม่มีแรงอ่อนเพลียง่าย 7. รู้สึกไร้ค่ารู้สึกผิดมากผิดปกติ 8. สมาธิเสีย ตัดสินใจไม่ได้ ลังเล 9. มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1.2.3.2 International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ. 1992

ส่วนการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไปแต่จะมีลักษณะที่แตกต่าง Blazer (1991) ได้กล่าวว่า 1. มีอารมณ์เศร้า มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกัน 2. สัปดาห์ขึ้นไป 2. ไม่มีความสนใจในสิ่งต่างๆที่เคยสนใจ 3. อ่อนเพลียง่าย 4. ไม่มีความมั่นใจ คุณค่าในตนเองลดลง 5. รู้สึกผิดหรือรู้สึกบาป ไม่สมเหตุผล 6. คิดถึงเรื่องความตาย มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย 7. ไม่มีสมาธิ คิดอะไรไม่ออก ตัดสินใจไม่ได้ 8. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า 9. การนอนผิดปกติ 10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลง



การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีความยากลำบากเนื่องจากความชราภาพของผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างวัย สุขภาพกาย สุขภาพจิต ส่วนใหญ่อาการแสดงของโรคไม่ชัดเจน มีโรคทางกายร่วมด้วยหรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อมบ่อยครั้งที่ถูกมองเป็นเรื่องปกติ (อรพรรณทองแดง, 2542) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุไม่น้อยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่แรก จนทำให้เกิดอาการเรื้อรังกลับเป็นซ้ำรุนแรงจนเสียชีวิตหรือฆ่าตัวตายก่อนได้รับการรักษา (ประเวช ตันติพิวัฒน์สกุล, 2541)

### 1.2.4 การรักษาโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาตามสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น การรักษาด้านชีววิทยาได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตใจ ได้แก่ จิตบำบัด แบบবিক্রান্ত กกลไกลทาจิต การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น มาโนช หล่อตระกูลและคณะ(2542) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1.2.4.1 การรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค1 การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้อิมเศร้าในระยะนี้ยาแก้อิมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณ ร้อยละ 70-80

1.2.4.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recovr ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยาการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก

1.2.4.3 การรักษาระยะยาว (Prophylactic treatment) เป็นการให้ยาป้องกันจะพิจารณาให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำ (recurrence สูง)

1.2.4.4 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) จัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงมากสำหรับ Moderate depression มีความปลอดภัยสูง กลไกที่ออกฤทธิ์ที่แน่ชัดยังไม่ทราบ แต่จากผลการศึกษาต่างๆ บ่งชี้ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในสมองส่วนหน้าเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าหลายตัวที่ทำให้สารสื่อประสาท Dopamine, Nor-epinephrine and Serotonin มีปริมาณเพิ่มขึ้นทำให้เกิดกระบวนการควบคุมการรับส่งของสารสื่อประสาทลดลงของ Beta adrenergicreceptors ซึ่งอาจเกิดการหยุดหายใจได้เนื่องจากกดศูนย์ควบคุมการหายใจ การรักษาด้วยไฟฟ้า ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ในผู้ป่วยสูงอายุการรักษาด้วยไฟฟ้าเลือกเป็นอันดับหลังๆ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ

1.2.4.5 การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยบำบัดให้ความร่วมมือในการรักษา มีแนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎี

กล่าวโดยสรุป คือ แนวทางการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า สามารถแบ่งออกได้ 3 ประเภทคือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาที่ดีที่สุดและได้ผลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการค่อนข้างรุนแรงแต่ไม่นิยมใช้ในผู้สูงอายุเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการและการรักษาทางจิตใจหรือจิตบำบัด

### 1.3 โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุหลายประการ โดยเฉพาะสถานภาพหลักคือ หัวหน้าครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุถูกลดบทบาทลงทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและศักดิ์ศรีลดลง เป็นภาระกับครอบครัวและเกิดโรคซึมเศร้าตามมา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักถูกกละเลย โดยเฉพาะกรณีที่เป็นโรคซึมเศร้าภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมต่างๆ แพทย์มักมองว่าอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดตามตัว เป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ จะมีการหดหู่ ท้อแท้ และผู้สูงอายุเองมักคิดว่าตนเองมีปัญหาด้านสุขภาพกายมากกว่าสุขภาพจิต (รวิวรรณ นิวัตพันธ์, 2553)

Roose and Sackeim (2004) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการคิด พฤติกรรม การนอนหลับและความอยากอาหารโดยอาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและควมมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง สมภพ เรื่องตระกูล (2544) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีการแตกต่างกันไป จากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมากแต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มากและจะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัยและไม่ได้รับการรักษาทันที่

สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการแสดงออกทางกายคือ ปัญหาการนอนหลับ การรับประทานอาหาร ความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทางจิตใจคือ รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชากับสิ่งแวดล้อมและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

#### 1.3.1 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การศึกษาโดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะเคยมีประสบการณ์ ของการมีภาวะซึมเศร้า ที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (Cooke and Tucker, 2001) โดยพบว่าร้อยละ 10- 13 ของผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Jones, 2003) พิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years lost due to disability, YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าคิดเป็นอันดับหนึ่งในหญิงไทย และอันดับสองในชายไทย แต่มีผู้มารับบริการเพียงร้อยละ 37 เท่านั้น (กรมสุขภาพจิต, 2553)

#### 1.3.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญต่อภาวะจิตใจและความรู้สึกนึกคิด เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปจากผู้ให้เป็นผู้รับ จากผู้นำเป็นผู้ตาม ต้องพึ่งพา และต้องรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้านั้น สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (บุญพา ณ นคร, 2545)

1.3.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นในทุกะบบของร่างกาย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอวัยวะและระบบต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ ผิวหนังขาดความตึงตัว เหี่ยวยุ่น กล้ามเนื้อและกระดูกมีการสลายตัว ทำให้เกิดกระดูกพรุน ผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลงทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ลิ้นหัวใจหนาแข็ง มีแคลเซียมเกาะมากขึ้น เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่ว ระบบทางเดินหายใจมีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงทำให้ได้รับออกซิเจนต่ำ เหนื่อยง่าย ระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหวของกระเพาะและลำไส้ลดลงทำให้ความอยากอาหารน้อยลง นอกจากนี้ระบบประสาทสัมผัส การส่งสัญญาณทางประสาทลดลง การตอบสนองปฏิกิริยาต่างๆลดลง เช่นเดียวกัน (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายดังกล่าวส่งผลก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจทำให้ผู้สูงอายุเสียสภาพลักษณะเกิดความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ตนเอง (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระของคนอื่น ทำกิจวัตรประจำวันลดลงจนส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมากขึ้น (อรรรณ อุทัยเสน, 2540)

1.3.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ เมื่ออายุมากขึ้นความจำเสื่อมทำให้การรับรู้ทางสังคมลดลง มีความยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสังคม การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ว้าวุ่น เหงา บางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยวสิ้นหวัง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ท้อแท้และเบื่อหน่ายชีวิต (วิจิตร บุญยะโหระ, 2533) จากสภาวะจิตใจต่างๆ เป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตตามมา เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวล และโรคซึมเศร้า บางครั้งรู้สึกไม่มั่นใจต้องพึ่งพาคนอื่น สิ้นหวัง หมดหวังเนื่องจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

1.3.2.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปรับตัวแยกตัวจากสังคม ความคล่องตัวในความคิดและการติดต่อสื่อสารลดลง จากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เนื่องจากบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุก่อนหน้ามีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลับมากลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม รู้สึกหมดความสำคัญเป็นภาระของครอบครัวและสังคม (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) การลดความสัมพันธ์กับชุมชน หน้าที่ความรับผิดชอบการยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้าปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มชุมชนและไม่กล้าแสดงออก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคมเกิดความเครียดสูง นอกจากนั้นการสูญเสียคู่ชีวิตและบุคคลอันเป็นที่รักอย่างกะทันหัน จะมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง จากการศึกษาของพิชญารณ มุลศิลป์ (2537) พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีชีวิตคู่และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชีวิตคู่ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดี มีกำลังใจในการเผชิญชีวิต

1.3.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หากผู้สูงอายุพบปัญหาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกว่ามีคุณค่าลดลง เกิดความเครียดความเศร้าหมอง จนเกิดโรคซึมเศร้า ขาดการกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิต รู้สึกหมดหวังในชีวิต อาจเป็นเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุที่เกิดขึ้นมีผลต่อกระบวนการคิด สติปัญญาและแรงจูงใจ การตัดสินใจและความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ที่พบได้บ่อยคืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ ก้าวร้าว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความสุข แยกตัว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม อาการทางกายที่พบคือ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด/ เพิ่ม นอนไม่หลับ เป็นต้น (Gull, 1987)

### 1.3.3 อาการของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ประกอบกับช่วงวัยที่สูงขึ้นมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย เช่น ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Evers and Martin, 2002) อาการแสดงโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุแสดงออกไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่แสดงออกด้วยการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า ปวดทั่วตัว และสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปคือ การคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

Beck (1976) ได้จำแนกอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ 4 ด้านดังนี้ (สุชาติ ภัณฑารักษ์สกุล, 2546; อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) อาการของโรคซึมเศร้าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจจะไม่จำเป็นต้องมีอาการทุกอย่างบางคนก็มีบางอย่างเท่านั้นอาการซึมเศร้า depression

1. อาการแสดงทางด้านอารมณ์ (Emotional symptom) ได้แก่ รู้สึกซึมเศร้า ก้าวร้าว อยู่ตลอดเวลาหงุดหงิดฉุนเฉียว โกรธง่าย อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย รู้สึกไม่มีความหมาย ไร้ค่า หมดหวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดต้องการทำร้ายตนเอง

2. อาการแสดงทางความรู้คิด (Cognitive symptom) กระบวนการคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะเป็นกระบวนการคิดในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า ไม่มีทางเยียวยาที่มีความคิดจะทำร้ายตัวเอง คิดถึงความตาย พยายามทำร้ายตัวเอง

3. อาการแสดงทางด้านแรงจูงใจ (Volitional symptom) แรงจูงใจผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีลักษณะแบบถดถอย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความสนุก งานอดิเรก หรือกิจกรรมที่เพิ่มความสนุกสนานทั้งกิจกรรมทางเพศรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีพลังงาน การทำงานช้าลง การงานแย่ง แยกตัว ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม การตัดสินใจแย่ง

4. อาการแสดงทางด้านร่างกาย (Physical symptom) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีอาการนอนไม่หลับ ตื่นเร็ว หรือบางรายหลับมากเกินไป บางคนเบื่ออาหารทำให้น้ำหนักลด บางคนรับประทานอาหารมากทำให้น้ำหนักเพิ่ม มีอาการทางกายรักษาด้วยยาธรรมดาไม่หายเช่น อาการปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการปวดเรื้อรัง (Chronic pain) มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า (Retardation) ซึม ไม่พูด หรือบางรายอาจมีอาการลุกี้ลุกอน นิ่งไม่ติด (Agitation)

กล่าวสรุป อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุจำแนกอาการและอาการแสดงไว้ 4 ด้านคือ อาการแสดงทางด้านอารมณ์ (Emotional symptom), อาการแสดงทางความรู้คิด (Cognitive symptom), อาการแสดงทางด้านแรงจูงใจ (Volitional symptom), อาการแสดงทางด้านร่างกาย (Physical symptom) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทุกอย่าง และอาการที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ คือมีความเสื่อมของร่างกายร่วมกับความผิดปกติด้านอารมณ์และความคิด

### 1.3.4 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ สามารถจำแนกได้ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูลและคณะ, 2548)

**1.3.4.1 การรักษาด้วยยา (Medications)** ยาที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุมีหลายกลุ่มดังนี้

1) Tricyclic antidepressants (TCAs) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพและนิยมใช้กันทั่วไป แต่จะมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายกับผู้สูงอายุ ได้แก่ orthostatic hypotension ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุทรงตัวไม่ได้ เกิดการหกล้มและมีผลต่อหัวใจ (Strokes and heart attacks) มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก แต่สามารถเลือกให้ยาในกลุ่ม secondary amines แทนได้ เช่น desipramine หรือ nortryptiline ซึ่งมีผลข้างเคียงน้อยกว่า

2) Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) จากการศึกษาพบว่า MAOIs มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพอๆ กับ Tricyclic antidepressants ส่วนผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ปากคอแห้ง เวียนศีรษะ ความดันต่ำ ท้องผูก ที่สำคัญได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ช่วงเวลาในการรักษา MAOIs ควรนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ก่อนจะเปลี่ยนไปใช้ยาต้านเศร้ากลุ่มอื่นๆ

3) Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine, Paroxetine และ Setraline ซึ่งปัจจุบันใช้ยาในกลุ่มนี้มากกว่า TCAs และ MAOIs เพราะมีผลข้างเคียงของยาน้อยกว่ากลุ่มข้างต้น

จากการศึกษาของ Feighner และคณะ (1998) พบว่า SSRIs มีประสิทธิภาพดีในการรักษาโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงน้อยต่อสภาวะของผู้ป่วยโรคหัวใจหรือผู้สูงอายุที่ไวต่อผลข้างเคียงข้างของยา Tricyclic antidepressants

4) ยาในกลุ่มอื่นๆ เช่น trazadone, bupropion และ alprazolam การเลือกยาให้ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงผลข้างเคียง ที่อาจเป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยเพราะยาบางตัว เช่นในกลุ่ม Tricyclic antidepressants อาจมีผลต่อยาบางตัวที่ใช้รักษาโรคทางกายร่วมด้วย เช่น โรค Congestive heart failure โรคลมชัก ต้อหิน ปัญหาการกลืน ปัสสาวะ และยารักษาความดันโลหิตสูง

หลักในการรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุด้วยยาต้านเศร้า คือ ไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นอีก (recurrence) หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว พบว่ามีความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำอีกค่อนข้างสูง ดังนั้นการรักษาในระยะเฉียบพลัน ควรให้ยาติดต่อกันนาน 8-12 สัปดาห์ และให้ต่ออีก 4-5 เดือนหลังจากดีขึ้นในช่วงแสดงอาการซึมเศร้า

**1.3.4.2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy-ECT) ใช้** กับผู้ป่วยที่มีประวัติจะฆ่าตัวตาย มีอาการซึมมาก ปฏิเสธการรับประทานหรือดื่มน้ำ แต่มีข้อห้ามสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจ จึงต้องมีการประเมินโรคนี้ก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer (Senile dementia Alzheimer) เพราะอาจเป็นการเพิ่มภาวะสับสนได้

การรักษาด้วยไฟฟ้าอาจทำให้เกิดภาวะความจำบกพร่องชั่วคราว พบว่า 13 % ของผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจะทนทุกข์ทรมานกับภาวะสับสนและการรับรู้วัน เวลา สถานที่บกพร่องไป อย่างไรก็ตามภาวะสับสนเหล่านี้จะมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังการรักษา ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการรุนแรงอาจใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าได้ หรือใช้ในกรณีที่ผู้มีประวัติว่ากลับมาเป็นมาอย่างทันทีทันใด หลังจากได้ทำ ECT การให้ยาต้านเศร้าอาจเริ่มให้หลังจากที่ทำ ECT ไปแล้ว 2 สัปดาห์

#### **1.3.4.3 การรักษาด้วยจิตบำบัด**

การรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการรักษาทางจิตชนิดหนึ่ง ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยผู้บำบัดวิเคราะห์สภาพปัญหาสาเหตุของปัญหาร่วมกันในการแก้ไขสิ่งที่เป็นปัญหาหรือความทุกข์ความคับข้องใจของผู้ป่วย

การบำบัดทางจิตสังคม หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วยในด้านจิตวิทยาและสังคม เป็นการบำบัดการดูแล ให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงการทำหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรู้จัก สภาวะจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพและวัฒนธรรม สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลถึงพฤติกรรม การแสดงออกและการทำงานส่วนต่างๆของร่างกาย รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของผู้ดูแล การบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมสำหรับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คือ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) มีดังต่อไปนี้

1) การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) หรือการบำบัดโดยใช้ความทรงจำเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าใจอัตมโนทัศน์ คุณค่าที่สำคัญของชีวิต การแก้ปัญหาชีวิตและมีความรู้สึกปลอดภัย เป็นการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่าและสำคัญต่อบุคคลแล้วนำมาระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการย้อนคิดถึงประสบการณ์อดีตที่มีความหมายต่อบุคคล ทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ในอดีตที่แก้ไขได้และมีความสำคัญ สร้างความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปรับตัวต่อความคับข้องใจในปัจจุบันการระลึกถึงความหลังทำให้พยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย ความยากลำบาก ความกังวลใจ กลไกจัดการทางจิต ความรู้สึกสูญเสีย ความเข้มแข็ง ความกลัว การพูดถึงอดีตที่ผ่านมาเป็นวิธีการหนึ่งในการทำความเข้าใจกลไกการจัดการกับปัญหาที่ผ่านมาและนำมาแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (Ebersole, 1976)

2) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (D'Zurilla & Goldfriend, 1997) กล่าวว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุเป็นการปรับความคิดการพัฒนาเจตคติในการแก้ปัญหา ที่มีเป้าหมายและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตและเพิ่มความผาสุกในการปรับตัวซึ่ง การที่บุคคลนั้นแก้ปัญหาได้เนื่องจากบุคคลสามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหานั้นเป็นเรื่องธรรมดา มองปัญหาในทางบวกเป็นสิ่งที่ท้าทายเปิดโอกาสให้ตนเองใช้เวลาและความพยายามในการ

แก้ปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้เองจนสำเร็จกรณีที่ไม่สำเร็จมองว่าเป็นบุคคลธรรมดาที่ยังขาดประสบการณ์ ต้องได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติม การฝึกทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยสูงอายุ จึงเป็นการจัดการความเครียดและลดความกดดันเพื่อความผาสุกในชีวิต

สรุปการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีแนวทางการรักษาล้ำยกับโรคซึมเศร้าทั่วไป แต่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันเนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกายร่วมด้วย คือ การรักษาด้วยยาต้องเลือกผลข้างเคียงที่น้อยที่สุด การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นแนวทางการรักษาสุดท้ายเนื่องจากมีภาวะเสี่ยง และการรักษาด้วยจิตบำบัดเลือกที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ คือ การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง และการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

### 1.3.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเองซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางาน วิจัยและงานบริการ เนื่องจากสามารถรวบรวมเก็บข้อมูลซ้ำได้ และประหยัดเวลา แบ่งได้ 4 ประเภทดังนี้

1.3.5.1 Zung Self-Rating Depress Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1965 โดยซุง แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมถึงอาการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมา ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม และอาการทางกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและครอบคลุมอาการที่กำหนด อาการภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมกับอาการทางกายได้ชัดเจน ได้หาความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยวิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษาในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้วิธีการคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆ เหมือนของเบค แต่ไม่ครอบคลุม

1.3.5.2. Center for Epidemiologic studies Depress Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี 20 ข้อซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง (Zung Self-Rating Depression Scal) แบบประเมินของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของรัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีการคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 หากความเชื่อมั่นแบบ Split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกันคือ มีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์การใช้แบบประเมินนี้เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชนหรือศึกษาการดูแลเบื้องต้น

1.3.5.3. Beck Depression inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี 1961 โดยเบค (Beck, 1961) แบบประเมินสร้างเพื่อ วัดอาการแสดงออกพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับ หรืออธิบายถึงความเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและ

อาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความ ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนน 4 ระดับ ในแต่ละข้อคือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน Beck ได้หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะ พบว่าเมื่อใช้แบบประเมินนี้กลุ่มกับผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.90 แบบประเมินนี้สามารถวัดซ้ำได้เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา และมีความเที่ยงสูงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือกลุ่มผู้ป่วยปกติ

1.3.5.4. Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นปี พ.ศ. 2573 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเยซาเวจและคณะ (Yesavage et al.) อรวรรณ ลีทองอินทร์ เป็นผู้แปลภาษาไทย ซึ่งคะแนนรวม 0-30 คะแนน กลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-45 ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศไทย พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบคือ 10.09 นาที มีความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.93

สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีหลายประเภท การเลือกใช้เครื่องมือควรเลือกใช้ตามบริบทที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการตอบแบบประเมินและคุณภาพของเครื่องมือ

**1.3.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ** (American Psychiatric Association, 2000; อ้างถึงในภา จิรัฐจินตนา, 2554) จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่สำคัญแบ่งออกเป็น 3 ประการคือ

1.3.6.1 การทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายความปลอดภัย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเศร้านามากมักจะมีโอกาสทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา การป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดที่ผู้ป่วยบ่งบอกชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

- 1) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
- 2) ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทางกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายใจชีวิตประจำวันทั้งการพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหารอื่นๆ
- 3) ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าต้องการกำลังใจและคนที่



เข้าใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ

4) จัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลื่นตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา

5) ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น การให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ตรงขนาด ตรงเวลาและติดตามผลข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยบางรายอาจต้องช็อตไฟฟ้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้สูงอายุบาดเจ็บและเป็นอันตรายได้

6) พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้นและการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกลดหรือตำหนิตนเองของผู้สูงอายุ

7) ควรทำสัญญากับผู้สูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่ในโรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งที่มีความหมาย เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหาและหาแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

#### 1.3.6.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากโรคซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1) ส่งเสริมความรู้สึกรับค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ โดย มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติและเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้สูงอายุควรให้ความยกย่อง นับถือเพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

2) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่คุณสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตัวเองหรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึกจะช่วยคลายความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลง

3) รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้านเพราะผู้ป่วยซึมเศร้าจะไวต่อการถูกปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบให้ความสนใจสิ่งที่คุณสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

4) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัยเพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

5) กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัดหรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ดีแก่ชีวิต เช่น การมีเพื่อน สังคม และกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

6) ให้ผู้สูงอายุทบทวนอาการเศร้าของตนเอง

7) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้สูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

8) ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งดีๆ ในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาหารความห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

9) ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจำงในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำทอนตนเองหรือความขมขื่น ไม่พอใจในสิ่งต่างๆ ให้น้อยลงและให้มองอีกด้านหนึ่งที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

10) ให้กำลังใจผู้สูงอายุ ในการเผชิญปัญหาและการแก้ไขสถานการณ์โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆ มากมาย เป็นผู้ที่ม่ีประสบการณ์ชีวิตหลากหลายซึ่งจะช่วยคลี่คลายปัญหาที่เผชิญอยู่ไปด้วยดี

11) ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- ให้ผู้สูงอายุทราบว่าโรคซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้สูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยทางกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

- อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้สูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

- กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกและวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดความซึมเศร้า

- ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

- ให้ผู้สูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุการปรับตัวที่เหมาะสมและวิธีการลดความเครียดเพื่อป้องกันและความซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดีและการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

- ให้ผู้สูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไปเพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบากหรือแห้งออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

1.3.6.3 ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเองละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับและการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูกเนื่องจากดื่มน้ำน้อยและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขาและปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ

ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้าด้วย ดังนั้นพยาบาลควรสังเกตและความเอาใจใส่โดย

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ
  - 2) เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือซึ่งน้ำหนักร่างกาย เพื่อสังเกตการณ์บวมและติดตามภาวะโภชนาการให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากโรคซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหารและนอนหลับได้ดีขึ้น
  - 3) จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากโรคซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหารและนอนหลับได้ดีขึ้น
  - 4) ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงามจะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยลดอาการซึมเศร้า
  - 5) บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความไม่สุขสบายทั้งจากโรคซึมเศร้าและจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง
  - 6) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างที่เพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจนและเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยง เพื่อให้เพลิดเพลินเกิดความรู้สึกดีและผูกพัน เป็นต้น
- สรุปการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ควรคำนึงถึงการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย การได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต ลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายรวมทั้งการดูแลญาติผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตลอดจนสนับสนุนช่วยเหลือญาติผู้ดูแลตามความเหมาะสม

## 2. แนวคิดของความ ต้องการและความต้องการการดูแล

### 2.1 ความหมายของคำว่าความต้องการ (Need)

พจนานุกรมในไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 กล่าวถึงความต้องการ หมายถึงความอยากได้ใคร่ได้หรือประสงค์จะได้ เมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าวจะทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดสมดุล เนื่องจากมีสิ่งมากระตุ้น มีแรงขับภายในเกิดขึ้นทำให้ร่างกายไม่ยอมอยู่นิ่งต้องพยายามดิ้นรนและแสวงหาเพื่อตอบสนองความต้องการนั้นๆ เมื่อร่างกายได้รับการตอบสนองแล้วร่างกายมนุษย์จะกลับสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง

Samuelson (1917; อ้างถึงในภุชญา ศักดิ์ศรี, 2534) กล่าวว่ามนุษย์นั้นเพียรพยายามทุกวิถีทางในอันที่จะให้บรรลุความต้องการที่ละขั้นเมื่อความต้องการแรกได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการนั้นความต้องการนั้นจะลดความสำคัญจนหมดความสำคัญไปไม่มีแรงกระตุ้นอีกต่อไปแต่จะเกิดความต้องการหรือสนใจสิ่งใหม่ๆอีก

Gilmer กล่าวว่า “มนุษย์มีความต้องการหลายสิ่งหลายอย่าง เช่น อาหาร อากาศ น้ำ ที่อยู่อาศัย รวมทั้งสิ่งอื่นๆ ด้วยเช่น การยอมรับนับถือ สภาพภาพการเป็นเจ้าของ แต่อย่างไรก็ตามความต้องการเหล่านี้ยากที่จะได้รับการตอบสนองจนอิ่มและพอใจทั้งๆที่ได้รับอยู่แล้ว” (เสถียร เหลืองอร่าม, 2525) ทุกวันนี้มนุษย์พยายามตอบสนองความต้องการของตนเอง ทำงานหาเงินเพื่อแลกเปลี่ยนกับความต้องการบางอย่าง การทำงานเพื่อเงินเป็นเพียงเหตุผลประการหนึ่งเท่านั้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่คนต้องการได้รับจากการทำงานซึ่งบางครั้งเงินไม่สามารถซื้อความต้องการบางอย่างได้ แบ่งเป็น 3 ประการ (เสถียร เหลืองอร่าม, 2525 และนิพนธ์ คันธเสวี, 2528)

1. ความต้องการด้านร่างกายหรือความต้องการทางสรีระ (Physical or Physiological need) หรือ ความต้องการด้านปฐมภูมิ (Primary Needs) หรือความต้องการด้านชีววิทยา (Biological Needs) เป็นความต้องการที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ความต้องการนี้หากไม่ได้รับการตอบสนองจะมีความตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา เช่น ต้องการอากาศหายใจ อาหาร ความอบอุ่น ยารักษาโรค อุณหภูมิที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่มการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่าย ความต้องการทางเพศและการพักผ่อนนอนหลับ

2. ความต้องการด้านจิตใจ หรือความต้องการระดับสูง หรือความต้องการด้านจิตวิทยาหรือความต้องการทุติยภูมิหรือความต้องการที่เกิดใหม่ (Psychological Needs or Secodary Needs or Acquired Need) เป็นความต้องการที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายหลังจากความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจึงเรียกความต้องการทางจิตใจว่า “ความต้องการที่เกิดขึ้นใหม่” แต่ละคนจึงมีความต้องการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์

3. ความต้องการทางสังคมเป็นความต้องการด้านจิตเจินั่นเองแต่เน้นหนักด้านความต้องการที่จะดำรงชีวิตให้เป็นที่ยอมรับนับถือในสังคม

จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่าสิ่งที่แน่ชัดคือมนุษย์มีความต้องการเพื่อดำรงชีวิตอย่างสร้างสรรค์แต่ความต้องการของบุคคลอาจไม่ได้เป็นลำดับขั้นตอน ความต้องการของมนุษย์เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างผสมผสาน กล่าวคือ อาจเกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งก่อนหรือเกิดขึ้นพร้อมๆกัน โดยเสนอว่าความต้องการของมนุษย์แบ่งออกเป็น 4 ประเภท

ประเภทที่ 1 ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน เป็นต้น อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ประเภทที่ 2 ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) เป็นความต้องการเพื่อความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ เนื่องจากบุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) ที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงยากมาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) ที่บุคคลได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลเลือกได้และบทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) ที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่เพียงชั่วคราวเท่านั้น

ประเภทที่ 3 ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychololical and spiritual needs) เป็นความต้องการให้มีความกลมกลืนกระบวนการด้านความคิด ความเชื่อและศรัทธาอารมณ์และการแสดงออก โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ประเภทที่ 4 ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์

กล่าวสรุปความหมายของความต้องการ หมายถึง ความอยากได้ใคร่ประสงค์จะได้อะไร เพื่อดำเนินชีวิต โดยพยายามหาวิธีในการบรรลุนั้นความต้องการต่างๆ ให้อยู่ในสภาวะสมดุล ความต้องการของมนุษย์มี 4 ประเภทคือความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณและความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งความต้องการเหล่านี้อาจไม่เกิดขึ้นเป็นลำดับขั้น แต่สามารถเกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งก่อนก็ได้

## 2.2 ทฤษฎีความต้องการ

**ทฤษฎีความต้องการของ Maslow (Dr. Abraham H. Maslow)** นักจิตวิทยา กลุ่มมนุษย์นิยมได้อธิบายเรื่องความต้องการของมนุษย์ว่าเป็นลำดับทั้งหมด 5 ลำดับ (Five general system of need) โดยเขียนเป็นรูปพีระมิดแห่งความต้องการได้แสดงความต้องการขั้นมูลฐานของมนุษย์ (Basic needs) ความคิดสำคัญของทฤษฎีนี้คือความต้องการส่วนใหญ่ในระดับที่ต่ำกว่าต้องได้รับการตอบสนองก่อนที่ความต้องการในระดับที่สูงขึ้นไปจะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามสิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าความต้องการมากกว่าหนึ่งระดับไม่อาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน ความต้องการของมนุษย์เป็นจุดเริ่มต้นของแรงจูงใจมนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่มีความต้องการไม่สิ้นสุดตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ทุกคนมีความต้องการตลอดเวลาและจะต้องการมากขึ้นเรื่อยไป ความต้องการของมนุษย์จัดเป็นขั้นตอนตามความสำคัญจากต่ำไปสูง มาสโลว์ได้จัดชั้นความต้องการของมนุษย์อย่างเป็นระเบียบเรียกว่า Hierarchy of need เรียงลำดับจากต่ำไปสูง ถ้าความต้องการในขั้นแรกๆ ยังไม่ได้รับการตอบสนองก็ยังไม่มีความต้องการในขั้นสูงถัดไป ดังนี้

**ขั้นที่ 1** ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ความต้องการในขั้นนี้ เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic needs) ซึ่งมีพลังมากที่สุดเพราะเป็นความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ตัวอย่างเช่น ความต้องการอากาศ อาหาร ยา รักษาโรค หากความต้องการขั้นแรกยังไม่ได้รับการตอบสนองก็ยากที่จะพัฒนาสู่ขั้นอื่นๆ ได้

**ขั้นที่ 2** ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety and security needs) ความต้องการในขั้นนี้จะเกิดเมื่อขั้นแรกได้รับการตอบสนอง ความต้องการในขั้นนี้เป็นความต้องการที่จะรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง หากไม่ได้รับการตอบสนองหากไม่ได้รับการตอบสนองจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว ผวา รู้สึกไม่มั่นคง

**ขั้นที่ 3** ความต้องการความรัก และความเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs) เมื่อ 2 ขั้นแรกได้รับการสนองความต้องการแล้ว มนุษย์จะสร้างความรักและความผูกพันกับผู้อื่น

**ขั้นที่ 4** ความต้องการการได้รับการยกย่องนับถือ (Esteem needs) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

- ความต้องการนับถือตนเอง (Self-respect) คือ ความต้องการมีอำนาจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสามารถและความสำเร็จ มีความเคารพนับถือตนเอง

- ความต้องการได้รับการยกย่องนับถือ (Esteem from others) คือ ความต้องการชื่อเสียงเกียรติยศ การยอมรับยกย่องจากผู้อื่น

**ขั้นที่ 5** ความต้องการที่จะเข้าใจประจักษ์ตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization needs) เป็นความต้องการเพื่อตระหนักรู้ความสามารถของตนกับประพฤติกรรมปฏิบัติตนตามความสามารถ และสุดความสามารถ โดยเฟื่องเลี้ยงประโยชน์ของคนอื่นและของสังคมส่วนรวมเป็นสำคัญ

**ทฤษฎีความต้องการ ERG ของ Alderfer** (Alderfer 1996; 142-175 อ้างถึงใน สิริ นาศัย กฤษภาธาร, 2552) ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 3 ระดับคือ

1. ความต้องการที่จะดำรงชีวิต หรือความต้องการที่จะคงอยู่ (Existence: E) เป็นความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี เป็นความต้องการปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิต ความต้องการทางวัตถุดิบเงินเดือน ประโยชน์ตอบแทน สภาพการทำงาน ปัจจัยอำนวยความสะดวกในการทำงานเป็นต้น

2. ความต้องการด้านสัมพันธ์ (Relatedness: R) คือ ความต้องการผูกพันกับผู้อื่นในการทำงาน ต้องการเป็นพวกได้รับการยอมรับ ร่วมรับรู้และแบ่งปันความรู้สึกระหว่างกัน ต้องการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ต้องการเป็นเพื่อน

3. ความต้องการด้านความเจริญเติบโต (Growth: G) เป็นความต้องการที่จะเจริญก้าวหน้าในการทำงาน สามารถทุ่มเทความรู้ ความสามารถของตนในการทำงานอย่างเต็มที่และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเพิ่มขึ้นด้วย

**ทฤษฎีความต้องการตามแนวคิดของเมอร์เรย์ (Murray)** มีความคิดเห็นว่า ความต้องการเป็นสิ่งที่บุคคลได้สร้างขึ้นก่อนให้เกิดความซาบซึ้ง ความต้องการนี้บางครั้งเกิดขึ้นเนื่องจากแรงกระตุ้นภายในของบุคคลและบางครั้งอาจเกิดจากความต้องการเนื่องจากสภาพสังคมก็เป็นได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากสภาพทางร่างกายและสภาพทางจิตใจนั่นเอง ทฤษฎีต้องการหลักของเมอร์เรย์สามารถสรุปได้ดังนี้ (โยธิน คันสนยุทธ, 2530)

1. ความต้องการที่จะเอาชนะด้วยการแสดงออกความก้าวร้าว (Need for Agression) ความต้องการที่จะเอาชนะผู้อื่นเอาชนะต่อสิ่งขัดขวางทั้งปวงด้วยความรุนแรง มีการต่อสู้ การแค้น การทำร้ายร่างกายหรือการฆ่าฟันกัน เช่นการพูดจากระทบกระทั่งกับบุคคลที่ไม่ชอบ

2. ความต้องการที่จะเอาชนะฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ (Need for Counteraction) ความต้องการที่จะเอาชนะนี้เป็นความต้องการที่ฟันฝ่าอุปสรรคความล้มเหลว เช่นเมื่อได้รับการดูหมิ่น จะเพียรพยายามเอาชนะคำสบประมาท

3. ความต้องการที่จะยอมแพ้ (Need for Abasement) ความต้องการที่จะยอมแพ้ยอมรับผิด เช่นยอมรับคำวิจารณ์ ยอมรับการลงโทษ

4. ความต้องการที่จะปกป้องตนเอง (Need for Defendand) เป็นความต้องการปกป้องตนเองจากคำวิพากษ์วิจารณ์ จากการตำหนิติเตียน พยายามหาเหตุผลมาอธิบายการกระทำของตน เพื่อป้องกันให้พ้นผิด

5. ความต้องการเป็นอิสระ (Need for Autonomy) ความต้องการชนิดนี้เป็นความต้องการที่ปรารถนาจะเป็นอิสระจากสิ่งกีดขวางทั้งปวง ต้องการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อเป็นตัวของตัวเอง

6. ความต้องการความสำเร็จ (Need for Achievement) เป็นความต้องการที่จะกระทำการต่างๆที่ยากลำบากให้ประสบความสำเร็จ พบว่าเพศชายมีความต้องการมากกว่าเพศหญิง
7. ความต้องการสร้างมิตรภาพกับบุคคลอื่น (Need for Affiliation) เป็นความต้องการที่จะทำให้ผู้อื่นรักใคร่ ต้องการรู้จักหรือมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ต้องการเอาอกเอาใจมีความซื่อสัตย์ต่อเพื่อนฝูง พยายามสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น
8. ความต้องการความสนุกสนาน (Need for play) เป็นความต้องการที่จะแสดงความสนุกสนาน ต้องการหัวเราะเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด
9. ความต้องการแยกตนเองจากผู้อื่น (Need for Rejection) บุคคลมักปรารถนาแยกตนเองจากผู้อื่นไม่ยินดียินร้ายเมินเฉย ไม่สนในผู้อื่น
10. ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Need for Succorence) ความต้องการประเภทนี้จะเป็นความต้องการให้บุคคลอื่นมีความสนใจ เห็นอกเห็นใจ มีความสงสารในตนเองต้องการได้รับความช่วยเหลือ การดูแล ให้คำแนะนำดูแลจากบุคคลอื่นนั่นเอง
11. ความต้องการที่จะให้ความช่วยเหลือต่อบุคคลอื่น (Need for Nurture) เป็นความต้องการที่จะเข้าร่วมในการทำกิจกรรมกับบุคคลอื่น โดยการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้พ้นอันตราย
12. ความต้องการที่จะสร้างความประทับใจให้กับผู้อื่น (Need for Exhibition) เป็นการทำให้บุคคลอื่นได้เห็น ได้ยินเกี่ยวกับเรื่องราวตนเอง ต้องการให้บุคคลอื่นสนใจสนุกสนาน
13. ความต้องการมีอิทธิพลเหนือบุคคลอื่น (Need for Domminance) เป็นความต้องการที่จะให้บุคคลอื่นมีการกระทำตามคำสั่งและความต้องการของตนเอง ทำให้รู้สึกว่ามีอิทธิพลเหนือคนอื่น
14. ความต้องการที่จะยอมรับนับถือผู้อาวุโสกว่า (Need for Deference) เป็นการยอมรับนับถือผู้อาวุโสกว่าด้วยความยินดี พร้อมให้ความช่วยเหลือ
15. ความต้องการหลีกเลี่ยงความรู้สึกล้มเหลว (Need for Avoidance of inferiority) ความต้องการหลีกเลี่ยงให้พ้นจากความอับอายทั้งหลาย ต้องการหลีกเลี่ยงการดูถูก หรือการกระทำต่างๆให้เกิดความละอาย
16. ความต้องการหลีกเลี่ยงให้พ้นจากอันตราย (Need for Avoidance Harm) ความต้องการนี้เป็นความต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ต้องการได้รับความปลอดภัย
17. ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากอันตราย (Need for Avoidance of Blame) เป็นความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการลงโทษด้วยการคล้อยตามกลุ่มหรือยอมรับคำสั่งปฏิบัติตามกฎข้อบังคับเพราะกลัวถูกลงโทษ
18. ความต้องการความเป็นระเบียบเรียบร้อย (Need for Orderliness) เป็นความต้องการที่จะจัดสิ่งของต่างๆ ให้อยู่ในสภาพที่เป็นระเบียบเรียบร้อย มีความประณีต งดงาม
19. ความต้องการรักษาชื่อเสียง เช่นจะไม่ยอมขโมยแม้ตนเองจะหิว หรือไม่ยอมคดโกงผู้ใดเพราะชื่อเสียงวงศ์ตระกูล เป็นต้น

20. ความต้องการให้ตนเองมีความแตกต่างจากบุคคลอื่น (Need for contrariness) เป็นความต้องการที่อยากจะเด่น ไม่เหมือนใคร นำสมัย

**ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช (Patients need)** เป็นความต้องการที่คล้ายกับบุคคลทั่วไป เพียงแต่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ร้ายแรงกว่าคือไม่สามารถบรรลุความต้องการของตนเองได้ จนทำให้เกิดความคับข้องใจ มีความบอบช้ำของจิตใจและไม่กล้าแสดงออกอย่างชัดเจนในสิ่งที่ตนเองต้องการ ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนก็มีความต้องการที่แตกต่างกัน (วิภาวี เผ่ากันทราร, 2536)

#### ประเภทของความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

Meadows, Harvey, Fossey and Burgess (2000 อ้างถึงใน สุพัตรา พุ่มพวง, 2547: 37) ได้แบ่งความต้องการการดูแลของผู้ใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชเป็น 4 ประเภทคือ

1. การที่ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณเองต้องการได้รับการช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลนั้นทั้งหมด (Met need)
2. การที่ผู้ใช้บริการรับรู้ความต้องการได้รับการช่วยเหลือแต่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลเพียงบางส่วนไม่ทั้งหมด (Partially met need)
3. การที่ผู้ใช้บริการรับรู้ความต้องการว่าคุณเองได้รับการช่วยเหลือแต่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลแต่อย่างใด (Unmet need)
4. การที่ผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณเองมีปัญหาด้านสุขภาพจิตแต่ไม่ต้องการการบริการการดูแลหรือการช่วยเหลือใดๆ เลย (No need)

#### 2.3 แนวคิดของความต้องการการดูแล (Care need)

Steven & Rafer (1994) กล่าวว่าความต้องการการดูแล (Care need) หมายถึง การได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งเป็นการได้รับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1.ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความต้องการการดูแลบ้านพักที่อยู่อาศัย อาหาร การเงินและการได้รับสิทธิประโยชน์อื่นๆ 2.ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันการได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง 3.ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การได้รับการเสริมสร้างกำลังใจจากบุคคลรอบข้างและการสร้างความความเข้มแข็งทางใจ 4.ความต้องการการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการยอมรับจากบุคคลรอบข้างและสังคม

Phelan et al (1995) กล่าวว่าความต้องการการดูแล หมายถึงการได้รับการสนองความอยากได้ใคร่ประสงค์ของตนเองในการดำรงชีวิต

Hancock et al (2004) กล่าวว่าความต้องการการดูแลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1)ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (Met need) เป็นความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการและได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งหมดส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดี 2)ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) เป็นความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างถูกต้องหรือในระดับการต้องการที่เหมาะสม ปริมาณความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองเป็นสิ่งซึ่งถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลงและการรับรู้ทางสุขภาพในเชิงลบ อย่างไรก็ตามความต้องการที่ได้รับการตอบสนองยังเป็นคำจำกัดความที่ลงรายละเอียดในแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกัน



กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุลและคณะ (2546) กล่าวว่าความต้องการการดูแลในหน่วยปฐมภูมิของผู้บริการ เป็นความต้องการดูแลที่เกิดจากผู้ให้บริการเกิดความไม่สบายใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตปกติ ซึ่งส่วนใหญ่ความต้องการการดูแลของผู้ใช้บริการยังคงมุ่งเฉพาะการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเท่านั้น โดยเริ่มมีบางส่วนที่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนน้อย

กล่าวสรุปความต้องการการดูแลหมายถึงการได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เป็นการได้รับประโยชน์จากการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม และสามารถแบ่งความต้องการการดูแลออกเป็น 2 ชนิดคือ ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (Met need) 2) ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need)

#### 2.4 ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยช่วงท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ได้รับการประคับประคองจากสังคม ในสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแลพ่อแม่และแม่ ญาติ ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนไป ย่อมมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแบ่งได้ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1. ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม เป็นความต้องการการดูแลสิ่งต่างๆ อยู่รอบตัวบุคคล ซึ่งมีทั้งมีชีวิตและไม่มีชีวิตทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่นที่อยู่อาศัย การดูแลบ้านพักอาศัยโดยมีผู้อื่นคอยดูแลช่วยเหลือทำความสะอาดที่พำนักอาศัย ด้านการเงิน การได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยส่วนใหญ่ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น

2. ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการการดูแลพื้นฐานของชีวิต เช่น ต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ ไม่มีโรคภัยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการมีผู้ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เช่น การพาไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วย การได้รับการช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถทำเองได้มีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย ต้องการอาหารการกินที่ถูกลักษณะตามวัย เพราะวัยที่สูงขึ้นสภาพร่างกายที่เสื่อมลงมีความต้องการอาหารที่เป็นประโยชน์ ส่งเสริมซ่อมแซมในสิ่งที่สูญเสียไป ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันทีที่ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ ต้องการได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ต้องการบำรุงรักษาร่างกายและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจตัวเอง ให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้น เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็น จะมีมากขึ้นด้วย แต่การแสดงออก จะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ

ที่พบคือ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย ต้องการการยอมรับ และการเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ

4. ความต้องการทางสังคม-เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการได้รับการสนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งด้านความเป็นอยู่และรายได้จากรัฐ ต้องการมีชีวิตรวมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ต้องการการประกันรายได้และประกันความชราภาพ

สรุปความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยช่วงท้ายของชีวิต จึงมีความต้องการเฉพาะเจาะจงในแต่ละเรื่องที่ต่างจากวัยอื่นๆ ประกอบด้วยความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมเป็นความต้องการการดูแลสิ่งต่างๆ อยู่รอบตัวบุคคล ซึ่งมีทั้งมีชีวิตและไม่มีชีวิตทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการการดูแลพื้นฐานของชีวิตในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายเพื่อดำรงชีวิตอยู่ได้ ความต้องการด้านจิตใจเป็นความต้องการการยอมรับ และการเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ และความต้องการด้านสังคมคือความต้องการการช่วยเหลือจากสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด

## 2.5 ความต้องการการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวช

เนื่องจากการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุยังมีข้อจำกัดและยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจน จึงทบทวนความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถือเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านจิตใจซึ่งเป็นกลุ่มหนึ่งของโรคทางจิตเวช

Brewin (1992; อ้างถึงใน สุพัตรา พุ่มพวง, 2547) กล่าวว่าความต้องการในบริการสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าผู้ใช้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเกิดความต้องการได้รับการดูแลเนื่องจาก ระบุว่าตนเองขาดเรื่องต่างๆ คือ

2.5.1. ขาดการดูแลขั้นพื้นฐาน (lack of health) เป็นเรื่องของการได้รับการช่วยเหลือทันทีให้พ้นจากความโศกเศร้า หรือพฤติกรรมที่มีปัญหาหรือเรื่องของทักษะทางสังคม ซึ่งต้องการได้รับการช่วยเหลือให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

2.5.2. ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (Lack of access) การที่ผู้ป่วยรับรู้ความต้องการว่าตนเองต้องการความช่วยเหลือแต่ไม่ได้รับการตอบสนองแต่อย่างใด (Unmet need)

2.5.3. ผู้ให้บริการขาดทักษะการดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2.5.4. ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เฉพาะเจาะจงได้ (Lack of specific activity) ในเรื่องการรักษาการพยาบาล หรือการให้ความช่วยเหลือระยะเริ่มแรกของปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้เกิดความต้องการการรักษาที่เฉพาะเจาะจงจากผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งสำคัญ

จากการสำรวจการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชของ ในด้านการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ (The Scottish Office Department of Health (1997; อ้างถึงใน สุพัตรา พุ่มพวง, 2547)

1. การเข้าถึงบริการและข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ (Access and information) คือ การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวก รวดเร็วเป็นมิตร และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟู

2. ความต้องการได้รับการวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Need for individual planning) คือความต้องการได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นให้เหมาะสมแต่ละบุคคล

3. ความต้องการได้รับการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต (Meeting need in crisis) คือ ความต้องการได้รับการช่วยเหลือเมื่อตกอยู่ในภาวะวิกฤตและการส่งต่อในระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง รวมทั้งการได้รับการดูแลด้านร่างกาย อาหาร การนอนหลับ การรับประทานยา และการออกกำลังกาย เป็นต้น

4. ความต้องการได้รับการดูแลรักษาและสนับสนุนช่วยเหลือสภาพจิตใจ (Needs of treatment and support with mental distress) คือความต้องการได้รับการรักษา การบรรเทา ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตใจให้ลดลง จากบุคลากรที่มีความรู้และทักษะที่เหมาะสม

5. ความต้องการได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานและการสนับสนุนช่วยเหลือ ด้านสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง (Needs for ordinary and long-term support) คือความต้องการได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การเผชิญปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อ ศาสนาวัฒนธรรมในวิถีการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการและได้รับการดูแลรักษาสุขภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการพยาบาลสู่บ้าน

6. ความต้องการได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสภาพจิตใจ (Needs for Personal growth and development) คือ ความต้องการได้รับการสนับสนุนการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจ ให้สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม หลีกเลียงภาวะแทรกซ้อนและได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการฝึกอาชีพพร้อมกลับสู่การทำงาน การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ด้านคำปรึกษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ใช้บริการ

กล่าวสรุป คือ ผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตามการรับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องการหรือในสิ่งที่ตนเองขาดไป เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิตในการดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

## 2.6 พยาบาลจิตเวช

พยาบาลจิตเวช หมายถึง บุคคลที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพ เมื่อเจ็บป่วยทางจิตเวช รวมทั้งช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทางจิตเวช โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล (สมบัติ สุกุลพรรณ, 2542)

บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในระบบปฐมภูมิควรมีลักษณะดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2552)

1. ด้านการให้การดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ในการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต การฟื้นฟูสภาพจิต การส่งต่อในสถานบริการและในชุมชน

2. ด้านการเป็นผู้จัดการรายกรณี ในการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการ การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงาน

3. ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคคลากรในทีมสุขภาพทั้ง ในและนอกหน่วยงาน รับบริการ ครอบครัวและชุมชน

4. ด้านการให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคคลากรในทีมสุขภาพ ที่ สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ

5. ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่

6. ด้านการบริหารจัดการดำเนินงานบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

7. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล

โดยสรุปการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นการดูแลต่อเนื่องทั้งในระบบ การบริการผู้ป่วยนอก การบริการในโรงพยาบาลและการบริการในชุมชนที่มีความเกี่ยวข้องกัน

#### ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล

ลักษณะการพยาบาลที่สำคัญตามการรับรู้ของพยาบาลจิตเวช (Soonthornchaiya, 2013)โดยพบว่าพยาบาลรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจากพยาบาลดังนี้

1..พยาบาลเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงการทำหน้าที่ทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2. พยาบาลสามารถผสมผสานความรู้ร่วมกับทีมสุขภาพและเครือข่ายด้านสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพการทำงานเป็นทีม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา

3. พยาบาลจัดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ในการให้กำลังใจ การให้ความร่วมมือในการจัดการดูแลทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และ สร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกในเชิงบวก

Messner (1993 อ้างถึงใน สุพัตรา พุ่มพวง, 2547)ได้ศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเวช ต้องการการดูแลจากพยาบาลจากการรับรู้ของพยาบาล ดังนี้

1. การรับฟัง พยาบาลต้องรับฟังผู้ป่วยจะบอกความต้องการของตนเองให้พยาบาล ทราบ เมื่อพยาบาลแสดงถึงความต้องการและการยอมรับฟังผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนมากมักไม่ได้รับความ สนใจนี้ พยาบาลจึงไม่สามารถเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตั้งใจ ฟังและใช้ศิลปะในการรับฟัง เพื่อจะได้ประเมินความต้องการการดูแลได้อย่างแท้จริง

2. คำถามความต้องการ การถามความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงและพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการได้ตรงความต้องการของผู้ป่วย หาก พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยจากความคิดของตนเองจะมีความคลาดเคลื่อนผิดพลาด เนื่องจากพยาบาลจะเข้าใจกระบวนการของโรคมากกว่าผู้ป่วย

3. การไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกกล่าวหรือแสดงออก สิ่ง que ผู้ป่วยบอกหรือแสดง ออกเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าเครียดพยาบาลควรเชื่อ เนื่องจากเป็นการ รับรู้ของผู้ป่วยเอง พยาบาลไม่ควรพูดว่าอย่าเครียดไปเลยและเห็นว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ควรให้การ

พยาบาลเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งอาจเป็นแค่การประคับประคองด้วยการยอมรับและเห็นความสำคัญของตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น

4. การให้การพยาบาลโดยเน้นตัวผู้ป่วยมิใช่ตัวโรคที่เป็น ผู้ป่วยต้องการได้รับความสนใจในตัวเขามากกว่าตัวโรค ต้องการมีสัมพันธภาพที่ดี การประเมินผู้ป่วยใช้สิ่งที่เหมาะสมเพราะมีสิ่งอื่นอีกมากกว่าตัวผู้ป่วย นอกเหนือจากยาและผลการการตรวจทางห้องทดลอง

5. พุดกับผู้ป่วยไม่ใช่พุดถึงผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกคับข้องใจเมื่อถูกพุดถึงรู้สึกเหมือนไม่มีตัวตนอยู่ขณะนั้น หรือการให้การรักษาเฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเท่านั้น การพุดศัพท์ทางการแพทย์ หรือการใช้ภาษาวิชาการเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญโดยการแสดงออกว่าให้ความสนในใจผู้ป่วยและควรแนะนำตนเองเมื่อพบผู้ป่วยในระยะแรก

6. การเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้ครอบครัวหรือผู้อื่นทราบเรื่องการเจ็บป่วยของตน เช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นมะเร็ง ดังนั้นการถามเรื่องส่วนตัวผู้ป่วยพยาบาลควรต้องใช้ความระมัดระวังและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

7. ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอคอย เมื่อต้องให้ผู้ป่วยรอ พยาบาลควรบอกเหตุผลด้วยคำพูดสุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักว่า พยาบาลยังให้ความสำคัญของตนเองเสมอ และการอธิบายเหตุผลนั้นอาจจำเป็นต้องเสนอทางเลือกด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่หมดหนทาง

กล่าวสรุปว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการจากพยาบาลคือ การรับฟัง การถามคำถามถึงความต้องการ การไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยกล่าวหรือแสดงออก การให้การพยาบาลที่เน้นตัวบุคคลมิใช่ตัวโรค พุดกับผู้ป่วยไม่ใช่พุดถึงผู้ป่วย การเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว และไม่ควรให้ผู้ป่วยรอคอย และลักษณะการพยาบาลที่สำคัญตามการ และลักษณะการพยาบาลที่สำคัญตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ พยาบาลมีความเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วย สามารถผสมผสานความรู้ร่วมกับทีมสุขภาพและจัดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย

## 2.7 ญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (Davis, 1992)

จอม สุวรรณโน (2541) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลในครอบครัวไว้ว่า เป็นผู้ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื่องรังที่มีข้อจำกัดด้านการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนแลการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติการกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Give direct care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล มีหน้าที่จัดการดูแลอื่นๆ ที่ไม่ใช้การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (indirect care)

เช่น เป็นตัวแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม ดูแลจัดการเกี่ยวกับการเดินทางไปรับการตรวจรักษา เช่น เรื่องค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าครองชีพ หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยให้การดูแลน้อยกว่า

โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. การมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว
2. การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป
3. การจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้ป่วย
4. การเป็นผู้ติดต่อประสานงาน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางสังคม

ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมในครอบครัว

5. ยอมรับในบทบาทที่สำคัญของผู้ป่วย และยกย่องในบทบาทของผู้ป่วย

โดยสรุป ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึงบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งอาจมีความผูกพันทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ โดยมีบทบาทการดูแลต่างๆ

### 2.7.1 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากมุมมองของญาติผู้ดูแล

คณิสสร แก้วแดง (2553) ได้ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจากมุมมองของญาติผู้ดูแล ดังนี้

2.7.1.1 ความต้องการพยาบาลด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ต้องการได้รับการดูแลเรื่องอาการรับประทานยา และต้องการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติ รวมทั้งการป้องกันโรคแทรกซ้อน

2.7.1.2 ต้องการการพยาบาลด้านจิตใจ พบว่ามีความต้องการได้รับข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ต้องการได้รับการรักษาความลับ ต้องการได้รับการสัมผัสต้องการได้รับการฟังคำพูดที่ไพเราะและนุ่มนวล ต้องการได้รับสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งต้องการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ต้องการได้รับการบริการที่รวดเร็วและทันที ต้องการได้รับการให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ ต้องการได้รับการดูแลด้วยความเต็มใจและต้องการได้รับการดูแลต่างๆที่เท่าเทียมกับผู้ป่วยคนอื่นๆ

2.7.1.3 ความต้องการการพยาบาลด้านอารมณ์ พบว่าต้องการได้รับการดูแลเรื่องการปลอบโยนและการให้กำลังใจ

กล่าวสรุปความต้องการการดูแลผู้ป่วยในมุมมองของญาติคือ ความต้องการพยาบาลด้านร่างกาย ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจและความต้องการการพยาบาลด้านอารมณ์

## 2.8 การประเมินความต้องการการดูแล

2.8.1. แบบประเมินความต้องการ Camberwell Assessment of need-CAN เป็นเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลในประชาชนที่มีปัญหาในเรื่องสุขภาพทางด้านจิตใจต้องมีความต้องการการดูแลที่สลับซับซ้อนในด้านอาการเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลด้านสังคม CAN เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นในช่วง 1990 เพื่อประเมินความต้องการดูแลของผู้ป่วย เครื่องมือนี้ถูกแบ่งออกเป็น 2 แบบประเมิน คือ แบบที่ 1 แบบประเมินทางด้านสุขภาพโดยออกแบบให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องหรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยประเมินผู้ป่วย แบบที่ 2 เป็นแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัยของ

หน่วยงานทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งเครื่องมือของ CAN ได้รับการยอมรับในการใช้ในหน่วยงานสุขภาพต่างๆในชุมชน (Phelan et al.,1995) ประกอบไปด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 22 หัวข้อ Slade et al (1999) ได้กล่าวสนับสนุนถึงประโยชน์ CAN ซึ่งเหมาะสำหรับประเมินความต้องการการดูแลในวัยผู้ใหญ่

2.8.2 แบบประเมินความต้องการCamberwell Assessment of need for Elderly –CANE เป็นเครื่องมือที่พัฒนาจาก Camberwell Assessment of need -CAN ซึ่ง CAN เป็นแบบประเมินความต้องการทั้งหมด 22 ข้อ โดยแบบประเมินถูกออกแบบมาใช้ประเมินความต้องการการดูแลในวัยผู้ใหญ่ และมีการนำแบบประเมินมาปรับเปลี่ยนหัวข้อคำถามเป็น 24 ข้อ โดยเพิ่มข้อความให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อใช้ประเมินความต้องการการดูแลอย่างเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุ เรียกว่าแบบประเมิน Camberwell Assessment of need for the Elderly-CANE พัฒนาและกล่าวถึงครั้งแรกอย่างเป็นทางการโดย Reynolds และทีมงานในปี 2000 CANE ได้ถูกใช้ในประเทศอังกฤษและสหราชอาณาจักร (UK) และCANE ได้ถูกไปใช้อย่างกว้าง เช่น ในชุมชนที่อยู่อาศัย ในสถานพักฟื้น ในอนามัยชุมชน ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบไม่ค้างคืน ปัจจุบัน CANE ได้ถูกแปลไปใช้งาน 13 ภาษา คือ Norwegian, Swedish, German, Spanish, English, Hindi, Cantonese, Hebrew, Portuguese, Arabic, Russian, Turkish and Welsh

แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (CANE) เป็นเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเรื่องความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยผลลัพธ์ของเครื่องมือชี้ให้เห็นการได้รับการตอบสนองความต้องการดูแลและการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล สามารถนำไปใช้ในการวางแผนรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ CANE เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามความต้องการการดูแลทั้ง 4 ด้าน 24 ข้อ ได้แก่ ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและด้านความต้องการการดูแลด้านสังคม ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา มีค่าเท่ากับ .85 ตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงของเครื่องมือ Test re-test reliability มีค่าเท่ากับ  $r = 0.93$  และ interrater reliability (Kappa > 0.85) จากค่าดังกล่าวสะท้อนถึงความน่าเชื่อถือในระดับสูงในการนำเครื่องมือนี้มาใช้ประเมินความต้องการในกลุ่มผู้สูงอายุ

ดังนั้นการประเมินความต้องการการดูแลในแต่ละช่วงอายุมีรายละเอียดที่แตกต่างกันในแบบประเมินของ CAN ถูกออกแบบมาเพื่อประเมินความต้องการในวัยผู้ใหญ่เนื้อหาในการประเมิน เช่น การแสดงออกทางเพศ การศึกษาขั้นพื้นฐานและการสื่อสารทางโทรศัพท์ ส่วน CANE เหมาะสำหรับประเมินความต้องการการดูแลในวัยสูงอายุมีหัวข้อคำถามที่แตกต่างจาก CAN เช่น ด้านความจำ ด้านการมองเห็นและการได้ยิน ด้านการขับถ่าย ด้านการอุบัติเหตุและการถูกเพิกเฉย ซึ่งหัวข้อดังกล่าวเป็นหัวข้อสำคัญในการประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุอย่างเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาครั้งกลุ่มประชากรเป้าหมายในการศึกษาอยู่ในวัยสูงอายุ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินของ CANE เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Edward (2000) ศึกษาผู้ใช้บริการที่มารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชและบทบาทพยาบาลสุขภาพจิต ในการให้บริการที่ตรงตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยการศึกษาด้านเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชต้องการได้รับความรู้ และต้องการการดูแลที่คุณภาพจากทีมสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ใช้บริการและความต้องการพยาบาลที่มีทักษะในการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช

Mesdows et al. (2000) ศึกษาการรับรู้ความต้องการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการ เป็นหมวดหมู่ ดังนี้ 1) ความต้องการความรู้เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต การเข้าถึงบริการได้ง่ายและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา 2) การได้รับการดูแลด้านจิตใจ 3) การได้รับยารักษา 4) การได้รับการดูแลเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์ 5) การได้รับการให้คำปรึกษา 6) การได้รับการช่วยเหลือจากสังคม 7) การช่วยเหลือซึ่งกันและกันซึ่งความสามารถในการทำงาน 8) ช่วยให้สามารถดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านและในสังคม แบ่งเป็นการรับรู้ความต้องการแต่ละหมวดหมู่เป็น 1) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพจิต แต่ไม่ต้องการการบริการหรือรับความช่วยเหลือ (No need) 2) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับการช่วยเหลือแต่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลแต่อย่างใด (Unmet need) 3) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับการช่วยเหลือแต่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลเพียงบางส่วนไม่ทั้งหมด (Partially met need) 4) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองต้องการได้รับการช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลนั้นทั้งหมด (Met need)

Hansson et al (2001) ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความคิดเห็นไม่ตรงกันอย่างมากเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือ และระบุถึงปัญหาความต้องการพบว่า มีเพียง 5 ใน 22 คนที่มีความคิดเห็นตรงกัน ส่วนความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันส่วนมากเป็นเรื่องการบริการทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ การให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของผู้ให้บริการมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

Bordman (2004) ศึกษาความต้องการรักษาทางด้านสุขภาพจิตผู้ป่วยในหน่วยปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรจำนวน 336 คน พบว่ามีความต้องการบริการและการรักษาทางสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 27.3 และมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 59.6 มีความต้องการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและไม่ได้รับการตอบสนองแต่อย่างใด (Unmet need) และได้รับการตอบสนองเป็นบางส่วนแต่ไม่หมด (Partially met need) คิดเป็นร้อยละ 6.2 และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 9.5

Prins et al (2009) ศึกษาความต้องการการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหน่วยงานปฐมภูมิ พบว่า มีความต้องการการดูแลในเรื่องการได้รับคำปรึกษาหรือข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวส่วนในเรื่องการใช้ยา การฝึกทักษะและการส่งตัวต่อเพื่อรักษากับผู้เชี่ยวชาญมีความต้องการน้อยกว่า

Houtjes et al (2011) ศึกษาความต้องการที่ไม่ได้การตอบสนองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า จากการประเมินพบค่าเฉลี่ยของระดับ



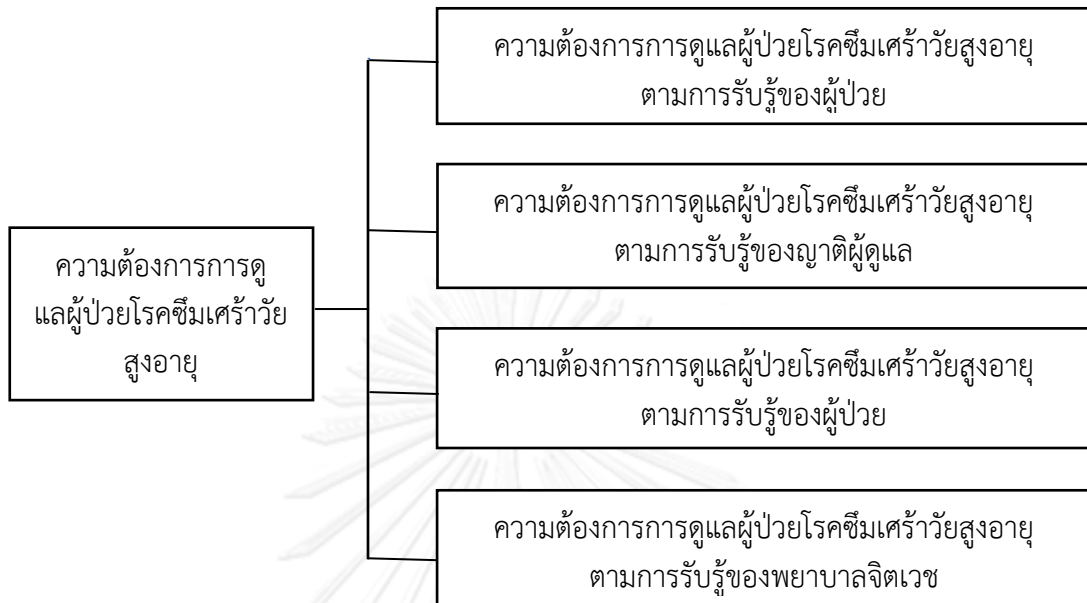
ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยสูงกว่าผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความเห็นที่สอดคล้องกันในเรื่องของภาวะจิตใจที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ในผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องการดูแลสุขภาพทางกาย

สุพัตรา พุ่มพวง (2547) ศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีผู้ให้ข้อมูลคือผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 15 ราย พบว่าความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย 8 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ 2) การบริการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ 3) การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 4) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต 5) การได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสม 6) การได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง 7) การดูแลการพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและ 8) การสนับสนุนทางสังคม

คณิศร แก้วแดง (2553) ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเอ็ดส์ในมุมมองของญาติผู้ดูแล เป็นวิจัยเชิงคุณภาพวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเอ็ดส์ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยเอ็ดส์มีความต้องการการพยาบาล 3 ประเด็นคือ 1) ความต้องการพยาบาลด้านร่างกาย 2) ความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจ 3) ความต้องการการพยาบาลด้านอารมณ์

#### 4. กรอบแนวคิด

ความต้องการการดูแล หมายถึง การได้รับการตอบสนองตามในสิ่งพึงปรารถนาไว้ ซึ่งเป็นการได้รับประโยชน์ตามความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดของ Steven & Raftery (1994) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความต้องการการดูแลด้านทางกาย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและความต้องการการดูแลด้านสังคม การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลและเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการใช้ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช โดยใช้แบบประเมินความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ (Camberwell Assessment of Need for the Elderly, 2000)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD 10) และมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เข้ารับการรักษาเป็นประเภทผู้ป่วยนอก (OPD) อาศัยอยู่ในเขตศูนย์สุขภาพจิต เขต 4
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและมีความผูกพันกับผู้ป่วยหรือเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง และบุตร
3. พยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

##### กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในศูนย์สุขภาพจิต เขต 4 ได้แก่ จังหวัด ราชบุรี เพชรบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงครามและนครปฐม
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและเป็นสมาชิกในครอบครัวเช่น พ่อ แม่ พี่น้อง และบุตร
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก และให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงรวมถึงมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ปี

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. ได้รับความรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอยู่ในเขตศูนย์สุขภาพจิตเขต 4
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ
4. สามารถพูดคุยสื่อสารได้
5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)

### เกณฑ์การคัดเลือกญาติผู้ดูแล

1. ญาติผู้ดูแลทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป
3. เป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย (ได้จากการซักถามข้อมูลโดยตรงจากผู้ป่วย) และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย
4. มีความเกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้องของพี่ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
5. มีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วย รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

### เกณฑ์การคัดเลือกพยาบาลจิตเวช

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้ารับผิดชอบงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกในเขตศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงและมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. มีประสบการณ์การทำงานจิตเวชอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป

### การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) จากการกำหนดระดับความเชื่อมั่น (Alpha) = .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power) = .08 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Effect size) = .25 โดยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 52 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 62 คน รวมทั้งหมด 3 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช จำนวนรวม 186 คน

## 2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดังนี้

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จากนั้นผู้วิจัยจับฉลากเลือกมา 4 จังหวัดคือ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดราชบุรี

2.2 ภายใน 4 จังหวัดข้างต้นผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลที่มีคลินิกจิตเวช ได้มา 7 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลปากท่อจังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรีและโรงพยาบาลมะการักษ์จังหวัดกาญจนบุรี

เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจากรายชื่อตามเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่ได้มา

เลือกกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลโดยตรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่คัดเลือกมา

เลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวช ตามเกณฑ์การคัดเลือก

จากนั้นนำมาคำนวณสัดส่วนจำนวนผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชที่เข้ามารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2556

โรงพยาบาล	จำนวนประชากรทั้งหมด			จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		
	ผู้ป่วย	ญาติผู้ดูแล	พยาบาลจิตเวช	ผู้ป่วย	ญาติผู้ดูแล	พยาบาลจิตเวช
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช	61	61	8	10	10	8
โรงพยาบาลสามชุก	42	42	7	7	7	7
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	67	67	13	11	11	12
โรงพยาบาลบ้านลาด	55	55	12	9	9	12
โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี	79	79	14	13	13	13
โรงพยาบาลปากท่อ	24	24	3	4	4	3
โรงพยาบาลมะการักษ์	49	49	7	8	8	7
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>377</b>	<b>91</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>62</b>

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในแต่ละวันที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ รวมถึงญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยรวบรวมข้อมูลแต่ละโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไปในวันที่มีคลินิกจิตเวชดังนี้ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร วันจันทร์-วันพุธ เวลา 8.00 - 12.00 น. โรงพยาบาลสามชุก วันอังคาร เวลา 8.00 - 16.00 น. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า วันจันทร์- วันพุธ- วันศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. โรงพยาบาลบ้านลาด วันศุกร์ เวลา 8.00 - 16.00 น. โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี วันพฤหัสบดี-วันศุกร์ เวลา 13.00 - 16.00 น. โรงพยาบาลปากท่อ วันจันทร์-วันพุธ เวลา 8.00 - 12.00 น. และโรงพยาบาลมะการักษ์ วันศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น.

2.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลและทำการสัมภาษณ์แบบสอบถามแต่ละกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มต้นจากสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยก่อนในห้องแยกที่สงบและสะดวกในการพูดคุย และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลในลำดับต่อมา และสุดท้ายสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวช ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงและมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ภายในวันเดียวกัน หลังจากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์เช่นเดียวกันตามลำดับในชุดถัดไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 3 แบบคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, จำนวนสมาชิกในครอบครัว, รายได้ต่อเดือน, ประวัติโรคประจำตัว, ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลจิตเวช คือ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 6 ข้อ 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล คือ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, รายได้, โรคประจำตัวและช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ

2. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination -TMSE) ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2542) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของคนไทย เป็นแบบที่ใช้ทดสอบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง 5 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ ความสนใจและการคำนวณ มีคำถาม 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกต้อง 1 คะแนน ซึ่งมีจุดตัด (Cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก - เขียนไม่ได้) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน

ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

3. แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ Camberwell Assessment of need for the Elderly (Reynolds et al., 2000) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาจาก Camberwell Assessment of Need (CAN) ซึ่ง CAN เป็นแบบประเมินความต้องการทั้งหมด 22 ข้อ โดยแบบประเมินถูกออกแบบมาใช้ประเมินความต้องการการดูแลในวัยผู้ใหญ่ และมีการนำแบบประเมินมาปรับเปลี่ยนหัวข้อคำถามเป็น 24 ข้อ โดยเพิ่มข้อความให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อใช้ประเมินความต้องการการดูแลอย่างเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุ เรียกว่าแบบประเมิน Camberwell Assessment of need for the Elderly (CANE) พัฒนาและกล่าวถึงครั้งแรกอย่างเป็นทางการโดย Reynolds และทีมงานในปี 2000 CANE ได้ถูกใช้ในประเทศอังกฤษและสหราชอาณาจักร (UK) และCANE ได้ถูกไปใช้อย่างกว้าง เช่น ในชุมชนที่อยู่อาศัย ในสถานพักฟื้น ในอนามัยชุมชน ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบไม่ค้างคืน ปัจจุบัน CANE ได้ถูกแปลไปใช้งาน 13 ภาษา คือ Norwegian, Swedish, German, Spanish, English, Hindi, Cantonese, Hebrew, Portuguese, Arabic, Russian, Turkish and Welsh ซึ่ง CANE เป็นเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเรื่องความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยผลลัพธ์ของเครื่องมือชี้ให้เห็นการได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลและการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล สามารถนำไปใช้ในการวางแผนรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

Camberwell Assessment of need for the Elderly (CANE) แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ แบบประเมินเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดประกอบด้วยคำถามความต้องการการดูแลทั้ง 4 ด้าน 24 ข้อ ได้แก่ ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและด้านความต้องการการดูแลด้านสังคม

โดยมีเกณฑ์ให้รหัสดังนี้

0 หมายถึง No need ซึ่งเป็นสถานการณ์ในข้อความของผู้ทำแบบทดสอบสามารถจัดการปัญหาได้เองโดยไม่ต้องอาศัยการช่วยเหลือ

1 หมายถึง Met need เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลและได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างถูกต้องเหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ในหัวข้อนี้เป็นปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม และอาจไม่ใช่สิ่งจำเป็นในการให้การรักษาเพิ่มเติม

2 หมายถึง Unmet need เป็นสถานการณ์ที่ผู้ทำแบบสอบถามไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแล ซึ่งความต้องการการดูแลในที่นี้ยังไม่มีผู้สนับสนุนช่วยเหลือหรือระดับการช่วยเหลือยังไม่เพียงพอ และจำเป็นต้องมีการประเมินและปรับเปลี่ยนการรักษาเพิ่มเติม

9 หมายถึง Unkown เป็นสถานการณ์ที่ผู้ทำแบบทดสอบยังไม่รู้ถึงปัญหาหรือความต้องการของตนเอง หรือข้อมูลและปัญหาเกี่ยวกับความต้องการการดูแล

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้ทั้ง 24 ข้อ รวมคะแนนความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (Met need) และคะแนนความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) ทั้งหมด 24 ข้อ และแปลผลตามรายข้อและรายด้าน

คุณภาพเครื่องมือตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ในการนำเครื่องมือนี้มาใช้ประเมินความต้องการในกลุ่ม ผู้สูงอายุ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือความน่าเชื่อถือโดย Test re-test reliability มีค่าเท่ากับ  $r = 0.93$  และ interrater reliability (Kappa >

0.85) จากค่าดังกล่าวสะท้อนถึงความน่าเชื่อถือในระดับสูงในการนำเครื่องมือนี้มาใช้ประเมินความต้องการในกลุ่มผู้สูงอายุ จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือและนำมาแปลภาษาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย ผู้วิจัยได้ทำการแปลย้อนกลับ (Back-translation) คือ ผู้วิจัยแปลแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นนำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Bilingual translation) จำนวน 2 ท่าน ท่านแรกตรวจสอบความถูกต้องของการแปลข้อความจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษคนที่ 2 ตรวจสอบการแปลภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นนำเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษทั้ง 2 ฉบับที่ได้ คือ ต้นฉบับ (Original version) และฉบับที่ได้รับการแปล (Back translation version) นำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเปรียบเทียบตรวจสอบความแตกต่างของข้อความภาษาอังกฤษต้นฉบับและฉบับที่ได้รับการแปลทีละข้อ โดยให้มีความหมายตรงกันกับความหมายต้นฉบับมากที่สุด และปรับเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หลังจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อความ ผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยคือ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันโดยค่าที่ยอมรับคือ .75 ขึ้นไปซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al, 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544)

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ดังรายละเอียดต่อไปนี้



## ตารางที่ 2 ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	ความตรงเชิงเนื้อหา
1. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)	.83
2. แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (CANE)	.75

ส่วนแบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ภายหลังจากการแปลภาษาย้อนกลับและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้ว ผู้วิจัยจึงนำมาปรับภาษาภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาตั้งรายละเอียดในตารางที่ 3

## ตารางที่ 3 การปรับภาษาข้อคำถามแบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
1. ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยหรือไม่หรือต้องการความช่วยเหลือหรือไม่	1. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องที่อยู่อาศัยหรือไม่
2. ผู้ป่วยสามารถดูแลที่พักอาศัยได้หรือไม่, มีความต้องการให้ผู้อื่นช่วยดูแลหรือไม่	2. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการดูแลที่พักอาศัยหรือไม่
3. ผู้ป่วยสามารถเตรียมอาหารและจ่ายตลาดเองได้หรือไม่, ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเรื่องอาหารหรือไม่	3. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในการเตรียมอาหารและการจ่ายตลาดหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการดูแลตัวเอง เช่น อาบน้ำ ตัดเล็บ แต่งตัวหรือไม่, มีความต้องการความช่วยเหลือหรือไม่	4. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการดูแลตนเอง เช่น อาบน้ำ ตัดเล็บ แต่งตัวหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการดูแลผู้อื่นหรือไม่, มีคนที่จะต้องดูแลหรือไม่ และมีความต้องการในการช่วยเหลือในการดูแลผู้อื่นหรือไม่	5. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการดูแลคนอื่นหรือไม่

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
6. ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมระหว่างวันเพียงพอหรือไม่ , มีความต้องการการช่วยเหลือเรื่องกิจกรรมระหว่างวันหรือไม่	6. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมระหว่างวันหรือไม่
7. ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำโดยเฉพาะกับเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือไม่, มีความต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	7. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องความจำหรือไม่
8. ผู้ป่วยมีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร การมองเห็น, การได้ยินหรือไม่, มีความต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	8. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องการมองเห็น การได้ยินหรือไม่
9. ผู้ป่วยมีปัญหาในการเคลื่อนย้ายร่างกาย การเคลื่อนไหว การทรงตัวหรือไม่, ต้องการได้รับการช่วยเหลือหรือไม่	9. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว การทรงตัวหรือไม่
10. ผู้ป่วยมีปัญหาในการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้หรือไม่, ต้องการได้รับการช่วยเหลือหรือไม่	10. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องการขับถ่ายและการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระหรือไม่
11. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพร่างกายตนเองเป็นอย่างไร, มีปัญหาสุขภาพกายและได้รับการรักษาจากแพทย์หรือไม่, ต้องการได้รับความช่วยเหลือหรือไม่	11. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องปัญหาสุขภาพร่างกายหรือไม่
12. ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับผลข้างเคียงการใช้ยาหรือไม่, ใช้ยาตามแผนการรักษาหรือไม่, ใช้ยาที่นอกเหนือจากแพทย์สั่งหรือไม่และต้องการการช่วยเหลือเรื่องการใช้ยาหรือไม่	12. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องการใช้ยารักษาหรือไม่
13. ผู้ป่วยเคยได้ยินเสียงหรือเห็นอะไรแปลกๆหรือมีปัญหาเกี่ยวกับความคิดผิดปกติหรือไม่, กำลังอยู่ในระหว่างการรักษาโรคจิตหรือไม่, มีความต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	13. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลืออาการทางจิตและปัญหาด้านความคิดผิดปกติ เช่น การมองเห็นหรือได้ยินอะไรแปลกๆ หรือไม่
14. ผู้ป่วยมีความรู้สึกเศร้าใจหรือมีความรู้สึกกังวลใจหรือไม่, ต้องการได้รับการช่วยเหลือหรือไม่	14. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องที่กังวลใจ เรื่องที่เศร้าใจหรือไม่

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
15. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษาหรือไม่, มีความต้องการช่วยเหลือหรือไม่	15. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับข้อมูลอาการของโรคและแนวทางการรักษาหรือไม่
16. ผู้ป่วยเคยมีความคิดในการทำร้ายตนเองหรือกำลังอยู่ในภาวะการทำร้ายตนเองหรือไม่, มีความต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	16. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องความคิดทำร้ายตนเองหรือกำลังอยู่ในภาวะการทำร้ายตนเองหรือไม่
17. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือไม่ เช่น ลืมเปิดเตาแก๊สทิ้งไว้, ต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	17. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือไม่
18. ผู้ป่วยมีบุคคลที่มีพฤติกรรมจะทำร้ายหรือทำให้กลัวหรือเอาเปรียบหรือไม่ และถูกเพิกเฉยในการช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการหรือไม่, ต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	18. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องมีบุคคลที่มีพฤติกรรมจะทำร้ายทำให้กลัวหรือเอาเปรียบและเพิกเฉยในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือหรือไม่
19. ผู้ป่วยได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในความขัดแย้งของผู้อื่นหรือไม่หรือก่อให้เกิดความรำคาญ การคุกคามต่อบุคคลอื่นหรือไม่, ต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	19. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการมีส่วนเกี่ยวข้องในความขัดแย้งกับผู้อื่นซึ่งก่อให้เกิดความรำคาญ คุกคามผู้อื่น หรือไม่
20. ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่, ดื่มมากเท่าไร การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีปัญหาหรือรู้สึกผิดหรือไม่ เคยมีความต้องการในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่, มีความต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	20. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
21. ผู้ป่วยมีความสุขในการใช้ชีวิตในสังคมหรือไม่ มีความต้องการที่จะเข้าหาสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้นหรือไม่, ต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	21. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการเข้าสังคมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือไม่
22. ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทหรือแฟนที่มีความรู้สึกใกล้ชิดกันมากๆหรือไม่ ความสัมพันธ์ไปด้วยกันได้ดีหรือไม่ สามารถพูดคุยเรื่องที่เป็นทุกข์ ความกังวลใจ หรือปัญหาต่างได้หรือไม่, ต้องการการช่วยเหลือหรือไม่	22. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องการมีบุคคลที่สนิท หรือมีบุคคลที่สามารถปรับทุกข์ หรือไม่

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อความเดิม	ข้อความใหม่
23. ผู้ป่วยมีปัญหาในการจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายด้วยตนเองหรือไม่, ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่	23. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเรื่องการจัดการค่าใช้จ่ายด้วยตนเองหรือไม่
24. ผู้ป่วยแน่ใจหรือไม่ว่าได้รับเงินหรือกองทุนหรือเบี้ยเลี้ยงที่มีสิทธิอันพึงได้หรือไม่ ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่	24. ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องกองทุนหรือเบี้ยเลี้ยงที่มีสิทธิอันพึงจะได้หรือไม่

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินต่างๆที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำไปทดสอบใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่คลินิกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชะอำจังหวัดเพชรบุรี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังรายละเอียดต่อไปนี้

### ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	การทดสอบ
1. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE)	.83
2. แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ(CANE)	.80

## ขั้นตอนการดำเนินการ

ในขั้นตอนการในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย

1. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการศึกษาและจัดแผนการดำเนินการ

2. ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อนที่จะเก็บข้อมูล ขอนหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 ได้แก่ ได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลปากท่อจังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรีและโรงพยาบาลมะการักษ์จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการทำวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยนัดหมายเข้าพบกับหัวหน้าแผนกคลินิกจิตเวชในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติ ผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล

4.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติประจำตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อให้พยาบาลประจำคลินิกนัดหมายกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่มาตามวันนัดของแพทย์ รวมทั้งขอความร่วมมือพยาบาลจิตเวช การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

4.2 วันที่นัดหมายผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างทั้งพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ณ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขอความกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

4.3 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย พัททษสิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างรับเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อภิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เริ่มต้นจากผู้ป่วยก่อนโดยทำแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) เพื่อคัดผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือก หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ครั้งละ 1 ชุด ประกอบด้วย ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงรวมถึงเคยเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทั้งสามกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้งหมด 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้ประมาณ 10 นาทีและชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที ผู้วิจัยเริ่มจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนจากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง หลังจากนั้นสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวช โดยสัมภาษณ์ในห้องแยกที่สงบและปลอดภัยภายในวันเดียวกัน เมื่อเสร็จสิ้นผู้วิจัยจึงทำการสัมภาษณ์ตามลำดับใหม่ในชุดถัดไป

การคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยให้เข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(TMSE) พบว่ามีผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 5 คนจาก 62 คน คิดเป็นร้อยละ 8 จึงทำการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างและเลือกกลุ่มตัวอย่างแทนที่จนครบ 62 คน

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบว่าตอบครบทุกข้อหรือไม่

7. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและตอบข้อซักถาม เนื่องจากบางข้อคำถามกลุ่มตัวอย่างอาจยังไม่เข้าใจชัดเจน

8. กล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

9. ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลตามตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

ในการดำเนินงานวิจัยผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยนอกที่มาตามแพทย์นัดและผู้ป่วยที่มาก่อนเวลานัด ในส่วน ข้อ 3 ถึงข้อ 9 เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม 2556 – 15 พฤษภาคม 2557 รวมเป็นเวลา 22 สัปดาห์ และเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมาไม่ตามนัด จึงทำให้ต้องใช้เวลาในการติดตามนานจึงจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 186 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 จึงนำข้อมูลไปตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนตามแบบสอบถามแต่ละฉบับและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

### การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงจริยธรรมและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การขออนุญาตบันทึกข้อมูล โดยไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องถึงผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ แล้วให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อยินยอมให้ลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form) ขณะทำการเก็บข้อมูล ผู้ร่วมการวิจัย สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ ทุกขั้นตอนของการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อารรับบริการหรืองานในหน้าที่ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นต้น วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชโดยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวช โดยวิเคราะห์ค่าความสอดคล้อง (Cohen's kappa coefficient )

ค่าสัมประสิทธิ์ Cohen's kappa coefficient เป็นตัวชี้วัดทางสถิติระหว่างผู้ให้ความเห็นสองฝ่าย ว่ามีความเห็นตรงกันมากหรือน้อยอย่างไร โดยค่าสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 1.0 หมายถึงทุกฝ่ายเห็นตรงกันหมด ส่วน 0.0 หมายถึง ไม่มีฝ่ายใดเห็นตรงกันเลย โดยมีเกณฑ์กำหนดดังนี้ Fleiss (1981; อ้างถึงในBowling, 2002)

- 0.00 – 0.39 ความคิดเห็นตรงกันน้อย
- 0.40 – 0.59 ความคิดเห็นตรงกันปานกลาง
- 0.60 – 0.74 ความคิดเห็นตรงกันมาก
- 0.75 – 1.00 ความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เป็นการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช รวบรวมข้อมูลจากเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 4 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ, ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช กลุ่มละ 62 คน รวมเป็น 186 คน ผลการศึกษาได้นำเสนอข้อมูลเป็นตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวช



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  
 ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ลักษณะส่วนบุคคล		Total (n=62)	
		จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			
	ชาย	24	38.7
	หญิง	38	61.3
<b>อายุ (ปี)</b>	Mean $\pm$ S.D. ( Min – Max)	69.24 $\pm$ 8.05	(60 – 95)
	60 – 70	39	62.9
	71 – 80	17	27.4
	> 80	6	9.7
<b>ระดับการศึกษา</b>			
	ไม่ได้เรียน	6	9.7
	ประถมศึกษา	48	77.4
	มัธยมศึกษา, ปวช	8	12.9
<b>สถานภาพสมรส</b>			
	โสด	5	8.1
	สมรส	48	77.4
	หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	9	14.5
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>			
	1-2 คน	7	11.3
	2-3 คน	11	17.7
	3-4 คน	24	38.7
	5 คนขึ้นไป	20	32.3
<b>รายได้ บาท/เดือน</b>			
	ต่ำกว่า 1,000 บาท	6	9.7
	1,001 – 5,000 บาท	17	27.4
	5,001 – 10,000 บาท	26	41.9
	10,001 บาทขึ้นไป	13	21
<b>ประวัติโรคประจำตัว</b>			
	ไม่มี	33	53.2
	มี (1คน เป็นหลายโรค)	29	46.8

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	Total (n=62)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติโรคประจำตัว</b>		
ความดัน	20	32.3
เบาหวาน	10	16.1
ไมเกรน	3	4.8
หอบหืด	1	1.6
หัวใจ	2	3.2
ไต	1	1.6
<b>ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว</b>		
ไม่มี	47	75.8
มี	15	24.2
ความดัน	9	14.6
ความดัน เบาหวาน	2	3.2
เบาหวาน	3	4.8
ปัญญาอ่อน	1	1.6
<b>ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว</b>		
ไม่มี	53	85.5
มี (ซึมเศร้า)	9	14.5

ตารางที่ 5 แสดงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 รองลงมาคือเพศชาย 24 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 และมีอายุเฉลี่ย 69.24 ปี พบมากอยู่ในช่วงคือ 60-70 ปี ร้อยละ 62.9 กลุ่มตัวอย่างมีส่วนใหญ่สมรสจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4 รองลงมาคือ แยกกันอยู่ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา 48 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 3 -5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ 33 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 ไม่พบประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว 47 คน คิดเป็นร้อยละ 75.8 ไม่พบประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัว 53 คน คิดเป็นร้อยละ 85.5 รองลงมาคือพบว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า 9 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลพยาบาลจิตเวช

ลักษณะส่วนบุคคล	Total (n=62)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	62	100.0
<b>อายุ (ปี)</b> Mean $\pm$ S.D.(min-max)	38.82 $\pm$ 8.21	(22 – 59)
22-30	9	14.6
31-39	19	30.6
40-49	28	45.2
$\geq$ 50	6	9.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	56	90.3
ปริญญาโท	6	9.7
<b>รายได้ บาท/เดือน</b>		
10,001 – 15,000 บาท	3	4.8
15,001 – 20,000 บาท	20	32.3
20,001 บาทขึ้นไป	39	62.9
<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย</b>		
<b>สูงอายุ(ปี)</b> Mean $\pm$ S.D (min-max)	7.47 $\pm$ 6.72	(2 - 36)
2 – 5	31	50.0
6 – 10	19	30.6
>10	12	19.4

ตารางที่ 6 แสดงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 62 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 38.82 อยู่ในช่วงระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 56 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 62.9 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลญาติผู้ดูแล

ลักษณะส่วนบุคคล	Total (n=62)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	18	29
หญิง	44	71
<b>อายุ (ปี)</b> Mean $\pm$ S.D (min-max)	46.05 $\pm$ 11.35	(16-71)
<39	12	19.4
40-49	28	45.1
50-59	12	19.4
$\geq$ 60	10	16.1
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	3	4.8
ประถมศึกษา	16	25.8
มัธยมศึกษา	32	51.6
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	11	17.8
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	23	37.1
สมรส	37	59.7
หย่า/หม้าย	2	3.2
<b>มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
บิดา/ มารดา	5	8.2
สามี	3	4.9
ภรรยา	6	9.8
บุตร	39	63.9
หลาน	9	13.1
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	1	3.6
รับจ้าง	47	46.4
ค้าขาย	8	28.6
รับราชการ	2	7.1
เกษตรกรกรรม	4	14.3

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	Total (n=62)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย(ปี) Mean $\pm$ S.D.(min-max)	11.15 $\pm$ 9.24	(2 – 41)
2 – 5	25	40.3
6 – 10	10	16.1
>10	27	43.5
<b>ประวัติโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	51	82.3
มีระบุ (บางคนไม่ระบุ)	11	17.7
ความดัน	6	9.7
เบาหวาน	2	3.2
<b>รายได้ บาท/เดือน</b>		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	7	11.3
1,001 – 5,000 บาท	6	9.7
5,001 – 10,000 บาท	25	40.3
10,001 บาทขึ้นไป	24	38.7
<b>ช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วย(1คนตอบหลายช่วงเวลา)</b>		
8.00 – 16.00 น.	26	42
16.00 – 22.00 น.	28	45
22.00 – 8.00 น.	35	56
16.00 – 8.00 น.	42	68

ตารางที่ 7 แสดงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 44 คน คิดเป็นร้อยละ 71 อายุเฉลี่ย 46.05 อยู่ในช่วง 40-44 ปี ร้อยละ 25.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษา 16 คน คิดเป็นร้อยละ 51.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 37 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือเป็นบุตร 39 คน คิดเป็นร้อยละ 63.9 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง 47 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.3 ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีโรคประจำตัว 51 คน คิดเป็นร้อยละ 82.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.3 และช่วงเวลาที่อยู่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือช่วงเวลา 16.00 – 8.00 น. คิดเป็นร้อยละ 68

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และพยาบาลจิตเวช

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามการรับรู้ของผู้ป่วย (n = 62)

ความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	No needs		Met needs		Unmet needs	
	n	%	n	%	n	%
<b>ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม (mean)</b>	<b>43</b>	<b>69.4</b>	<b>17</b>	<b>27.6</b>	<b>2</b>	<b>3.0</b>
ที่อยู่อาศัย	58	93.5	3	4.8	1	1.6
การดูแลบ้านพักอาศัย	35	56.5	25	40.3	2	3.2
อาหาร	35	56.5	27	43.5	0	0.0
การเงิน	51	82.3	6	9.7	5	8.1
การได้รับสิทธิประโยชน์	28	45.2	34	54.8	0	0.0
การดูแลผู้อื่น	51	82.3	8	12.9	3	4.8
<b>ความต้องการด้านร่างกาย (mean)</b>	<b>28</b>	<b>45.7</b>	<b>29</b>	<b>46.8</b>	<b>5</b>	<b>7.5</b>
ภาวะสุขภาพ	22	35.5	40	64.5	0	0.0
ยารักษาโรค	23	37.1	25	40.3	14	22.6
การมองเห็น การได้ยิน การติดต่อสื่อสาร	30	48.4	27	43.5	5	8.1
การเคลื่อนไหว /การทรงตัว	27	43.5	31	50.0	4	6.5
การดูแลตัวเอง	35	56.5	26	41.9	1	1.6
การกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ	33	53.2	25	40.3	4	6.5
<b>ความต้องการด้านจิตใจ (mean)</b>	<b>42</b>	<b>67.7</b>	<b>17</b>	<b>27.5</b>	<b>3</b>	<b>4.8</b>
ภาวะทุกข์ทรมานทางใจ	20	32.3	30	48.4	12	19.4
ด้านความจำ	22	35.5	32	51.6	8	12.9
พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น	59	95.2	3	4.8	0	0.0
การดื่มแอลกอฮอล์	61	98.4	1	1.6	0	0.0
ทำร้ายตนเอง	54	87.1	7	11.3	1	1.6
การเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ	39	62.9	23	37.1	0	0.0
อาการทางจิต	48	77.4	12	19.4	2	3.2
<b>ความต้องการด้านสังคม (mean)</b>	<b>30</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>6.0</b>	<b>10</b>
การเข้าสังคม/ การคบเพื่อน	21	33.9	36	58.1	5	8.1
ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	24	38.7	34	54.8	4	6.5
กิจกรรมระหว่างวัน	26	41.9	32	51.6	4	6.5
การรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา	22	35.5	29	46.8	11	17.7
การถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย	59	95.2	2	3.2	1	1.6

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วยในด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม แบ่งเป็น ไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (need) และความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)

จากตารางแสดงการรับรู้ของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 43 คนคิดเป็นร้อยละ 69.4 พบมากในเรื่องที่อยู่อาศัยจำนวน 58 คิดเป็นร้อยละ 93.5 และความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) พบมากที่สุดเฉลี่ยในด้านร่างกายจำนวน 29 คิดเป็นร้อยละ 46.1 พบมากในเรื่องภาวะสุขภาพจำนวน 40 คิดเป็นร้อยละ 64.5 และค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) พบมากที่สุดในด้านสังคมจำนวน 6.0 คิดเป็นร้อยละ 10.0 พบมากในเรื่องการรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา 11 คิดเป็นร้อยละ 17.7

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้าน  
สิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล (n = 62)

ความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย สูงอายุ	No needs		Met needs		Unmet needs	
	n	%	n	%	n	%
<b>ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม (mean)</b>	<b>39</b>	<b>63</b>	<b>22</b>	<b>35.4</b>	<b>1</b>	<b>1.6</b>
ที่อยู่อาศัย	58	93.5	3	4.8	1	1.6
การดูแลบ้านพักอาศัย	23	37.1	38	61.3	1	1.6
อาหาร	21	33.9	41	66.1	0	0.0
การเงิน	54	87.1	6	9.7	2	3.2
การได้รับสิทธิประโยชน์	20	32.3	42	67.7	0	0.0
การดูแลผู้อื่น	57	91.9	4	6.5	1	1.6
<b>ความต้องการด้านร่างกาย (mean)</b>	<b>20</b>	<b>32.0</b>	<b>41</b>	<b>66.0</b>	<b>1</b>	<b>2.0</b>
ภาวะสุขภาพ	19	30.6	43	69.4	0	0.0
ยารักษาโรค	18	29.0	42	67.7	2	3.2
การมองเห็น การได้ยิน การติดต่อสื่อสาร	18	29.0	42	67.7	2	3.2
การเคลื่อนไหว /การทรงตัว	20	32.3	40	64.5	2	3.2
การดูแลตัวเอง	20	32.3	41	66.1	1	1.6
การกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ	24	38.7	37	59.7	1	1.6
<b>ความต้องการด้านจิตใจ (mean)</b>	<b>40</b>	<b>64.5</b>	<b>21</b>	<b>34.0</b>	<b>1</b>	<b>1.5</b>
ภาวะทุกข์ทรมานทางใจ	16	25.8	44	71.0	2	3.2
ด้านความจำ	9	14.5	52	83.9	1	1.6
พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น	59	95.2	3	4.8	0	0.0
การดื่มแอลกอฮอล์	60	96.8	2	3.2	0	0.0
ทำร้ายตนเอง	59	95.2	3	4.8	0	0.0
การเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ	24	38.7	38	61.3	0	0.0
อาการทางจิต	51	82.3	9	14.5	2	3.2
<b>ความต้องการด้านสังคม (mean)</b>	<b>24</b>	<b>39.0</b>	<b>36</b>	<b>58.0</b>	<b>2</b>	<b>3.0</b>
การเข้าสังคม/ การคบเพื่อน	16	25.8	46	74.2	0	0.0
ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	16	25.8	45	72.6	1	1.6
กิจกรรมระหว่างวัน	14	22.6	44	71.0	4	6.5
การรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา	15	24.2	46	74.2	1	1.6
การถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย	60	96.8	1	1.6	1	1.6



ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลในด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม แบ่งเป็น ไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (need) และความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)

จากตารางแสดงการรับรู้ของญาติผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านจิตใจจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 64.5 พบมากในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 60 คนคิดเป็นร้อยละ 96.8 และความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) พบมากที่สุดเฉลี่ยในด้านร่างกายจำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 66.0 พบมากในเรื่องภาวะสุขภาพจำนวน 43 คนคิดเป็นร้อยละ 69.4 และค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) พบมากที่สุดในด้านสังคมจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 3.0 พบมากในเรื่องกิจกรรมระหว่างวันจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.5

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้าน  
สิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม ตามการรับรู้ของพยาบาลจิตเวช (n = 62)

ความต้องการของผู้ป่วย	No needs		Met needs		Unmet needs	
	n	%	n	%	n	%
<b>ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม (mean)</b>	<b>34</b>	<b>54.9</b>	<b>22</b>	<b>35.5</b>	<b>6</b>	<b>9.6</b>
ที่อยู่อาศัย	47	75.8	11	17.7	4	6.5
การดูแลบ้านพักอาศัย	28	45.2	27	43.5	7	11.3
อาหาร	31	50.0	25	40.3	6	9.7
การเงิน	36	58.1	19	30.6	7	11.3
การได้รับสิทธิประโยชน์	27	43.5	30	48.4	5	8.1
การดูแลผู้อื่น	38	61.3	19	30.6	5	8.1
<b>ความต้องการด้านร่างกาย (mean)</b>	<b>25</b>	<b>40.3</b>	<b>35</b>	<b>56.5</b>	<b>2</b>	<b>3.2</b>
ภาวะสุขภาพ	21	33.9	41	66.1	0	0.0
ยารักษาโรค	24	38.7	34	54.8	4	6.5
การมองเห็น การได้ยิน การติดต่อสื่อสาร	26	41.9	32	51.6	4	6.5
การเคลื่อนไหว / การทรงตัว	24	38.7	36	58.1	2	3.2
การดูแลตัวเอง	22	35.5	36	58.1	4	6.5
การกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระ	32	51.6	29	46.8	1	1.6
<b>ความต้องการด้านจิตใจ (mean)</b>	<b>37</b>	<b>59.6</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>6.4</b>
ภาวะทุกข์ทรมานทางใจ	17	27.4	37	59.7	8	12.9
ด้านความจำ	29	46.8	26	41.9	7	11.3
พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น	48	77.4	14	22.6	0	0.0
การดื่มแอลกอฮอล์	49	79.0	11	17.7	2	3.2
ทำร้ายตนเอง	43	69.4	17	27.4	2	3.2
การเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ	36	58.1	26	41.9	0	0.0
อาการทางจิต	38	61.3	17	27.4	7	11.3
<b>ความต้องการด้านสังคม (mean)</b>	<b>30</b>	<b>49</b>	<b>27</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
การเข้าสังคม/ การคบเพื่อน	23	37.1	32	51.6	7	11.3
ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	28	45.2	26	41.9	8	12.9
กิจกรรมระหว่างวัน	24	38.7	32	51.6	6	9.7
การรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา	29	46.8	29	46.8	4	6.5
การถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย	45	72.6	14	22.6	3	4.8

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของพยาบาลจิตเวชในด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม แบ่งเป็น ไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (need) และความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)

จากตารางแสดงการรับรู้ของพยาบาลจิตเวชพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านจิตใจจำนวน 37 คนคิดเป็นร้อยละ 59.6 พบมากในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 49 คนคิดเป็นร้อยละ 79 และความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) พบมากที่สุดเฉลี่ยในด้านร่างกายจำนวน 35.0 คิดเป็นร้อยละ 56.5 พบมากในเรื่องภาวะสุขภาพจำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 61.1 และค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) พบมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 6 คิดเป็นร้อยละ 9.6 พบมากในเรื่องการดูแลที่พักอาศัยจำนวน 7 คิดเป็นร้อยละ 11.3 และด้านการเงินจำนวน 7 คิดเป็นร้อยละ 11

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลรายข้อแบ่งเป็น ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) และ ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) (n = 24 ข้อ)

	Mean	SD.	Minimum	Maximum
<b>ผู้ป่วย</b>	<b>9.8</b>	<b>5.7</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง(met need)	8.4	5.9	0	18
ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)	1.4	2.0	0	7
<b>ญาติผู้ดูแล</b>	<b>11.9</b>	<b>5.0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>
ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง(met need)	11.5	5.2	0	17
ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)	0.4	0.7	0	3
<b>พยาบาลจิตเวช</b>	<b>11.7</b>	<b>5.1</b>	<b>1</b>	<b>23</b>
ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง(met need)	10.0	5.0	1	22
ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)	1.7	2.1	0	10

หมายเหตุ: ในจำนวน 24 ข้อ กลุ่มตัวอย่างบางรายตอบว่าไม่ต้องการ(no need), และตอบว่าไม่ทราบ (unknown) ซึ่งไม่ได้นำมานับรวมในตาราง

ตารางที่ 11 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลรายข้อตามการรับรู้ของผู้ป่วย อยู่ที่ 9.8 ข้อ (SD = 5.7) จากทั้งหมด 24 ข้อ โดยมีผู้ป่วยที่มีความต้องการ น้อยที่สุด 1 ข้อ และมากที่สุด 18 ข้อ แบ่งเป็น ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง(met need) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.4 ข้อ (SD=5.9) และ ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง(unmet need) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.4 ข้อ (SD=2.0)

ความต้องการการดูแลรายข้อตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล อยู่ที่ 11.9 ข้อ (SD = 5.0) จากทั้งหมด 24 ข้อ มีตั้งแต่ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยไม่มีความต้องการการดูแลเลยจนถึงมากที่สุด 17 ข้อ แบ่งเป็น ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง(met need)มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.5 ข้อ (SD=5.2) และความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง(unmet need)มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.4 ข้อ (SD=0.7)

ความต้องการการดูแลรายข้อตามการรับรู้ของพยาบาลจิตเวช อยู่ที่ 11.7 ข้อ (SD = 5.1) จากทั้งหมด 24 ข้อ มีตั้งแต่พยาบาลจิตเวชรับรู้ว่ามีผู้ป่วยไม่มีความต้องการการดูแลเลยจนถึงมากที่สุด 22 ข้อ แบ่งเป็น ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง(met need) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.0 ข้อ (SD=5.0) และ ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง(unmet need) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.7 ข้อ (SD=2.1)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนข้อความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

Source of Variation	df	SS	MS	F	p-value
ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need)					
ระหว่างกลุ่ม	2	303.78	151.89	5.28	0.006
ในกลุ่ม	183	5261.68	28.75	-	
รวม	185	5565.46	-	-	

จากตารางที่ 12 แสดงการรับรู้ความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช พบว่าจำนวนข้อเฉลี่ยของความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Shceffe' ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่จำนวนข้อเฉลี่ยของความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) ในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มญาติผู้ดูแล และกลุ่มพยาบาลจิตเวช ด้วยวิธีการทดสอบแบบ Shceffe'

กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			ผู้ป่วย	ญาติผู้ดูแล	พยาบาลจิตเวช
ผู้ป่วย	8.35	5.88	-	3.129*	1.645
พยาบาลจิตเวช	10.00	4.98	-	-	-
ญาติผู้ดูแล	11.48	5.19	-	-	1.484

\*p<0.05

จากตารางที่ 13 พบว่าจำนวนข้อเฉลี่ยของความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองในกลุ่มผู้ป่วย แตกต่างจากกลุ่มญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนข้อเฉลี่ยของความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกับกลุ่มพยาบาลจิตเวช และระหว่างกลุ่มญาติผู้ดูแลกับกลุ่มพยาบาลจิตเวช ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนข้อความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

Source of Variation	df	SS	MS	F	p-value
ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)					
ระหว่างกลุ่ม	2	54.75	27.38	8.92	<0.001
ในกลุ่ม	183	561.73	3.07	-	
รวม	185	616.48	-	-	

จากตารางที่ 14 พบว่าการรับรู้ความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช พบว่าจำนวนข้อความเฉลี่ยของความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Shceffe' ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่จำนวนข้อความเฉลี่ยของ ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง(unmet need) ในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มญาติผู้ดูแลและกลุ่มพยาบาลจิตเวช ด้วยวิธีการทดสอบแบบ Shceffe'

กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			ผู้ป่วย	ญาติผู้ดูแล	พยาบาลจิตเวช
ญาติผู้ดูแล	0.40	0.71	-	-	1.258*
ผู้ป่วย	1.40	2.02	-	1.000*	0.258
พยาบาลจิตเวช	1.67	2.15	-	-	-

\*p<0.05

จากตารางที่ 15 พบว่าจำนวนข้อความเฉลี่ยของความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองในกลุ่มผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล เช่นเดียวกับกลุ่มพยาบาลจิตเวชกับกลุ่มญาติผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนข้อความเฉลี่ยของความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองในกลุ่มผู้ป่วยกับกลุ่มพยาบาลจิตเวชไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวช

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล	ค่าความสอดคล้อง (Kappa coefficient)
	ค่าเฉลี่ยรวม K = 0.36
ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	0.477*
ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย	0.460*
ความต้องการการดูแลด้านสังคม	0.300*
ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ	0.200*

\*p < 0.05

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมมีค่าเท่ากับ 0.36 หมายถึงผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สอดคล้องกันในระดับน้อย

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความต้องการการดูแลสอดคล้องกันมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.477 และสอดคล้องกันน้อยที่สุดในด้านจิตใจมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.200

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช	ค่าความสอดคล้อง (Kappa coefficient)
	ค่าเฉลี่ยรวม K = 0.31
ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย	0.500*
ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ	0.300*
ความต้องการการดูแลด้านสังคม	0.250*
ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	0.210*

\*p < 0.005

จากตารางที่ 17 เปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมมีค่าเท่ากับ 0.31 หมายถึงผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชมีการรับรู้สอดคล้องกันในระดับน้อย

ผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชมีการรับรู้ความต้องการการดูแลสอดคล้องกันมากที่สุดในด้านร่างกายมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.500 และสอดคล้องกันน้อยที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.210

ตารางที่ 18 ระดับการได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยรายข้อ

	ระดับการได้รับความช่วยเหลือ							
	ไม่ได้เลย		เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>1. ที่อยู่อาศัย (Needs = 4 คน 6.5%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	2	50.0			2	50.0		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	2	50.0	2	50.0				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	2	50.0	2	50.0				
<b>2. การดูแลบ้านพักอาศัย (Needs = 27 คน 43.5%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก		0.0	24	88.9	1	3.7	2	7.4
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	2	7.4	24	88.9	1	3.7		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	2	7.4	24	88.9	1	3.7		
<b>3. อาหาร (Needs = 27 คน 43.5%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก		0.0	26	96.3	1	3.7		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	3	11.1	24	88.9				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	3	11.1	24	88.9				
<b>4. การดูแลตัวเอง (Needs = 27 คน 43.5%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			5	18.5	17	63.0	5	18.5
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	3	11.1	24	88.9				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	3	11.1	24	88.9				
<b>5. การดูแลผู้อื่น (ญาติ) (Needs = 11 คน 17.7%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	3	27.3	7	63.6	1	9.1		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	4	36.4	4	36.4	2	18.2	1	9.1
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	4	36.4	4	36.4	2	18.2	1	9.1



## ตารางที่ 18 (ต่อ)

	ระดับการได้รับความช่วยเหลือ							
	ไม่ได้เลย		เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>6. กิจกรรมระหว่างวัน (Needs = 36 คน 58.1%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	2	5.6	15	41.7	18	50.0	1	2.8
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการใน ท้องถิ่น	4	11.1	31	86.1	1	2.8		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจาก หน่วยงานบริการท้องถิ่น	4	11.1	31	86.1	1	2.8		
<b>7. ความจำ (Needs = 40 คน 64.5%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			36	90.0	2	5.0	2	5.0
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการใน ท้องถิ่น	4	10.0	33	82.5	3	7.5		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจาก หน่วยงานบริการท้องถิ่น	3	7.5	34	85.0	3	7.5		
<b>8. การมองเห็น การได้ยิน การติดต่อสื่อสาร (Needs = 32 คน 51.6%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			29	90.6	1	3.1	2	6.3
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการใน ท้องถิ่น	2	6.3	25	78.1	3	9.4	2	6.3
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจาก หน่วยงานบริการท้องถิ่น	2	6.3	25	78.1	3	9.4	2	6.3
<b>9. การเคลื่อนไหว /การทรงตัว (Needs = 35 คน 56.5%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			32	91.4	1	2.9	2	5.7
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการใน ท้องถิ่น	4	11.4	29	82.9	2	5.7		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจาก หน่วยงานบริการท้องถิ่น	4	11.4	29	82.9	2	5.7		
<b>10. การกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ (Needs = 29 คน 46.8%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			25	86.2	2	6.9	2	6.9
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการใน ท้องถิ่น	2	6.9	24	82.8	2	6.9	1	3.4
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจาก หน่วยงานบริการท้องถิ่น	2	6.9	24	82.8	2	6.9	1	3.4

## ตารางที่ 18 (ต่อ)

	ระดับการได้รับความช่วยเหลือ							
	ไม่ได้เลย		เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>11. ภาวะสุขภาพ (Needs = 40 คน 64.5%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	1	2.5	26	65.0	9	22.5	4	10.0
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	1	2.5	29	72.5	5	12.5	5	12.5
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	1	2.5	29	72.5	5	12.5	5	12.5
<b>12. ยารักษาโรค (Needs = 39 คน 62.9%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	5	12.8	28	71.8	4	10.3	2	5.1
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	4	10.3	30	76.9	4	10.3	1	2.6
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	4	10.3	30	76.9	4	10.3	1	2.6
<b>13. อาการทางจิต</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	2	14.3	9	64.3	2	14.3	1	7.1
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	4	28.6	6	42.9	3	21.4	1	7.1
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	4	28.6	8	57.1	1	7.1	1	7.1
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการหรือไม่	6	42.9	8	57.1				
<b>14. ภาวะทุกข์ทรมานทางใจ (Needs = 42 คน 67.7%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	1	2.4	22	52.4	18	42.9	1	2.4
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	8	19.0	27	64.3	6	14.3	1	2.4
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	8	19.0	31	73.8	3	7.1		
<b>15. การรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา (Needs = 40 คน 64.5%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	3	7.5	17	42.5	18	45.0	2	5.0
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	3	7.5	29	72.5	5	12.5	3	7.5
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	3	7.5	29	72.5	4	10.0	4	10.0

ตารางที่ 18 (ต่อ)

	ระดับการได้รับความช่วยเหลือ							
	ไม่ได้เลย		เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>16. ทำร้ายตนเอง (Needs = 8 คน 12.9%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			4	50.0	3	37.5	1	12.5
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	3	37.5	4	50.0	1	12.5		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	3	37.5	4	50.0	1	12.5		
<b>17. การเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ (Needs = 23 คน 37.1%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			2	8.7	20	87.0	1	4.3
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	1	4.3	22	95.7				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	1	4.3	22	95.7				
<b>18. การถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย (Needs = 3 คน 4.8%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			2	66.7	1	33.3		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น			2	66.7	1	33.3		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น			2	66.7	1	33.3		
<b>19. พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น (Needs = 3 คน 4.8%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			3	100				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น			3	100				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น			3	100				
<b>20. การดื่มแอลกอฮอล์ (Needs = 1 คน 1.6%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			1	100				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น			1	100				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น			1	100				

ตารางที่ 18 (ต่อ)

	ระดับการได้รับความช่วยเหลือ							
	ไม่ได้เลย		เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>21. การเข้าถึง/ การคบเพื่อน (Needs = 41 คน 66.1%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	2	4.9	34	82.9	4	9.8	1	2.4
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	1	2.4	36	87.8	4	9.8		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	1	2.4	36	87.8	4	9.8		
<b>22. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Needs = 38 คน 61.3%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก			14	36.8	24	63.2		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น			37	97.4	1	2.6		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น			37	97.4	1	2.6		
<b>23. การเงิน (Needs = 11 คน 17.7%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	5	45.5	5	45.5	1	9.1		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	5	45.5	4	36.4	2	18.2		
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	5	45.5	4	36.4	2	18.2		
<b>24. การได้รับสิทธิประโยชน์ (Needs = 34 คน 54.8%)</b>								
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก	1	2.9	23	67.6	3	8.8	7	20.6
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่น	3	8.8	24	70.6	2	5.9	5	14.7
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น	3	8.8	24	70.6	2	5.9	5	14.7

จากตารางที่ 18 แสดงระดับได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยรายช้อจากเพื่อนหรือคนที่รู้จัก, ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่นและผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่น จากตารางพบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือมากที่สุดเรื่องภาวะทุกข์ทรมานใจจำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 67.7 โดยส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จักอยู่ในระดับน้อยจำนวน 22 คนคิดเป็นร้อยละ 52.4 ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่นมากที่สุดอยู่ในระดับน้อย 27 คนคิดเป็นร้อยละ 64.3 และผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่นมากที่สุดอยู่ในระดับน้อย 31 คนคิดเป็นร้อยละ 73.8

รองลงมาคือได้รับการช่วยเหลือด้านการเข้าสังคม /คบเพื่อนจำนวน 41 คน ร้อยละ 66.1 โดยส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนที่รู้จักอยู่ในระดับน้อยจำนวน 34 คนคิดเป็นร้อยละ 82.9 ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่นมากที่สุดอยู่ในระดับน้อย 27 คนคิดเป็นร้อยละ 64.3 และการได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานบริการท้องถิ่นมากที่สุดอยู่ในระดับน้อย 31 คนคิดเป็นร้อยละ 73.8

ระดับได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยรายช้อย่อยที่สุดในด้านการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 1.61

#### ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือ

รายด้านที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ	จำนวน (คน)	ระดับความพึงพอใจ			
		ไม่พึงพอใจ		พึงพอใจ	
		n	%	n	%
ด้านสิ่งแวดล้อม	19	2	10.5	17	89.5
ด้านร่างกาย	34	3	8.9	31	91.1
ด้านจิตใจ	19	4	21	15	79
ด้านสังคม	32	4	12.5	28	87.5

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือ พบว่าผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือมากที่สุดในด้านจิตใจจำนวน 4 คน และด้านสังคม 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21 และร้อยละ 12.5 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือมากที่สุดในด้านร่างกาย 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.1

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

รายด้านที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการ	จำนวน (คน)	ได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการ			
		ไม่ใช่		ใช่	
		n	%	n	%
ด้านสิ่งแวดล้อม	19	3	15.7	16	84.3
ด้านร่างกาย	34	3	8.9	31	91.1
ด้านจิตใจ	19	4	21	15	79
ด้านสังคม	32	4	12.5	28	87.5

จากตารางที่ 20 แสดงการได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือไม่ตรงกับความต้องการพบมากที่สุดในด้านจิตใจจำนวน 4 คน และด้านสังคม 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21 และร้อยละ 12.5 และผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการพบมากที่สุดในด้านร่างกาย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.1

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในศูนย์สุขภาพจิตเขตที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลปากท่อจังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรีและโรงพยาบาลมะการักษ์จังหวัดกาญจนบุรี

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
4. เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช

#### สมมุติฐานงานวิจัย

1. ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน
2. ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแตกต่างกัน
3. ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน

**ประชากรที่ศึกษา** มี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชที่เข้ามารับการรักษานอกแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในศูนย์สุขภาพจิตเขตที่ 4

**กลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1.) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายของโรงพยาบาลในศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 ได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลปากท่อจังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรีและโรงพยาบาลมะการักษ์จังหวัดกาญจนบุรี 2.) ญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและเป็นสมาชิกในครอบครัวเช่น พ่อ แม่ พี่น้องและบุตร 3.) พยาบาลวิชาชีพ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ดูแลผู้ป่วยโดยตรงและมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมถึงมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ปี สามารถสื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(Mini-Mental State Examination-Thai version 2002) ส่วนที่ 3. แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ Camberwell Assessment of need for the Elderly (Reynolds et al., 2000) ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เครื่องมือส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ได้ .83 และ .75 ตามลำดับ ความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 ได้ .83 และ .80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นต้น วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชโดยใช้ Analysis of Variance-ANOVA และวิเคราะห์หาความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวช โดยใช้ Cohen's kappa coefficient โดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ ด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 46.8 ส่วนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ด้านสังคมคิดเป็นร้อยละ 10

ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ ด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 66 ส่วนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ด้านสังคมคิดเป็นร้อยละ 3

พยาบาลจิตเวชรับรู้ว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ ด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 56.5 ส่วนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดได้แก่ด้านสิ่งแวดล้อมคิดเป็นร้อยละ 9.6

2. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



3. ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเท่ากับ 0.36 โดยที่ความต้องการการดูแลระดับมากได้แก่ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมขณะที่ความต้องการการดูแลระดับน้อยได้แก่ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

4. ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชเท่ากับ 0.31 โดยที่ความต้องการการดูแลระดับมากได้แก่ความต้องการการดูแลด้านร่างกายขณะที่ความต้องการการดูแลระดับน้อยได้แก่ความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม

### อภิปรายผลการวิจัย

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลทั้งหมด 4 ด้านคือความต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลด้านจิตใจและความต้องการการดูแลด้านสังคม แบ่งเป็นไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) และความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)

จากงานวิจัยการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4 ในเรื่องที่อยู่อาศัยจำนวน 58 คนคิดเป็นร้อยละ 93.5 เนื่องจากสังคมไทยเป็นครอบครัวขยายมีญาติและบุตรหลานอาศัยอยู่ด้วยสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่ประมาณ 3-5 คนคิดเป็นร้อยละ 38.7 และมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลที่พักอาศัย ทำให้ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลเรื่องที่พักอาศัยน้อยลง ส่วนความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) พบมากที่สุดในด้านร่างกายจำนวน 29 คนคิดเป็นร้อยละ 46.8 ในเรื่องภาวะสุขภาพจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 64.5 ภาวะสุขภาพในความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า สุขภาพ คือ ความสุขปราศจากโรค มีความสบาย เมื่อมารวมกับคำว่า ภาวะ ซึ่งมีความหมายว่า ความเป็น หรือ ปรากฏ ก็จะสามารถอธิบายได้ว่า คือ การที่บุคคลมีความสุข ความสบาย ปราศจากโรค สำหรับความหมายทางการแพทย์ หมายถึง การที่บุคคลมีสภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย และสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างปกติ จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองด้านร่างกายมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง และบางคนมีโรคประจำตัวร่วมด้วยจึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเรื่องภาวะสุขภาพพบมากที่สุดซึ่งเป็นความต้องการที่ผู้ป่วยได้รับจากญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wiersma (2006) กล่าวว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจมีความต้องการการดูแลเรื่องภาวะสุขภาพ เช่น ความแข็งแรงของร่างกาย การได้รับความปลอดภัย การรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารของการรักษาโรค การได้รับการดูแลเรื่องภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุดีขึ้นด้วย แสดงว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความต้องการการดูแลและได้รับการตอบสนองความ

ต้องการในเรื่องภาวะสุขภาพมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งจากพยาบาลจิตเวชและญาติ ผู้ดูแลในเรื่องภาวะสุขภาพ การได้รับยาต้านเศร้า การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ซึ่งทำให้พยาบาลจิตเวชและญาติผู้ดูแลมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย แสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาพยาบาลในด้านร่างกายประสบผลสำเร็จ

ค่าเฉลี่ยจำนวนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) พบมากที่สุดในด้านสังคมพบ 6 คนคิดเป็นร้อยละ 10 ในเรื่องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 17.7 พยาบาลจิตเวชจึงมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลการรักษาที่ถูกต้องและเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเอง เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีความต้องการรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาแต่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา พุ่มพวง (2547) พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการเข้าถึงบริการและรับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูซึ่งเป็นความต้องการที่ผู้ป่วยต้องการการตอบสนองจากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยปฐมภูมิ

การรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล พบว่ารับรู้ว่าคุณป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านจิตใจจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 64.5 ในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากข้อมูลงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์และไม่พบปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์จึงทำให้ญาติผู้ดูแลจึงรับรู้ว่าคุณป่วยไม่มีความต้องการการดูแลในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Houtjes(2010) พบว่าคุณป่วยไม่ได้ต้องการได้รับการดูแล (no need) มากที่สุดในเรื่องแอลกอฮอล์พบ 60 คนคิดเป็นร้อยละ 96.8 ส่วนความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) พบมากที่สุดเฉลี่ยในด้านร่างกายจำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 66.0 ในเรื่องภาวะสุขภาพ จำนวน 43 คิดเป็นร้อยละ 69.4 เนื่องจากญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงสามารถสังเกตเห็นและรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพทางกายเสื่อมลง อันเนื่องจากอายุที่มากขึ้น จึงทำให้รับรู้ว่าคุณป่วยมีความต้องการดูแลด้านร่างกาย และได้รับการตอบสนองจากญาติผู้ดูแลเองโดยการพาไปพบแพทย์ตามนัดหรือตามที่ผู้ป่วยร้องขอ ส่วนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) พบมากที่สุดเฉลี่ยในด้านสังคมจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 3 ในเรื่องกิจกรรมระหว่างวันจำนวน 4 คิดเป็นร้อยละ 6.5 อันเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มองว่าคุณป่วยเองไม่สามารถทำกิจกรรมระหว่างวันหรือทำงานได้เนื่องจากอาการเจ็บป่วยหรือจากการขาดการยอมรับทางสังคมในการออกไปทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งๆที่ญาติผู้ดูแลเข้าใจว่าคุณป่วยโรคซึมเศร้าเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ เป็นการลดภาวะซึมเศร้าได้

การรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของพยาบาลจิตเวช พบว่ารับรู้ว่าคุณป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุไม่ต้องการได้รับการดูแล (no need) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านจิตใจจำนวน 37 คนคิดเป็นร้อยละ 59.6 ในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องมาจากพยาบาลจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงทราบประวัติในการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจากการสังเกต บันทึกการ

พยาบาลและการรักษาของแพทย์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาและความต้องการการดูแลเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนอง (met need) เฉลี่ยพบมากที่สุดในด้านร่างกายจำนวน 35 คิดเป็นร้อยละ 56.5 ในเรื่องภาวะสุขภาพจำนวน 41 คิดเป็นร้อยละ 66.1 พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจึงทำให้สามารถสังเกตและประเมินความต้องการในเรื่องสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยได้ และตอบสนองได้อย่างทันท่วงที ส่วนความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) มีค่าเฉลี่ยพบมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 9.6 ในเรื่องการเงิน พยาบาลจิตเวชรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าและยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงาน พยาบาลจิตเวชจึงรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยต้องการการดูแลเรื่องการเงินแต่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สอดคล้องงานวิจัยของ สุพัตรา พุ่มพวง (2547) กล่าวว่าถึงแม้ว่าคุณผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายจากรัฐบาลแต่ก็ยังมีปัญหาเรื่องการเงินเนื่องจากมีรายจ่ายเรื่องการเดินทางไปพบแพทย์ และค่าใช้จ่ายประจำวันต่างๆ เนื่องจากว่าคุณผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพประจำอันซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของคุณผู้ป่วยโรคจิตเวชได้คือ ความเพียงพอของรายได้ (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) จะเห็นได้ว่ามีการรับรู้ความต้องการการดูแลระหว่างคุณผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชมีความตรงกันและแตกต่างกันกล่าวคือคุณผู้ป่วยไม่ต้องการการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมในเรื่องที่อยู่อาศัยซึ่งแตกต่างจากญาติและพยาบาลจิตเวชที่มีความคิดเห็นตรงกันว่าคุณผู้ป่วยไม่ต้องการการดูแลในด้านจิตใจในเรื่องของการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมีความคิดเห็นตรงกันสามกลุ่มในด้านร่างกายในเรื่องภาวะสุขภาพ สำหรับความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองมีความแตกต่างกันทั้งสามกลุ่มคือคุณผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแต่ไม่ได้รับการตอบสนองในด้านสังคมในเรื่องการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาขณะที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองคือด้านสังคมในเรื่องกิจกรรมระหว่างวัน ส่วนพยาบาลจิตเวชรับรู้ว่าคุณต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองคือด้านสิ่งแวดล้อมในเรื่องการเงิน

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่คุณผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ สิ่งที่สำคัญคือการที่คุณผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณตนเองมีความต้องการการดูแลด้านใด และสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลได้ถึงแม้ว่าคุณผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ แต่หากญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชขาดความเข้าใจและการตอบสนองความต้องการการดูแลของคุณผู้ป่วยไม่ตรงกับความต้องการ (unmet need) ส่งผลให้คุณผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา (บุบผา ธนิกกุล, 2554) ดังนั้นบุคคลที่ใกล้ชิดกับคุณผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่ตรงกับความต้องการของคุณผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและมีส่วนรวมในการดูแลคุณผู้ป่วยต่อเนื่องต่อไป

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนองของคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างคุณผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

**สมมุติฐานข้อที่ 1** ความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ของคุณผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าข้อเฉลี่ยความต้องการที่ได้รับการตอบสนองในกลุ่มคุณผู้ป่วยแตกต่างจากญาติ

ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความต้องการการดูแลไม่ตรงกัน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Houtjes (2011) กล่าวว่าความต้องการได้รับการดูแลตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกันและเป็นสาเหตุกระทบถึงความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ส่วนจำนวนข้อเฉลี่ยของความ ต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกับกลุ่มพยาบาลจิตเวชและระหว่างกลุ่มญาติผู้ดูแลกับกลุ่มพยาบาลจิตเวชไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงจะทราบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากการสังเกตหรืออาการแสดงออกของผู้ป่วย บุคคลที่มีหน้าดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุไม่ว่าจะเป็นญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชจึงมีส่วนสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลตามความต้องการดูแลของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช พบว่าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มญาติผู้ดูแล และระหว่างกลุ่มพยาบาลจิตเวชและญาติผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hancock (2003) ที่กล่าวว่า การรับรู้ข้อมูลความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สอดคล้องกันในระดับน้อย มีค่าเท่ากับ 0.29 คิดเป็นร้อยละ 80 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ walters (2000) พบว่าความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน ส่งผลกระทบต่อทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแต่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และยังกล่าวอีกว่าหากมีการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและทราบว่ามีความต้องการอะไรที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองจากญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชก็จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าในการดูแลและรักษาผู้ป่วยและเป็นปัจจัยทำนายที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคลดลงอีกด้วย ส่วนข้อเฉลี่ยของความ ต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองในกลุ่มผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวชไม่แตกต่าง แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวชค่อนข้างตรงกัน ทำให้ทราบว่าพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยบางอย่างที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง และเป็นแนวทางในการแสวงหาการดูแลที่ดีให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยอีกด้วย

จากข้อมูลดังกล่าวตอบสมมุติฐานความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความ ต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลได้ตรงกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง หากผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชมีการรับรู้ความต้องการการดูแลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจะส่งเสริมการตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3** เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

**สมมติฐานข้อที่ 2** ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแตกต่างกัน จากงานวิจัยพบว่าความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน และจากการวิจัยพบว่าการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความสอดคล้อง (Kappa coefficient) เท่ากับ 0.36 หมายถึงมีความต้องการการดูแลที่มีความสอดคล้องกันในระดับน้อย

จากงานวิจัยพบว่าความต้องการการดูแลสอดคล้องกันน้อยที่สุดเฉลี่ยในด้านจิตใจ พบค่าความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.200 และพบน้อยที่สุดในเรื่องของความทุกข์ทรมานใจมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.232 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Houtjes (2010) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลในเรื่องภาวะทุกข์ทรมานใจและไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ (unmet need) และยังคงกล่าวอีกว่าหากไม่ได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการจากญาติผู้ดูแลจะมีผลต่อความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและมีผลทางลบกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งเกิดเป็นภาวะอารมณ์เชิงลบของบุคคล ก่อให้เกิดความเครียด สิ้นหวัง ท้อแท้ เมื่อมีเหตุการณ์คุกคามชีวิตจะมองว่าตนเองไม่สามารถตอบสนองความต้องการหรือคาดหวังเปลี่ยนแปลงตนเองในสิ่งต่างๆ เหล่านี้ในทางที่ดีได้ (Farran et al., 1995) และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด และนอกจากสภาวะการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการทำงานของสารเคมีในสมองผิดปกติแล้ว ยังเกิดจากการขาดสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีทำให้ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยวถูกทอดทิ้ง เกิดความตึงเครียด เป็นสาเหตุของการทุกข์ทรมานใจ (วิรุจน์ คุณกิตติ, 2543)

ส่วนการรับรู้ความต้องการการดูแลสอดคล้องกันน้อยรองลงมาคือด้านสังคมพบค่าความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.300 และพบน้อยที่สุดในเรื่องของการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.200 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hancock (2003) ที่กล่าวว่า การรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สอดคล้องกันในระดับน้อย มีค่าเท่ากับ 0.29 จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัญหาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลจิตเวชจึงมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลการรักษาที่ถูกต้องและเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วย รวมทั้งมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษายังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลคลายวิตกกังวลต่ออาการของโรคและแนวทางการรักษาได้ (Kaplan & Sadock, 1995) รวมถึงระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้ญาติผู้ดูแลเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของตนเองได้ (Davis, 1999) จากงานวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.5 ความสามารถของญาติผู้ดูแลพบว่าระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลและทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลที่เกิดจากการรู้คิดเป็นความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (แก้วตา มีศรี, 2554)

ส่วนการรับรู้ความต้องการการดูแลสอดคล้องกันมากที่สุดคือด้านสิ่งแวดล้อมพบค่าความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.477 และสอดคล้องกันมากที่สุดในเรื่องที่อยู่อาศัยร้อยละมีค่าเท่ากับ 0.736 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hancock et al.,(2003) พบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สอดคล้องกันในระดับมากในเรื่องที่อยู่อาศัยมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.77 เนื่องจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ทราบถึงปัญหาและสภาพที่พักอาศัย สมาชิกในครอบครัวจึงมีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาที่พักอาศัย ทำให้ความต้องการการดูแลที่พักอาศัยจึงมีน้อยลง รองลงมาคือด้านร่างกายมีค่าความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.460 ในเรื่องของภาวะสุขภาพมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.600 เนื่องจากภาวะสุขภาพ เป็นความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งเป็นความต้องการการดูแลที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ความเสื่อมของร่างกาย สภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้นหรืออ่อนแอลง การรับรู้ความต้องการการดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติจึงไม่มีความแตกต่างกันมาก งานวิจัยของ Blazer(2003) กล่าวว่าภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเป็นซึ่งมีความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจหากไม่ได้รับการดูแลตามความต้องการอย่างเหมาะสมและถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ การเสื่อมของความคิดความจำและความสามารถทางสังคมลดลง ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวตอบสมมติฐานคือความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสอดคล้องกันน้อย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเองในความคับข้องใจที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแลและส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินโรคของผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 4** เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช

**สมมติฐานข้อที่ 3** ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน จากงานวิจัยพบว่าความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวชมีความแตกต่างกัน และจากการวิจัยพบว่าการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความสอดคล้อง (Kappa coefficient) เท่ากับ 0.31 หมายถึงมีการรับรู้ความสอดคล้องกันในระดับน้อย

จากงานวิจัยพบว่าความต้องการการดูแลสอดคล้องกันน้อยที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อมพบค่าความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.210 โดยพบน้อยที่สุดในเรื่องการเงินพบค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.200 แตกต่างกับงานวิจัยของ Houtjes (2011) พบว่าการรับรู้ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีค่าความสอดคล้องกันปานกลาง มีค่าความสอดคล้องเท่า 0.49 ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือความเพียงพอของรายได้ (หงษ์บรรเทิงสุข, 2545) เนื่องจากรายได้ที่เพียงพอนำมาซึ่งความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองและนำมาซึ่งความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกพึงพาดตนเองได้และไม่เป็นภาระต่อบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าภาคภูมิใจ (Chan, 2004) หากไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการการดูแลส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตต่ำกว่าตนเองเป็นภาระกับบุคคลอื่น

ส่วนการรับรู้ความต้องการการดูแลสอดคล้องกันน้อยรองลงมาคือด้านสังคมพบค่าความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.250 และพบน้อยที่สุดในเรื่องการถูกข่มเหงหรือการถูกละเลยมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.143 การข่มเหงหรือการถูกละเลยได้แก่ การถูกแกล้งหรือกระทำให้เดือดร้อน การได้รับการเอาเปรียบ การได้รับการเพิกเฉยจากการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การรับรู้ความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวช อันเนื่องมาจากพยาบาลจิตเวชไม่ได้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงและจะพบผู้ป่วยเวลาที่มาพบแพทย์หรือมาตามนัด ส่วนผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลอย่างไร้ใจหรือต้องการการปรึกษาอย่างใกล้ชิด ซึ่งไม่ใช่เป็นความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย แต่เป็นความต้องการการดูแลด้านจิตใจ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความหวังใญ่ ซึ่งพยาบาลจิตเวชที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอาจละเลยการดูแลด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวชของผู้ป่วยกลุ่มนี้พยาบาลจึงมีการรับรู้ความต้องการการดูแลที่แตกต่างกับผู้ป่วยในเรื่องการถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย ส่งผลทำให้ได้รับการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมไม่ตรงกับความต้องการการดูแล เป็นสาเหตุหนึ่งของความล่าช้าในการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วย จากงานวิจัยของ Sol Ibarra (2011) กล่าวว่า การได้รับการช่วยเหลือจากสังคมและไม่เพิกเฉยต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องการการช่วยเหลือ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาลเองควรให้บริการอย่างครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อังคณา วังทอง (2556) กล่าวว่าพยาบาลควรให้บริการบริการที่ตอบสนองความต้องการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไม่ละเลยความเป็นตัวตนของผู้ป่วย เน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ภายใต้ความหลากหลายของวัฒนธรรม เช่น ภาษา การสัมผัส จริยธรรม ศิลธรรม เชื้อชาติ ศาสนา และจิตวิญญาณ เป็นต้น ส่วนการรับรู้ระดับสอดคล้องกันน้อยรองลงมาคือด้านจิตใจพบค่าความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.300 และพบน้อยที่สุดในเรื่องการเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.159 จากการสัมภาษณ์แบบสอบถามข้อมูลพบว่าพยาบาลจิตเวชทราบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีภาวะเสื่อมของร่างกาย เช่น การจดจำลดลง หลงลืมง่าย จึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น การลื่นปัดเตาแก๊สทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุไฟไหม้ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชมีการรับรู้แตกต่างกันในเรื่องการเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ

ส่วนการรับรู้ระดับสอดคล้องกันมากที่สุดคือด้านร่างกายพบค่าความสอดคล้องเฉลี่ยเท่ากับ 0.500 และสอดคล้องกันมากที่สุดในเรื่องการมองเห็น การได้ยิน การติดต่อสื่อสาร มีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.602 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hancock (2003) พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชมีการรับรู้สอดคล้องกันในระดับมากมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.96 เนื่องจากพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ทั้งเรื่องการมองเห็น การได้ยิน การติดต่อสื่อสาร ประกอบกับผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สิ่งทีหลีกเลี่ยงไม่ได้คือความเสื่อมของสภาวะร่างกาย โดยเฉพาะความเสื่อมทางกาย เช่น ตาเป็นต้อกระจก ต้อหิน หูตึง ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการสื่อสาร (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) ซึ่งมีอาการแสดงออกจึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและพยาบาลจิตเวชมีการรับรู้สอดคล้องกัน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจิตเวชสูงอายุ ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลมากกว่าพยาบาลทั่วไป และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตเวชก็มีส่วนสำคัญในการ

ตอบสนองความต้องการการดูแลที่ดียิ่งขึ้น(David, 2012) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นการนำองค์ความรู้ทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีชีวิวิทยา ทฤษฎีสังคมวิทยาและทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตนำมาใช้ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระในชุมชนจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้ถูกต้องและสอดคล้องกับสถานการณ์ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554)

จากข้อมูลดังกล่าวตอบสนองมาตรฐานคือ ความสอดคล้องความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจิตเวชแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยบุคลากรมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการเท่าที่ควร เนื่องจากมีการรับรู้ความต้องการการดูแลไม่ตรงกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นแนวทางในการพัฒนาขบวนการพยาบาลที่ดีขึ้นในการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างเฉพาะจงเพื่อให้การตอบสนองได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเอง

จากงานวิจัยพบว่าความต้องการได้รับข้อมูลของญาติผู้ดูแลตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชสอดคล้องกันในระดับน้อยมีค่าเท่ากับ 0.347 คิดเป็นร้อยละ 61.3 และการรับรู้ภาวะทุกข์ทรมานใจของญาติผู้ดูแลพบว่าสอดคล้องกันในระดับน้อยมีค่าเท่ากับ 0.356 คิดเป็นร้อยละ 64.5 เช่นเดียวกัน ซึ่งญาติผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย หากพยาบาลจิตเวชสามารถช่วยเหลือตอบสนองความต้องการการดูแลของญาติผู้ป่วยได้ด้วยทั้งในเรื่องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา และภาวะทุกข์ทรมานใจของญาติผู้ดูแล ก็จะส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุจิตรา ศรีรัตน์(2551) กล่าวว่าพยาบาลควรให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยร่วมด้วย โดยเน้นข้อมูลข่าวสาร และบทบาทการเป็นผู้ดูแลทั้งนี้เพื่อจะสามารถตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ



## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำแบบประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุไปใช้ เพื่อจะได้ทราบความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งความต้องการการดูแลที่ได้รับการตอบสนองและความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง รวมแยกทั้งประเภทความต้องการการดูแลเพื่อให้การพยาบาลและตอบสนองความต้องการการดูแลตรงความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

2. ส่งเสริมให้พยาบาลจิตเวชให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและญาติผู้ดูแลหรือมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาตรงกัน

3. พยาบาลจิตเวชควรให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างใส่ใจและใกล้ชิด และครอบคลุมทุกมิติ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไม่ถูกละเลยในการดูแล

### ด้านวิชาการ

จัดอบรมการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลของทีมงานสุขภาพจิต และเพื่อสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยให้ตรงกับความต้องการ

### ด้านการวิจัย

1. ศึกษาความต้องการการดูแลอย่างเจาะจงในแต่ละด้านเพื่อให้การพยาบาลได้ตรงกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมากที่สุด

2. ควรศึกษาความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วย เช่น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา และค้นหาแนวทางการตอบสนองความต้องการการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติในปี พ.ศ.2549*. กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช*. นนทบุรี: ปิยอนพัชปบลิสซิ่ง.
- กาสินธุ์ กัญญาบัณฑิตย์. (2551). *การศึกษาการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อำเภอบ้านหมี่ จังหวัด ลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 6(1), 24-31.
- คณิตสร แก้วแดง. (2553). ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเอ็ดส์: มุมมองของญาติผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 21(1), 42-53.
- จอม สุวรรณโณ. (2542). บทบาทพยาบาลในการบำบัดองค์รวม. *วารสารพยาบาล*, 48(1), 2-13.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข: Nursing for Health Life. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13(มกราคม-มิถุนายน), 1-14.
- ชนิดา เดชดี. (2554). ความต้องการและการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลไทยมุสลิมในดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 29-50.
- ณหทัย วงศ์ปการันย์. (2551). จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 21(1), 16-24.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษร การพิมพ์.
- ธณินทร์ กองสุข. (2549). *โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ เล่มที่ 1*, อุดรธาธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญพา ณ นคร. (2545). การสนับสนุนโครงสร้างทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารพยาบาลสงขลาราชนครินทร์*, 15(2), 39-48.
- ประเวช ตันติพิวัฒนกุล. (2541). *ฆ่าตัวตายการสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่: นนบุรีการพิมพ์.
- ประเสริฐ อัสสนตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล. (2539). *DSM IV ฉบับภาษาไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

- ปวีณา มีখনอน. (2546). *การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลศูนย์* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ใกล้หมอ.
- พิเชษ อุดมรัตน์. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ยุพดี รัตตะรังสี. (2545). *การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัท คอมฟอร์ม จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2548). *การรักษานักป่วยซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- นิพนธ์ คันธเสวี. (2528). *คุณภาพกำลังคนเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- รณชัย สกนธ์ และคณะ. (2548). *ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า*. Retrieved 29 ธันวาคม 2551
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม: บริษัท มิสเตอร์ ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.
- รัชนิกร เกิดโชค. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลจิตเวชกับสมาชิกครอบครัว: การส่งเสริมความร่วมมือในการดูแล*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 14-23.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลีย์ กนกวิจิตร, วิภาวี เผ่ากั้นทรกรและดวงตา กุลรัตนญาณ. (2538) *การศึกษาประมาณความต้องการการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 7(2), 69-80.
- วิรุจน์ คุณกิตติ. (2543). *ฆ่าตัวตาย: ปัญหาจากสภาพจิต*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 8, 169-178.
- ละเอียด ปานนาค. (2552). *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 23(2), 66-78.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- สภาการพยาบาล. (2552). *ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สมบัติ สกมลพรรณ, ภาควิชาจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2553). *เอกสารประกอบการสอนกระบวนการพยาบาลจิตเวช เรื่องสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2543). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สมรค์ ชูวานิชวงศ์. (2546). ครอบครัวยุคใหม่กับการบำบัดรักษาทางจิตเวช. *วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต*, 3(11), 2-17.
- สุจิตรา ศรีรัตน์ (2551). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน การให้ความชื้นและการบำบัดด้วยฝอยละออง*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disorder*. พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สุพัตรา พุ่มพวง. (2547). *ความต้องการของผู้ใช้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สิรินาถย์ ฤกษ์ภูธร. (2552). *ความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานบริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เสถียร เหลืองอร่าม. (2525). *วิทยาการจิตการ*. กรุงเทพมหานคร. แพร์พิทยา.
- หงษ์ บรรเทียงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรทัย แสงสินธ์. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของปัญหา แหล่งประโยชน์ของครอบครัว การเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยฆ่าตัวตาย*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(2), 52-62.
- อรพรรณ ทองแดง. (2545). *การวิจัยเพื่อการพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุ*. (ว.ส.ส.) กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). *แนวคิด ทฤษฎีการพัฒนาเครื่องมือ. เอกสารคำสอน วิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา วังทอง. (2556). *มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี*. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 14-21.
- Bauer, A.M., Chen, C.N., Alegria, M. (2012). Associations of physical symptoms with Perceived need for and use of mental health services among latino and Asian Americans. *Social Science & Medicine*, 75, 1128-1133.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., et al. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clerical Psychology*, 42, 861-865.
- Boardman, J., Henshaw, C., Willmott, S. (2004). Need for mental health treatment among general practice attenders. *The Britist Journal of Psychiatry*, 185: 318-327.

- Brewin, C. (1992). Measuring individual needs for care and service. In G. Thornicroft, C. Brewin and J. Wing (eds), *Measuring Mental health Survey and incidence study*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Blazer, D. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology:Medical Science*, 58 A, 249-256.
- Blazer, D., and Hughes, D. C. (1991). Subjective social support and depressive symptoms in major depression: Separate phenomena or epiphenomena. *Journal of Psychiatric Research*, 25(4): 191-203.
- Blaser, D., II, & Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9).1241.
- Chisholm, D., et al. (2004). Reducing the global burden of depression. *British Journal of Psychiatry*, 184, 393-403.
- David, S. (1992). *Community Health Care Nursing*. Australia: Hartnolls.
- Ebersole, P. (1976). Problems of group reminiscing with the institutionalized aged. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6) 23-27.
- Edwards, K. (2002). Service users and mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 7, 555.
- Endacott, R. (1997). Clarifying the concept of need: a comparison of two approaches to concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 471-476.
- Field, E., Walker, M., Orell, M., 2002. *The needs of older people living in sheltered housing*. In: Orall, M., Hancock, G. (Eds.), *CANE: Camberwell Assessment of need for The Elderly; A Needs Assessment for Older Mental Health Service Users*. Gaskell, London, pp. 35-44.
- Fleiss JL. (1981). The measurement of inter-rater agreement. In *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Jacoby R, Oppenheimer C (eds). Oxford University Press: London, 274-300.
- Hallford, D. J., Maccabe, M. P., et al. (2012). Depression in palliative care setting: The need for training for nurse and other health professionals to improve patients' pathways to care. *Nurse Education Today*, 32, 556-560.
- Hancock, G.A. (2003). The needs of older people with mental health problems according to the User, the carer, and staff. *International Journal of geriatric psychiatry*, 18, 803-811.
- Hansson, L. et al. (2001). Comparison of key worker and patient assessment of needs schizophrenic. Patient living in the community a Nordic study. *Acta Psychiatr Scand*, 103, 45-51.

- Houtjes, W., Van Meijel, B., Deeg, D.J.H., et al. (2010). Major depressive disorder in late life: A multifocus perspective on care needs. *Journal of Aging and Mental Health*, 14(7), 874-880.
- Houtjes, W., Van Meijel, B., Deeg, D.J.H., et al. (2011). The needs of outpatients with late-life depression; a comparison of patient, carer and staff perceptions. *Journal of Affective Disorders*, 134, 242-248.
- Houtjes, W., Van Meijel, B., Deeg, D.J.H., et al. (2012). Late-life depression: systematic assessment of Care needs as a basis for treatment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 274-280.
- Holloway, F. 1994. Need. Need in community psychiatry: a consensus is required. *Psychiatric Bulletin*, 18: 321-323.
- Ibarra-Rovillard, M. S., Kuiper, N. A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological need. *Clinical Psychology Review*, 31, 342-352.
- Jansson, L., Sonnander, K., Wiesel, F.A. (2003). Clients with long-term mental disabilities in a Swedish county conditions of life, needs of support and Unmet needs of service provide by the public health and social service sectors. *European Psychiatry*, 18, 296-305.
- Kessler, R. C. (2007). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. *Journal American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Lui, Y.H., Chang, H.J., Huang, C.C. (2012). The Unmet Activities of Daily Living (ADL) Needs of Dependent Elder and their Related Factors: An Approach from Both an Individual and Area- Level Perspective. *International Journal of Gerontology*, 1-6.
- Marwijk, H. V, Hremans, J and Springer, M. P. (1998). The prognosis of depressive disorder in Elderly primary care patients. *Scand J Prim Health Care*, 16, 107-111.
- Meadows, G., Harvey C., et al. (2000). Assessing perceived need for mental health care in a community care in a community: development of the Perceived Need for care Questionnaire. *Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 35, 427-435.
- Messner, R. L. (1993) what patients really wants from their nurse. *AJN*, (august): 38:41.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* 141, 135-142.
- Momtaz, Y.A., Hamid, T.A., Ibrahim, R. (2012). Unmet needs among disabled elderly Malaysians. *Social Science & Medicine*, 75, 859-863.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., & Moos, B. S. (1998). The long -term interplay between family and extrafamily resources and depression. *Journal of family Psychology*, 12, 326-343.

- Organizaton, World Health. (2010). Depression. from [http://www.who.int/mental\\_health/Management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/Management/depression/definition/en/)
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T. (1995.). The Camberwell asesment of need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595.
- Prins, M. A., et al. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient' s perspective. *Journal of Affective disorders*, 119, 163-171.
- Soonthornchaiya, R. (2013). Understanding, Knowledge, and Family support in caring for older adults with major depression. *Journal of Health Research*, 27(2), 97-104.
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods,. B., Hoe, j.M., Leese, M., et al. (2000). Camberwell Assessment of need for the Elderly (CANE); development, validity and reliability. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 444-452.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G. (1999). Acomparision of needs assessed by staff and by an Epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychological Medicine*, 28(3), 543-550.
- Sol Ibarra-Rovillard, m., Kuiper, N.A. (2011). Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*, 31, 342-352.
- Steven, A. & Rafary, J. (1994). *Health Care Needs Assessment: The Epidermologically Based Needs Assessment Reviews*. Oxford: Radeciffe Medical Press.
- The Scottist Office Department of Health (1997) *Framework for mental Health Services in scotland*. (Online). Available from <http://www.scotland.gov.uk/library3/heath/namh-08.asp>, (2004, December 6)
- Thornicroft, G., ABAS, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for The Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 444-452.
- Walters, K., llife, S., Tai, S.S., Orrell, M. (2000). Assessing needs from patient, carer and professional Perspective; The camberwell Assesment of need for Elder peple inprimary care. *Age and Aging*, 29(6), 505-510.
- Weyerer, S (2008). Prevalence and risk factor for depression in non-demanded primary care attender ages 75 years and older. *Jornal of Affective disorder*, 1-11.
- White, M. B. 1972. Important of Selected Nursing Activities. *Journal of Nursing Research*, 2, 4

Wiersma, D. ( 2006). Needs of people with severe with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 429, 115-119.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general Psychiatry*, 12, 63-67.



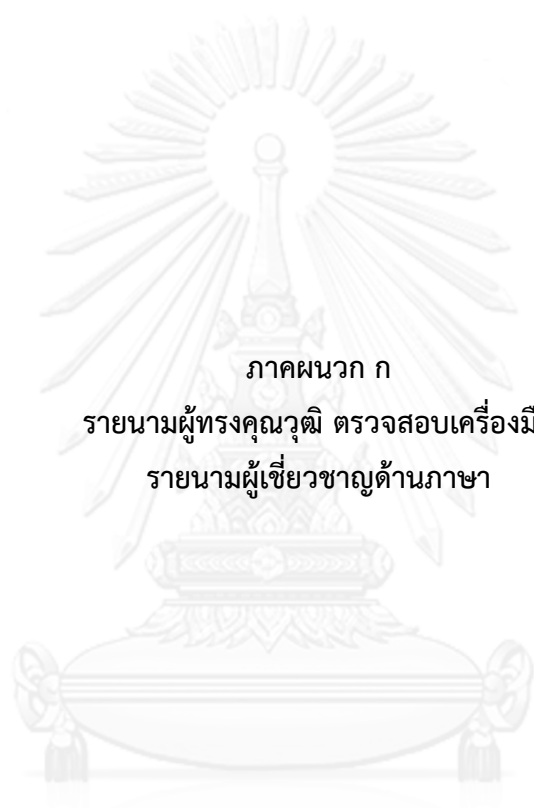
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ และหัวหน้าศูนย์วิจัยและการพัฒนา (จิตแพทย์) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. นางอุ๋นจิตร คุณารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
4. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทธินันท์ นินทจันทร์	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

## รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

1. นายแพทย์เมธา อภิวัฒนากุล	นายแพทย์ชำนาญการด้านโรคระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา
2. นางลักขณา ชูใจ	อาจารย์สอนวิชาการโรงแรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี



ภาคผนวก ข  
หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง โทร. 090-676-1407



ที่ ศธ 0512.11/1155

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘๑ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง โทร. 090-676-1407



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทธินทร์ นินทจันทร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทธินทร์ นินทจันทร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง โทร. 090-676-1407



Faculty of Nursing,  
Chulalongkorn University,  
Borommaratchachonnani  
Srisataphat Building, 11<sup>th</sup> Floor  
Rama I Rd, Wangmai,  
Patumwan, Bangkok 10330  
THAILAND

June 15, 2013


To: Orrell, Martin (m.orrell@ucl.ac.uk)

Subject: I want to use your Camberwell Assessment of Need for the Elderly

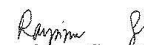
I am a graduate nursing student in the field of psychiatric mental health nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. My thesis topic entitled "A study of care needs of elderly depressed patients among patients, caregivers, and psychiatric nurses" Since I have read your article about "Assessing needs from patient, carer and professional Perspective; The camberwell Assesment of need for Elder peple inprimary care" I decide to use the Camberwell Assessment of Need for the Elderly ( CANE )

With this respect, I would like to ask for your permission to use this instrument. Any suggestion, please fill free to let me know. I would be appreciated. I am looking forward to hearing from you soon.

Yours sincerely,

  
Kanokrat Sangkajang  
E-mail: narada.gulico@gmail.com

Approved by the thesis advisor,

  
(Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., R.N.)  
Assistance Professor  
E-mail: srangsiman@yahoo.com





ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการเข้าร่วมงานวิจัย  
(Informed Consent From)**

**ชื่อโครงการวิจัย** การศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย  
ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)**

ชั้นที่ 26 อาคารเอ็มไพร์ ทาวเวอร์ เลขที่ 195 ถนนสาทรใต้, แขวงยานนาวา เขต  
สาทร, 10120, กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-6701407,  
(มือถือ) 090-6761407 E-mail:narada.gulico@gmail.com

**เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**.....

**ข้าพเจ้าชื่อ/นามสกุล**.....

ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตรายและ  
ประโยชน์ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้จนเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับ  
กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และไปยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน  
อ้างอิง ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองจากผู้วิจัยว่าจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้และข้อมูลใดๆ ที่  
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะรักษาไว้เป็นความลับ ข้าพเจ้าเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ภายใต้  
เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและข้าพเจ้ามีสิทธิ์  
ถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ แก่  
ข้าพเจ้าทั้งสิ้น ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้

.....  
สถานที่/ วันที่

.....  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่/ วันที่

.....  
(นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง)

.....  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
สถานที่/ วันที่

.....  
(.....)

.....  
พยาน

**ข้อมูลสำหรับประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient / Participant Information Sheet)

- 1.ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช
- 2.ชื่อผู้วิจัย นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง
- 3.สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ชั้นที่ 26 อาคารเอ็มไพร์ ทาวเวอร์ เลขที่ 195ถนนสาทรใต้, แขวง ยานนาวา เขตสาทร, 10120, กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-6701407, (มือถือ) 090-6761407, E-mail: narada.gulico@gmail.com
- 4.ข้อมูลประกอบการยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
  - 4.1 โครงการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และพยาบาลจิตเวชที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก ศูนย์สุขภาพจิต เขต 4
  - 4.2 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแล ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช โดยใช้แบบสอบถามประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ
  - 4.3 ประชากรในการวิจัย ได้แก่
    - 4.3.1 ผู้ป่วยวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและได้รับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก
    - 4.3.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคน้อย 3 เดือนขึ้นไปและมีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตัวผู้ป่วยเช่นญาติ พี่ น้องและบุตร
    - 4.3.3 พยาบาลจิตเวชเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้ปฏิบัติงานด้านจิตเวชและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ปี
  - 4.4 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อคน
 

โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ชุดดังนี้

    - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
    - ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม
    - ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ

ซึ่งแบบสอบถามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องใช้แบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวชใช้แบบสอบถาม ส่วนที่ 1,3 ในส่วนการตอบแบบสอบถาม
  - 4.5 ในการขอดูข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่จะศึกษาก่อน
  - 4.6 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

4.7 หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาจนกว่าจะได้รับคำตอบที่พอใจ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่จะเป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบอย่างรวดเร็ว

4.8 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมและเชิงวิชาการ

4.9 ในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

4.10 หากท่านพบว่าไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ( / ) ลงหน้าข้อความ ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
  - ( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช
  - ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 5. ปวส., อนุปริญญา
  - ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 6. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
4. สถานภาพสมรส
  - ( ) 1. โสด ( ) 3. หย่า/หม้าย
  - ( ) 2. สมรส ( ) 4. แยกกันอยู่
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
  - ( ) 1. 1-2 คน
  - ( ) 2. 2-3 คน
  - ( ) 2. 3-4 คน
  - ( ) 3. 5 คนขึ้นไป
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน
  - ( ) 1. ต่ำกว่า 1,000 บาท
  - ( ) 2. 1,001 – 5,000 บาท
  - ( ) 3. 5,001 – 10,000 บาท
  - ( ) 4. 10,001 บาทขึ้นไป
7. ประวัติโรคประจำตัว
  - ( ) 1. ไม่มี
  - ( ) 2. มีระบุ.....
8. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
  - ( ) 1. ไม่มี
  - ( ) 2. มี ระบุ.....
9. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว
  - ( ) 1. ไม่มี
  - ( ) 2. มี ระบุ.....

**แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับพยาบาลวิชาชีพ)**

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ( / ) ลงหน้าข้อความ ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1.เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2.อายุ.....ปี

3.ระดับการศึกษา ( ) 1. ปริญญาตรี ( ) 2. ปริญญาโท ( ) 3. อื่นๆ.....

4.ปฏิบัติงานในหน่วยงาน.....

5.รายได้

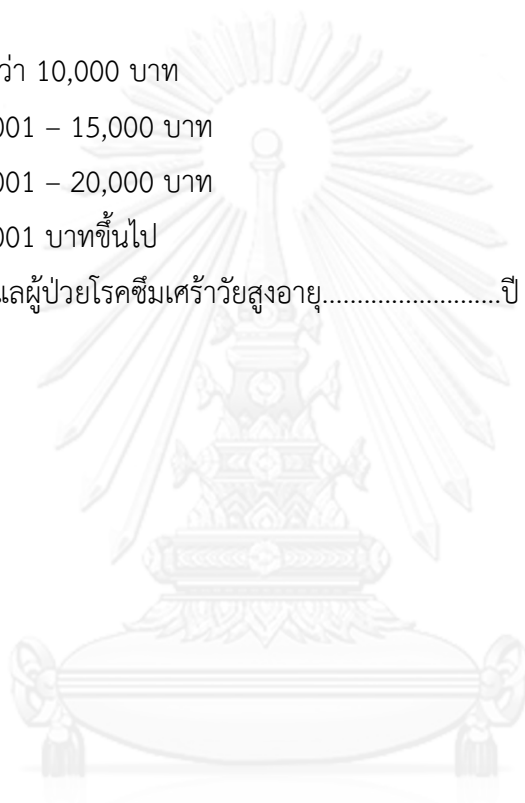
( ) 1. ต่ำกว่า 10,000 บาท

( ) 2. 10,001 – 15,000 บาท

( ) 3. 15,001 – 20,000 บาท

( ) 4. 20,001 บาทขึ้นไป

6.ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....ปี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ญาติผู้ดูแล)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ( / ) ลงหน้าข้อความ ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่า

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
  - ( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา
  - ( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. ปริญญาตรี
  - ( ) 5. ปริญญาตรีขึ้นไป
4. สถานภาพสมรส.....
  - ( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส ( ) 3. หย่า/หม้าย ( ) 4. แยกกันอยู่ ( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....
5. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างไร
  - ( ) 1. บิดา มารดา ( ) 2. สามี ( ) 3. ภรรยา ( ) 4. บุตร ( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ ระบุ.....
7. ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลา.....ปี
8. ประวัติโรคประจำตัว
  - ( ) 1. ไม่มี
  - ( ) 2. มีระบุ.....
9. รายได้
  - ( ) 1. ต่ำกว่า 1,000 บาท
  - ( ) 2. 1,001 – 5,000 บาท
  - ( ) 3. 5,001 – 10,000 บาท
  - ( ) 4. 10,001 บาทขึ้นไป
  - ( ) อื่นๆ.....
10. ช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วย
  - ( ) 1. ดูแลช่วงกลางวัน 08.00 น. - 16.00 น.
  - ( ) 2. ดูแลช่วงกลางคืน 16.00 น. - 22.00 น.
  - ( ) 3. ดูแลช่วงกลางคืน 22.00 น. - 08.00 น.
  - ( ) 4. ดูแลช่วงกลางคืน 16.00 น. - 08.00 น.
  - ( ) 5. ดูแลช่วงเวลาอื่นๆ ระบุ.....

### แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10  
บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) คะแนน

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

- 1.1 ปีนี้ พ.ศ. อะไร .....
- 1.2 วันนี้ วันอะไร .....
- 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร .....
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร .....
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร .....

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

- 2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและชื่ออะไร .....
- 2.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร .....
- 2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร .....
- 2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
- 2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

#### 3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ดิฉัน จะบอกชื่อ 3 อย่าง ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อดิฉันพูดจบ ให้พูดทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อแล้วพยายามจำไว้ให้ได้เดี่ยวดิฉันถามซ้ำ

- การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (พูด 1 คำได้ 1 คะแนน)

- ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์.....

#### 4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คิดเลขในใจเป็นไหม

ถ้าตอบคิดเป็น ให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็น ให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ”

ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา ..... .....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ดิฉัน จะสะกดคำว่า มะนาว ให้ฟัง ฟังแล้วให้สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก

คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่้า-สระอะ นอหนุ-สระอา-วอแหวน

สะกดให้ฟังซิ ..... .....

#### 5. Recall (3 คะแนน)



“ เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง ” ( ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์.....

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร ” .....

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร ” .....

7. Repetition (1 คะแนน) ( พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ ตั้งใจฟังนะ เมื่อพูดข้อความนี้แล้ว ” ให้พูดตาม จะบอกเที่ยวเดียว

“ ใครใครขายไก่ไข่ ” .....

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ ฟังดีๆนะเดี๋ยว จะส่งกระดาษให้ แล้วให้ รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้บนโต๊ะ ”

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา  พับครึ่ง  กลับตาได้ .....

9. Written command ( 1 คะแนน )

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “ กลับตา ” .....

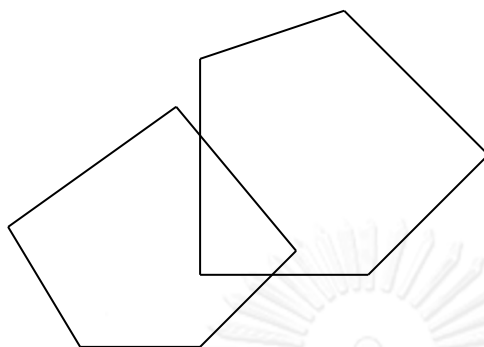
10. Writing ( 1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ ให้เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง ” หรือมีความหมายมา 1 ประโยค

.....

## 11. Visuoconstruction( 1คะแนน )

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง ”



คะแนนรวม.....คะแนน

ชื่อผู้ถูกประเมิน.....อายุ.....ปี

วันเดือนปี.....

จุดตัด (Cut- off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ ( อ่านไม่ออก- เขียนไม่ได้)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่า ประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22	30

## แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: ให้ท่านตอบคำตอบตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ที่อยู่อาศัย

ผู้ประเมิน

ผู้ป่วย   ญาติผู้ดูแล   พยาบาล   ผู้วิจัย

ผู้ป่วยมีลักษณะที่อยู่อาศัยเหมาะสมหรือไม่

(ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องที่อยู่อาศัยหรือไม่)

0 = ไม่ต้องการการช่วยเหลือ/ มีที่อยู่อาศัยมีความเหมาะสมเพียงพอ

1 = ได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการ เช่น บ้านกำลังอยู่ในขั้นตอนการดำเนินการปรับปรุงหรืออยู่ในขั้นตอนการช่วยเหลือที่พักอาศัย

2 = ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการ เช่น ไม่มีบ้าน, ที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม ขาดสาธารณูปโภคพื้นฐานเช่น น้ำหรือไฟฟ้า เป็นต้น

9 = ไม่ทราบ

**ถ้าตอบ 0 หรือ 9 ให้ข้ามไปตอบข้อ 2**

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในด้านที่พักอาศัยจากเพื่อนหรือคนที่รู้จักมากนักน้อยเพียงใด

0 = ไม่ได้เลย

1 = เล็กน้อย เช่น ได้รับการช่วยเหลือดูแลตกแต่งที่พักอาศัยบ้างเล็กน้อย

2 = ปานกลาง เช่น ได้รับการช่วยเหลือโดยเพื่อนหรือคนรู้จักช่วยปรับปรุงที่พักอาศัย

3 = มาก เช่น ได้รับการช่วยเหลือโดยไปอาศัยอยู่กับคนที่รู้จักหรือคนใกล้ชิดเพราะที่อยู่เดิมไม่ตอบสนองความพึงพอใจได้

9 = ไม่ทราบ

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับที่พักอาศัยจากหน่วยงานบริการในท้องถิ่นมากนัก เพียงใด				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการในเรื่องที่พักอาศัยจากหน่วยงานบริการ ท้องถิ่นมากนักเพียงใด				
<p>0 = ไม่ได้เลย</p> <p>1 = เล็กน้อย เช่น ได้รับการช่วยเหลือตกแต่งบ้านเป็นบางส่วนหรือได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่จัดหาหรือตกแต่งที่ พักอาศัย</p> <p>2 = ปานกลาง เช่น ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขในสิ่งสำคัญๆและที่จำเป็น</p> <p>3 = มาก เช่น ได้รับการช่วยเหลือโดยทำบ้านให้ใหม่หรือจัดให้อยู่ในบ้านพักของหน่วยงาน</p> <p>9 = ไม่ทราบ</p>				

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัยตรงกับความต้องการหรือไม่ ( 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่ 9 = ไม่ทราบ )				
ในภาพรวมผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในการรับการช่วยเหลือทางด้าน ที่พักอาศัยอย่างไร ( 0 = ไม่พอใจ 1 = พึงพอใจ 9 = ไม่ทราบ )				

## 2. การดูแลบ้านพักอาศัย

ผู้ประเมิน

ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พยาบาล ผู้วิจัย

ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการดูแลที่พักอาศัยหรือไม่

(ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในการดูแลที่พักอาศัยหรือไม่)

0 = ไม่ต้องการ/ สามารถดูแลบ้านและทำความสะอาดเองได้

1 = ได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการ เช่น ผู้ป่วยมีความจำกัดในการดูแลด้วยตนเอง และได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

2 = ไม่ได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลที่พักอาศัยเองได้และไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

9 = ไม่ทราบ

**หากตอบ 0 หรือ 9 ให้ข้ามไปตอบ ข้อ 3**

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการดูแลบ้านจากเพื่อนหรือญาติพี่น้องอย่างน้อยเพียงใด

0 = ไม่ได้เลย

1 = เล็กน้อย เช่น ได้รับการช่วยเหลือทำความสะอาดเล็กน้อยๆ เป็นครั้งคราว

2 = ปานกลาง เช่น ช่วยทำความสะอาดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

3 = มาก เช่น ช่วยทำงานบ้านเกือบทั้งหมด

9 = ไม่ทราบ

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานท้องถิ่นเกี่ยวกับดูแลบ้านอย่างน้อยเพียงใด

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานท้องถิ่นเกี่ยวกับการดูแลบ้าน  
อย่างน้อยเพียงใด

0 = ไม่ได้เลย

1 = เล็กน้อย เช่น ได้รับการช่วยเหลือเฉพาะเรื่องที่ร้องขอ

2 = ปานกลาง เช่น ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของการทำความสะอาดบ้าน

3 = มาก เช่น งานบ้านส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่

9 = ไม่ทราบ

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมตามความต้องการในเรื่องของการดูแลบ้านใช่หรือไม่

( 0 = ไม่ 1 = ใช่ 9 = ไม่ทราบ )

ในภาพรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้านการได้ช่วยเหลือและการดูแลบ้านพักอาศัยเป็นอย่างไร

( 0 = ไม่พึงพอใจ 1 = พึงพอใจ 9 = ไม่ทราบ )

#### 24. การได้รับสิทธิประโยชน์

ประเมิน

ผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแล

พยาบาล

ผู้วิจัย

ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์อันพึงได้หรือไม่

(ผู้ป่วยมีต้องการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องกองทุนหรือเบี้ยเลี้ยงที่มีสิทธิอันพึงจะได้หรือไม่)

0 = ไม่มีความต้องการ

1 = ได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการ เช่น มีการเรียกผลประโยชน์อันพึงจะได้ กองทุน เบี้ยเลี้ยง และมีผู้เข้ามาช่วยเหลือในช่วงที่ผ่านมา

2 = ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการ เช่น ไม่แน่ใจว่าได้รับเงินหรือกองทุนหรือเบี้ยเลี้ยงที่ท่านมีสิทธิพึงจะได้เต็มจำนวนและไม่ได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือ

9 = ไม่ทราบ

หากตอบ 0 หรือ 9 ให้ข้ามไปตอบ แบบสอบถามด้านล่าง

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนหรือญาติในด้านการเรียกเก็บเงินหรือกองทุนหรือเบี้ยเลี้ยงที่ผู้ป่วยมีสิทธิอันพึงได้อย่างเต็มจำนวนมากน้อยเพียงใด				
<p>0 = ไม่ได้เลย</p> <p>1 = เล็กน้อย เช่น ได้รับการช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่เป็นการถามว่าได้รับเงินตามสิทธิประโยชน์บ้างหรือไม่</p> <p>2 = ปานกลาง เช่น ช่วยในการยื่นคำร้อง หรือ กรอกแบบฟอร์มในการร้องขอสิทธิประโยชน์</p> <p>3 = มาก เช่น ช่วยทำให้ได้รับสิทธิประโยชน์เต็มจำนวนและติดตามว่าได้รับเงินแล้วหรือยัง</p> <p>9 = ไม่ทราบ</p>				

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานท้องถิ่นในด้านการเรียกเก็บเงินหรือกองทุนหรือเบี้ยเลี้ยงที่ผู้ป่วยมีสิทธิอันพึงได้อย่างเต็มจำนวนมากน้อยเพียงใด				
ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการจากหน่วยงานท้องถิ่นในด้านการเรียกเก็บเงินหรือกองทุนหรือเบี้ยเลี้ยงที่ผู้ป่วยมีสิทธิอันพึงได้อย่างเต็มจำนวนมากน้อยเพียงใด				
<p>0 = ไม่ได้เลย</p> <p>1 = เล็กน้อย เช่น ได้รับการแนะนำเกี่ยวกับสิทธิที่พึงได้รับ</p> <p>2 = ปานกลาง เช่น ช่วยในการลงทะเบียนเพื่อได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับหรือช่วยทำให้ได้รับสิทธิประโยชน์มากขึ้น</p> <p>3 = มาก เช่น ช่วยในการทำให้ได้รับสิทธิประโยชน์เต็มจำนวนและรวมถึงการเข้ามาตรวจสอบดูแล้วว่าที่ผ่านมาได้รับสิทธิประโยชน์อย่างครบถ้วนหรือไม่</p> <p>9 = ไม่ทราบ</p>				

<p>ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในด้านการเรียกรับเงินหรือกองทุนหรือเบี้ยเลี้ยงอย่างเต็มจำนวนและเหมาะสม ใช่หรือไม่</p> <p>( 0 = ไม่      1 = ใช่      9 = ไม่ทราบ )</p>				
<p>ในภาพรวมผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับการช่วยเหลือในด้านการเรียกรับเงินหรือกองทุน หรือ เบี้ยเลี้ยงอย่างเต็มจำนวนอย่างไร</p> <p>( 0 = ไม่พึงพอใจ      1 = พึงพอใจ      9 = ไม่ทราบ )</p>				

COMMENTS





ภาคผนวก ง  
ผลการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี(กลุ่ม พรส.) โทร.๑๒๔๕  
ที่ รบ.๐๐๓๒.๑๐๒.๑/ ๓๑๒๒ วันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๖  
เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง

สืบเนื่องจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ชื่อผลงานวิจัย“การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช” ผู้วิจัยหลัก นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณา อนุมัติ ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรีตามโครงการ  
รายงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระชาวีโร)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี  
950 ถนนพระพิณวษา ตำบลท่าพี่เลี้ยง  
อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี  
72000



โทร. 0-3552-1555  
โทรสาร 0-3551-1738

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข YM 004/2557

ชื่อโครงการภาษาไทย : การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : A study of care needs of elderly depressed patients among patients, caregivers, and psychiatric nurses.

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

ต่ออายุครั้งที่ (...) : .....

วันหมดอายุ : 25 ธันวาคม 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

ลงนาม .....

(นายแพทย์พัฒน์ วรรณปิยะรัตน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

12 ส.ค. 2556

วันที่

ลงนาม .....

(นายแพทย์ชัชรินทร์ ปิ่นสุวรรณ )

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

13 ส.ค. 2556

วันที่

## หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะการักษ์

เลขที่.....*๑๑๕/พ.ธ.๕๖*โรงพยาบาลมะการักษ์  
อ.ท่ามะกา กจ ๗๑๑๒๐

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า การวิจัยเรื่อง การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรค  
ซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช โดยมีนางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง  
สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการวิจัย ได้รับการพิจารณา  
จากคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม โรงพยาบาลมะการักษ์แล้ว ไม่ส่งผลกระทบต่อด้าน  
สิทธิมนุษยชนและด้านจริยธรรมของผู้ป่วย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ลงชื่อ.....

(นายธีระชัย คงเยี่ยมตระกูล)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์  
วันที่ 28 เม.ย. 2557

เลขที่การวิจัย : ๑/๕๑

วันที่พิจารณาอนุมัติให้การรับรอง : ๒๓ เมษายน ๒๕๕๗

วันหมดอายุการรับรอง : ๒๓ เมษายน ๒๕๕๘ ( 1 ปี )

ผู้บันทึก : นางสาวจิรวดี เหลืองวุฒิธรรม

เลขที่ ๗ / ๒๕๕๗

## ความเห็นคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ 22 มี.ค. 2557

การวิจัยเรื่อง การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการรับรู้ของผู้ป่วย  
ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกกรัตน์ แสงกระจ่าง นิสิตสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลา)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปี ขึ้นไป ประเภทผู้ป่วยนอก
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เกี่ยวข้องเป็นสมาชิกในครอบครัว
3. พยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มละ 62 คน จำนวน 3 กลุ่ม รวม 186 คน

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ปี 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (TMSE)
3. แบบประเมินความต้องการการดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตการวิจัย สมมติฐานของการวิจัย ตัวแปรที่ศึกษา ประโยชน์ที่  
คาดว่าจะได้รับ วิธีดำเนินการวิจัย ดังเอกสารที่แนบมาเพื่อประกอบการพิจารณา


คณะกรรมการได้พิจารณาการวิจัยเรื่อง การศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุตามการ  
รับรู้ของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและพยาบาลจิตเวช

แล้ว มีความเห็น  อนุญาต  ไม่อนุญาต ให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล  
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี




(นายวิทยา เพ็ชรดาชัย)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ




(นางปรีชาต์ สอนสาวภาคย์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ



(นางละอียด ทองใบ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



(นางสาวภาณี รัตนเกษม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



(นายชูเกียรติ เพ็ชรชนะ)

เภสัชกรชำนาญการ



(นายธนศร์ หนึ่งสี)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน



(น.ส.ศศิองค์ พิมพ์สวัสดิ์)

นิติกร



ภาคผนวก จ

ตารางแสดงความสอดคล้องแจกแจงเป็นรายชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล  
ตารางแสดงความสอดคล้องแจกแจงเป็นรายชื่อตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช  
ตารางแสดงจำนวนและร้อยละเป็นรายชื่อของผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือ  
ตารางแสดงจำนวนและร้อยละเป็นรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการ  
และค่าความเที่ยงของเครื่องมือความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ

ตารางแสดงความต้องการต่อการรับรู้ความต้องกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้ป่วยสูงอายุตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (n = 62)	ผู้ป่วย			ญาติผู้ดูแล			ผู้ป่วย			ญาติผู้ดูแล			ค่าความสอดคล้อง Kappa-coefficient					
	No needs			No needs			met needs			met needs			Unmet needs			Unmet needs		
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%	
<b>ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม</b>																		
1.ที่อยู่อาศัย	58	93.5	58	93.5	58	93.5	3	4.8	3	4.8	1	1.6	1	1.6	0.736**			
2.การดูแลบ้านพักอาศัย	35	56.5	23	37.1	35	56.5	25	40.3	38	61.3	2	3.2	1	1.6	0.406**			
3.อาหาร	35	56.5	21	33.9	35	56.5	27	43.5	41	66.1	0	0.0	0	0.0	0.257*			
23.ต้นกำเนิดเงิน	51	82.3	54	87.1	51	82.3	6	9.7	6	9.7	5	8.1	2	3.2	0.347**			
24.การได้รับสิทธิประโยชน์	28	45.2	20	32.3	28	45.2	34	54.8	42	67.7	0	0.0	0	0.0	0.532**			
5.การดูแลผู้อื่น	51	82.3	57	91.9	51	82.3	8	12.9	4	6.5	3	4.8	1	1.6	0.588**			
<b>ความต้องการด้านร่างกาย</b>																		
11.ภาวะสุขภาพ	22	35.5	19	30.6	22	35.5	40	64.5	43	69.4	0	0.0	0	0.0	0.600**			
12.ยารักษาโรค	23	37.1	18	29.0	23	37.1	25	40.3	42	67.7	14	22.6	2	3.2	0.315**			
8.การมองเห็น การได้ยิน การติดต่อกับผู้อื่น	30	48.4	18	29.0	30	48.4	27	43.5	42	67.7	5	8.1	2	3.2	0.426**			
9.การเคลื่อนไหว / การทรงตัว	27	43.5	20	32.3	27	43.5	31	50.0	40	64.5	4	6.5	2	3.2	0.518**			
4.การดูแลตัวเอง	35	56.5	20	32.3	35	56.5	26	41.9	41	66.1	1	1.6	1	1.6	0.343*			
10.การกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ	33	53.2	24	38.7	33	53.2	25	40.3	37	59.7	4	6.5	1	1.6	0.562**			
<b>ความต้องการด้านจิตใจ</b>																		
14.ภาวะทุกข์ทรมานทางใจ	20	32.3	16	25.8	20	32.3	30	48.4	44	71.0	12	19.4	2	3.2	0.232*			
7.ด้านความจำ	22	35.5	9	14.5	22	35.5	32	51.6	52	83.9	8	12.9	1	1.6	0.309**			
19.พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น	59	95.2	59	95.2	59	95.2	3	4.8	3	4.8	0	0.0	0	0.0	0.299*			
20.การดื่มแอลกอฮอล์	61	98.4	60	96.8	61	98.4	1	1.6	2	3.2	0	0.0	0	0.0	-0.022			
16.ทำร้ายตนเอง	54	87.1	59	95.2	54	87.1	7	11.3	3	4.8	1	1.6	0	0.0	#			
17.การเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ	39	62.9	24	38.7	39	62.9	23	37.1	38	61.3	0	0.0	0	0.0	0.299*			
13.อาการทางจิต	48	77.4	51	82.3	48	77.4	12	19.4	9	14.5	2	3.2	2	3.2	0.276*			
<b>ความต้องการด้านสังคม</b>																		
21.การจัดสังคม/ การคบเพื่อน	21	33.9	16	25.8	21	33.9	36	58.1	46	74.2	5	8.1	0	0.0	#			
22.ความสัมพันธ์ส่วนตัว	24	38.7	16	25.8	24	38.7	34	54.8	45	72.6	4	6.5	1	1.6	0.260*			
6.กิจกรรมประจำวัน	26	41.9	14	22.6	26	41.9	32	51.6	44	71.0	4	6.5	4	6.5	0.216*			
15.การรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา	22	35.5	15	24.2	22	35.5	29	46.8	46	74.2	11	17.7	1	1.6	0.200*			
18.การถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย	59	95.2	60	96.8	59	95.2	2	3.2	1	1.6	1	1.6	1	1.6	0.382**			
A:ความต้องการได้รับข้อมูลของญาติ	19	30.6	10	16.1	19	30.6	36	58.1	44	71.0	7	11.3	8	12.9	0.292*			
B:ภาวะทุกข์ทรมานใจของญาติ	17	27.4	12	19.4	17	27.4	42	67.7	45	72.6	3	4.8	5	8.1	0.321*			

\*\*p<0.001; \*p<0.005; # = Kappa coefficient could not be calculated due to insufficiently spread data

ตารางแสดงความต้องการการรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ร้ายแรงสูงอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช

ผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช (n = 62)	ผู้ป่วย No needs			พยาบาลจิตเวช No needs			ผู้ป่วย met needs			พยาบาลจิตเวช met needs			ผู้ป่วย Unmet needs			พยาบาลจิตเวช Unmet needs			ค่าความสอดคล้อง Kappa- coefficient  K = 0.31
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%	
<b>ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม</b>																			
1. ให้ออกค่าย	58	93.5	47	75.8	3	4.8	11	17.7	1	1.6	4	6.5	0.369**						
2. การดูแลบ้านพักอาศัย	35	56.5	28	45.2	25	40.3	27	43.5	2	3.2	7	11.3	0.316*						
3. อาหาร	35	56.5	31	50.0	27	43.5	25	40.3	0	0.0	6	9.7	#						
23. ต้นทุนการเงิน	51	82.3	36	58.1	6	9.7	19	30.6	5	8.1	7	11.3	0.200*						
24. การได้รับสิทธิประโยชน์	28	45.2	27	43.5	34	54.8	30	48.4	0	0.0	5	8.1	#						
5. การดูแลผู้อื่น	51	82.3	38	61.3	8	12.9	19	30.6	3	4.8	5	8.1	0.374**						
<b>ความต้องการด้านร่างกาย</b>																			
11. ภาวะสุขภาพ	22	35.5	21	33.9	40	64.5	41	66.1	0	0.0	0	0.0	0.466**						
12. ยาโรคเรื้อรัง	23	37.1	24	38.7	25	40.3	34	54.8	14	22.6	4	6.5	0.298*						
8. การมองเห็น การได้ยิน การติดต่อกับผู้อื่น	30	48.4	26	41.9	27	43.5	32	51.6	5	8.1	4	6.5	0.602**						
9. การเคลื่อนไหว/การทรงตัว	27	43.5	24	38.7	31	50.0	36	58.1	4	6.5	2	3.2	0.431**						
4. การดูแลตัวเอง	35	56.5	22	35.5	26	41.9	36	58.1	1	1.6	4	6.5	0.361*						
10. การกลับไปสู่สภาวะหรืออาการ	33	53.2	32	51.6	25	40.3	29	46.8	4	6.5	1	1.6	0.338*						
<b>ความต้องการด้านจิตใจ</b>																			
14. ภาวะทุกข์ทรมานทางใจ	20	32.3	17	27.4	30	48.4	37	59.7	12	19.4	8	12.9	0.326**						
7. ต้นทุนใจ	22	35.5	29	46.8	32	51.6	26	41.9	8	12.9	7	11.3	0.278*						
19. พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น	59	95.2	48	77.4	3	4.8	14	22.6	0	0.0	0	0.0	0.169						
20. การดื่มแอลกอฮอล์	61	98.4	49	79.0	1	1.6	11	17.7	0	0.0	2	3.2	#						
16. ทรัพยากรตนเอง	54	87.1	43	69.4	7	11.3	17	27.4	1	1.6	2	3.2	0.336*						
17. การเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ	39	62.9	36	58.1	23	37.1	26	41.9	0	0.0	0	0.0	0.159						
13. อนาคตทางจิต	48	77.4	38	61.3	12	19.4	17	27.4	2	3.2	7	11.3	0.415**						
<b>ความต้องการด้านสังคม</b>																			
21. การเข้าถึงคน/ การคบเพื่อน	21	33.9	23	37.1	36	58.1	32	51.6	5	8.1	7	11.3	0.201*						
22. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	24	38.7	28	45.2	34	54.8	26	41.9	4	6.5	8	12.9	0.310*						
6. กิจกรรมระหว่างวัน	26	41.9	24	38.7	32	51.6	32	51.6	4	6.5	6	9.7	0.258*						
15. การรับข้อมูลเกี่ยวกับบริการเจ็บป่วยและรักษา	22	35.5	29	46.8	29	46.8	29	46.8	11	17.7	4	6.5	0.279*						
18. การถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย	59	95.2	45	72.6	2	3.2	14	22.6	1	1.6	3	4.8	0.143*						
A. ความต้องการได้รับข้อมูลของญาติ	19	30.6	29	46.8	36	58.1	27	43.5	7	11.3	6	9.7	61.3						
B. ภาวะทุกข์ทรมานใจของญาติ	17	27.4	18	29.0	42	67.7	33	53.2	3	4.8	11	17.7	64.5						

\*\*p<0.001; \*p<0.005, # = Kappa coefficient could not be calculated due to insufficiently spread data



ตารางแสดงจำนวนและร้อยละเป็นรายข้อของผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือ

รายการที่ได้รับการช่วยเหลือ	จำนวน (คน)	ระดับความพึงพอใจ			
		ไม่พึงพอใจ		พึงพอใจ	
		n	%	n	%
1. ที่อยู่อาศัย	4	3	75.0	1	25.0
2. การดูแลบ้านพักอาศัย	27	0	0.0	27	100.0
3.อาหาร	27	0	0.0	27	100.0
4.การดูแลตัวเอง	27	2	7.4	25	92.6
5.การดูแลผู้อื่น	11	4	36.4	7	63.6
6.กิจกรรมระหว่างวัน	36	3	8.3	33	91.7
7.ความจำ	40	7	17.5	33	82.5
8.การมองเห็น การได้ยิน การติดต่อสื่อสาร	32	2	6.3	30	93.8
9.การเคลื่อนไหว /การทรงตัว	35	4	11.4	31	88.6
10.การกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ	29	3	10.3	26	89.7
11.ภาวะสุขภาพ	40	0	0.0	<u>40</u>	<u>100.0</u>
12.ยารักษาโรค	39	8	20.5	31	79.5
13.อาการทางจิต	14	6	42.9	8	57.1
14.ภาวะทุกข์ทรมานทางใจ	<u>42</u>	<u>10</u>	<u>23.8</u>	32	76.2
15.การรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา	40	7	17.5	33	82.5
16.ทำร้ายตนเอง	8	2	25.0	6	75.0
17.การเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ	23	0	0.0	23	100.0
18.การถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย	3	0	0.0	3	100.0
19.พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น	3	0	0.0	3	100.0
20.การดื่มแอลกอฮอล์	1	0	0.0	1	100.0
21.การเข้าสังคม/ การคบเพื่อน	41	5	12.2	36	87.8
22.ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	38	2	5.3	36	94.7
23.การเงิน	11	6	54.5	5	45.5
24.การได้รับสิทธิประโยชน์	34	1	2.9	33	97.1

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือ พบว่าผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือมากที่สุดในเรื่องภาวะทุกข์ทรมานทางใจจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 รองลงมาคือยารักษาโรคจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 และพบว่าพึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือมากที่สุดในเรื่องภาวะสุขภาพจำนวน 40 คนคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและการเข้าสังคม/การคบเพื่อนจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และร้อยละ 87.8

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละเป็นรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการ

ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการ	จำนวน (คน)	ได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการ			
		ไม่ใช่		ใช่	
		n	%	n	%
1. ที่อยู่อาศัย	4	3	75.0	1	25.0
2. การดูแลบ้านพักอาศัย	27	1	3.7	26	96.3
3. อาหาร	27	1	3.7	26	96.3
4. การดูแลตัวเอง	27	2	7.4	25	92.6
5. การดูแลผู้อื่น	11	4	36.4	7	63.6
6. กิจกรรมระหว่างวัน	36	5	13.9	31	86.1
7. ความจำ	40	9	22.5	31	77.5
8. การมองเห็น การได้ยิน การติดต่อสื่อสาร	32	1	3.1	31	96.9
9. การเคลื่อนไหว /การทรงตัว	35	5	14.3	30	85.7
10. การกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ	29	3	10.3	26	89.7
11. ภาวะสุขภาพ	40	0	0.0	40	100.0
12. ยารักษาโรค	39	7	17.9	32	82.1
13. อាកารทางจิต	14	6	42.9	8	57.1
14. ภาวะทุกข์ทรมานทางใจ	42	10	23.8	32	76.2
15. การรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรักษา	40	6	15.0	34	85.0
16. ทำร้ายตนเอง	8	2	25.0	6	75.0
17. การเป็นอันตรายจากอุบัติเหตุ	23	0	0.0	23	100.0
18. การถูกข่มเหงหรือการถูกละเลย	3	0	0.0	3	100.0
19. พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น	3	0	0.0	3	100.0
20. การดื่มแอลกอฮอล์	1	0	0.0	1	100.0
21. การเข้าสังคม/ การคบเพื่อน	41	5	12.2	36	87.8
22. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	38	2	5.3	36	94.7
23. การเงิน	11	6	54.5	5	45.5
24. การได้รับสิทธิประโยชน์	34	1	2.9	33	97.1

ตารางแสดงการได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการพบมากที่สุดเรื่องภาวะทุกข์ทรมานทางใจจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 รองลงมาคือเรื่องความจำจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 และพบผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตรงกับความต้องการพบมากที่สุดในเรื่องภาวะสุขภาพจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือเรื่องความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและการเข้าสังคม/การคบเพื่อนจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และร้อยละ 87.8

Scale: ALL VARIABLES

## Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	90	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	90	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	24

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CANE1	12.3444	34.790	.260	.801
CANE2	12.0111	32.371	.543	.786
CANE3	12.0778	32.792	.535	.787
CANE4	12.0444	33.391	.460	.791
CANE5	12.1667	35.242	.151	.806
CANE6	11.8778	32.648	.529	.787
CANE7	11.8111	33.863	.305	.799
CANE8	12.0444	34.065	.312	.798
CANE9	11.9444	32.862	.481	.790
CANE10	12.0889	33.970	.339	.797
CANE11	11.9556	35.436	.179	.804
CANE12	11.6778	32.491	.447	.791
CANE13	12.2111	34.685	.257	.801
CANE14	11.5889	32.852	.432	.792
CANE15	11.7333	34.063	.280	.801
CANE16	12.3111	35.475	.174	.804
CANE17	12.1778	33.608	.505	.791
CANE18	12.3778	35.766	.111	.807
CANE19	12.4222	35.213	.329	.799
CANE20	12.4444	34.789	.385	.797
CANE21	11.7556	32.996	.490	.790
CANE22	11.7889	32.595	.469	.790
CANE23	12.0444	34.492	.194	.806
CANE24	12.1333	35.825	.086	.809

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกนกรัตน์ แสงกระจ่าง เกิดวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2526 ที่อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2549 และเข้ารับการศึกษาคือต่อในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY