

ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน

นางสาววิไลลักษณ์ เกษมศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

THE EXPERIENCE OF FAMILY CAREGIVERS IN CARING FOR OLDER PERSONS WITH  
DEPRESSION IN COMMUNITY

Miss Wilailak Kasemsri

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

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแล

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน

โดย

นางสาววิไลลักษณ์ เกษมศรี

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แก่นักศึกษานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็งจาด)

วิไลลักษณ์ เกษมศรี : ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน. (EXPERIENCES OF CAREGIVERS IN CAREGIVING FOR OLDER PERSONS WITH DEPRESSION IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 116 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของการดูแลและประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 12 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมายของการดูแลคือ 1) เป็นการทำตามหน้าที่ด้วยความรักและเป็นห่วง 2) ช่วยเหลือจัดหาล้างจำเป็นในชีวิตประจำวัน 3) การช่วยให้รู้สึกสบายใจ และสุขสบาย และ 4) อยู่ด้วยกันจนถึงที่สุด ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักคือ 1) การเข้ามาเป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย ทำหน้าที่ช่วยเหลืออย่างเต็มใจ และความจำเป็นที่ต้องดูแล 2) การดูแลช่วยเหลืออย่างเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและงานอื่นๆ ชวนพูดคุยให้ผ่อนคลาย ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ และ รอให้อารมณ์ดี 3) สิ่งที่เกิดขึ้นในการดูแล ประกอบด้วย ดูแลไปแล้วเห็นเขาดีขึ้น สบายใจที่ได้ทำ ได้ทำอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกภูมิใจ เหนื่อยใจท้อแท้ที่ต้องดูแล รู้สึกเครียดกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน และอยากช่วยให้หาย แต่ไม่รู้วิธี

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิติศ.....  
ปีการศึกษา..... 2556..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5377821336 : MAJOR MENTAL AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : CAREGIVING / CAREGIVER / OLDER PERSONS WITH DEPRESSION IN COMMUNITY

WILAILAK KASEMSRI : EXPERIENCES OF CAREGIVERS IN CAREGIVING FOR OLDER PERSONS WITH DEPRESSION IN COMMUNITY. ADVISOR : ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTORNCHAIYA, Ph.D., 116 pp.

The purpose of this phenomenological research was to describe meanings and experiences of caregivers in caregiving for older persons with depression in community. Twelve Participants who were family members of older persons with depression were purposively selected at the community hospital. All participants were in – depth interviewed using semi-structured questions. Audio tape interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed using Colaizzi’s method.

Four themes of caregiving meanings were: 1) Responsibility to provide care with love and concern, 2) Helping to provide daily mandatory things, 3) Making feelings at ease and comfortable, and 4) Live together to the end of life. Three themes of caregiving experiences were: 1) Being caregivers was on duty and willingness, and necessary to do caring, 2) Caring and support with illness -specific included regular taking medication, assisting daily activities and errands, persuading talking in relaxing manners, doing favorite things, waiting for good mood, and 3) Things happened were patients is better after caring, happy in caring, feelings of self-esteem when put effort on caring, feelings of fatigues and frustrated, stress out with unstable patients’ mood, and being desired to help patients, but do not know how.

Of this study can be used as based data to be used as a guide in the management of patients with depression in elderly community extensively. And right next to the patient.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing Student’s Signature.....

Academic Year : 2013..... Advisor’s Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำ และชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา ศิษย์รู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และความเสียสละของอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสิณี วิเศษฤทธิ์ และคุณบุษบา คล้ายมุข ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ทำการตรวจสอบแก้ไขแนวคำถาม และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอัมพวา หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และเจ้าหน้าที่อสม. โรงพยาบาลอัมพวาทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณบิดามารดา คุณพ่อประสงค์ - คุณแม่วิไลศรี ผู้ให้กำเนิด ให้ความรัก อบรมเลี้ยงดู และเป็นครูคนแรก ที่ได้สร้างทุกสิ่งทุกอย่างให้ลูก ขอบพระคุณพี่ชายทั้งสองคนที่ได้ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ขอบพระคุณหัวหน้าฝ่าย ที่เข้าใจและให้โอกาสในการทำวิทยานิพนธ์ ขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นที่เป็นกำลังใจ และคอยกระตุ้นเตือน และท้ายที่สุดขอขอบคุณคุณนิพนธ์ และค.ช.ภูกวิน จันทรสว่าง สามีและบุตรชายผู้เป็นที่รักยิ่งทั้งสอง ที่คอยเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยได้ต่อสู้ และฝ่าฟันอุปสรรคมาจนประสบความสำเร็จได้ในวันนี้

ท้ายสุดนี้ขอมอบคุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทุกคน ให้มีกำลังใจ กำลังใจในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในความดูแล และให้การดูแลอย่างดีที่สุดเต็มความสามารถต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 คำถามการวิจัย.....	6
1.4 แนวคิดเบื้องต้น.....	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	7
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	10
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	21
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัว.....	24
2.4 แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์ทางวิทยา.....	29
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45
3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	45
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	50
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
3.7 การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	54
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย.....	55

5	อภิปราย และข้อเสนอแนะ .....	79
	รายการอ้างอิง .....	94
	ภาคผนวก .....	102
	ภาคผนวก ก	
	1. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	104
	2. จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	105
	ภาคผนวก ข	
	1. เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน .....	108
	2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	109
	3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย .....	111
	ภาคผนวก ค	
	1. แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย .....	113
	2. แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	114
	3. แบบบันทึกภาคสนาม .....	115
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	116



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตัวอย่างการให้ความหมายจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	53
ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	56
ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพการดูแล และสิ่งที่ได้รับการดูแล.....	62

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพจิต เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย และนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคล และเสริมฐานะทางสังคมเป็นผลรวมมาจากหลายสาเหตุทั้งจากการประสบปัญหาด้านจิตสังคม และการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกคาดว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้า จะเป็นภาระโรคอันดับ 2 และเป็นสาเหตุอันดับ 2 ที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตของประชากรโลก (WHO, 2008) การเปรียบเทียบภาระโรคและการบาดเจ็บใน 135 ประเทศพบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการ และความเจ็บป่วย ค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย มีจำนวน 1,311,797 คน หรือร้อยละ 2.4 ของประชากรทั้งประเทศ (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2551) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย พบผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาเพียง 222,168 คน คิดเป็นอัตราร้อยละ 345.7 (กรมสุขภาพจิต, 2556) และยังเป็นภาระโรคอันดับ 4 รองจากโรคเอดส์ เส้นเลือดในสมองตีบและเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 4 ของเพศหญิง และ 1 ใน 10 ของเพศชายเคยมีภาวะซึมเศร้า และยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 100 คน มีโอกาสเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาเพียง 11 คนเท่านั้น (อัมพร เบนจพลพิทักษ์ และลัดดา คำริการเลิศ, 2553) ค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอยู่ในช่วง ร้อยละ 17.5 - 82.3 (Lotrakul, 2005) ซึ่งในจำนวนนั้นเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านเพียง ร้อยละ 10 -26 เท่านั้น (Ell & Enguidanos, 2004)

สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า เกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ พันธุกรรม และการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง และปัจจัยด้านจิตสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) เห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้านั้นเป็นผลมาจากตัวผู้ป่วยเอง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่ส่งผลให้เกิดโรค และยังพบอีกว่า สถานภาพสมรสหย่า หรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ การนอนไม่หลับ และความไม่เพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล, 2554) ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ของผู้สูงอายุ การสูญเสียบุคคลที่รักที่จะต้องเผชิญ ยิ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ดังนั้นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

ส่วนสาเหตุของการที่ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า หลังจากที่ถูกกลับไปอยู่ในชุมชนนั้น ได้แก่ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา 2) ขาดทักษะการดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด การคิดเชิงบวก การยับยั้งความคิดเชิงลบ การเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง และทักษะในการเผชิญปัญหา 3) ขาดทักษะทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขที่ดีและขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Biegler, 2008) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Dowrick et al. (2000) ที่พบว่าสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดทักษะการเข้าสังคม ขาดแนวทางในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดความเครียด ความคับข้องใจ วิตกกังวล กลัวจะไม่เป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในทุกๆด้าน ซึ่งความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบไปด้วยด้านต่างๆ คือ การประกอบกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้อย่างเหมาะสม การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ชัดเจน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม วุฒิภาวะทางสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การทำงานให้ประสบความสำเร็จ และ ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด (Skarsater, Baigi & Haglund, 2006) จากความบกพร่องที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เกิดภาวะผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับเป็นซ้ำ และปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะตามมาคือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย (Aryl, 2008)

อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ นอนหลับยากและตื่นนอนเร็วกว่าปกติ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อชีวิต มองชีวิตไม่มีคุณค่า คิดอยากตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2549, อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา คาร์ริการเลิศ, 2553) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ได้รับความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผลกระทบที่ตามมาคือ การปฏิบัติกิจวัตรต่างๆบกพร่องจากเดิม หรือไม่สามารถปฏิบัติได้เลย ก่อให้เกิดภาวะ และปัญหาแก่ครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ และยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางกาย หรือโรคทางกายที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ หรืออาจเกิดโรคร่วมตามมา เป็นภาวะทุพพลภาพและความบกพร่องของคุณภาพชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล, 2549) จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่อง

ในการดูแลตนเองในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่การทำงาน และยังเป็นเหตุให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวและชุมชนแย่ลง

อาการของโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในวัยสูงอายุนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการป่วยที่รุนแรงกว่าผู้ป่วยในช่วงวัยอื่นๆ ก็จะมีอาการกำเริบได้เร็ว และเรื้อรัง และต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมักมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิมทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การกินอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกเบื่อหน่าย หดสนุก อารมณ์ที่ขื่นๆ ลงๆ ในแต่ละช่วงของวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอาจได้รับอันตรายจากผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักจะมีการสูญเสียพฤติกรรมด้านการรู้จัก มีประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง สูญเสียเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม รู้สึกไม่มีคุณค่าในชีวิต (Mojtabai & Olfson, 2004) เป็นผลให้เกิดความรู้สึกไม่อยากเป็นภาระ และเกิดการฆ่าตัวตายตามมา จากการศึกษาของ Suominen et al. (2004) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ เกิดจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง และไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทั้งการรักษาทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าได้เป็น 2 ประเภท คือการรักษาทางร่างกาย และการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542) และการรักษาที่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าทุเลาลง และลดความรุนแรงของโรคได้ ดีกว่าการรักษาที่ไม่ถูกต้อง และไม่นานพอ จึงส่งผลให้มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา คำการเลิศ, 2553) จากลักษณะการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ทั้งในการรักษาด้วยยาหลายชนิด และการได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่จำเป็น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมกันระหว่างการรับประทานยาหลายชนิด และผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ และจากอาการของโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง แยกตัว และปฏิเสธการรักษา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) การรักษาต่อเนื่องในชุมชนเมื่อกลับไปอยู่บ้านจึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะผู้ป่วยจะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวหลังจากได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว แต่ในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าจะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาต้านโรคซึมเศร้า เพื่อระงับอาการของโรคซึมเศร้า มากกว่าการช่วยเหลือทางจิตสังคม (Paykel & Priest, 1992; Goldberg & Huxlay, 1992) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีการจัดการกับอาการของตนเองด้วยวิธีการต่างๆ คือ ปฏิบัติกิจกรรม

ทางศาสนา ระบายอารมณ์ให้คนใกล้ชิด และควบคุมตนเองด้วยการตั้งสติ และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น หรือพฤติกรรม (นุสรา วรรภัทรพร, 2547) นอกจากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่กลับไปอยู่ในชุมชนจะต้องมีการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการของโรคแล้ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุยังต้องการได้รับการดูแลจากครอบครัว เพราะครอบครัวมีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ต่อไปสิ่งต่างๆ เหล่านี้ก็คือกำลังใจ ความรักใคร่เอื้ออาทร และความหวังที่จะอยู่ต่อไปเพื่อคนที่รัก (พุลติน เกลิมวัฒน์, 2552) เห็นได้ว่า นอกเหนือจากการได้รับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุยังต้องการการดูแลจากครอบครัวอีกด้วย

ดังนั้นครอบครัวจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยต่อจากบุคลากรที่มสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) ที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) ซึ่งผู้ดูแลดังกล่าวนี้ก็คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวเดียวกัน ในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือญาติ (ตันติมา คิ้วโยธา และคณะ, 2553) และมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542 อ้างถึงใน ปิยะฉัตร สะอาดเยี่ยม, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ (2552) พบว่า ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจะเป็นพ่อ แม่ หรือสามี ภรรยา

จากปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เกิดขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งการดูแลนั้นประกอบไปด้วยด้านต่างๆ คือ การดูแลด้านจิตสังคม ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ (เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ, 2550) นอกจากนั้นแล้วผู้สูงอายุยังต้องการการดูแลด้านความจำเป็นพื้นฐาน ด้านจิตใจ ความปลอดภัย การพาไปพบแพทย์ และช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุ (ชรัตน์ ตันติอำนาจ, 2550) หากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจทำให้มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ (ทูลภา นุพผาสังข์, 2545) ซึ่งถ้าผู้ดูแลที่มีกลวิธีการจัดการปัญหาด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยนั้นสูงขึ้นตามไปด้วย (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552)

ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลจึงประสบกับปัญหาต่างๆ กับตัวผู้ดูแล และครอบครัว ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัญหาด้านรายได้ 2) ปัญหาสุขภาพ 3) การดูแลตนเองของผู้ดูแล 4) ความขัดแย้งภายในครอบครัว 5) ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย 6) ปัญหาสิ่งแวดล้อม และการเดินทาง (ชรัตน์ ตันติอำนาจ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Exel et al. (2005 cited in Lai & Thomson, 2009) ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีการ

เจ็บป่วย จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ น้ำหนักลดลง การมีสภาพจิตใจที่ขึ้นลงสลับกันไป คือมีทั้งทุกข์และสุข (อภิญา เจริญจำ, 2551) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่ต้องรับผิดชอบด้วยความเอาใจใส่ และใกล้ชิด มีส่วนทำให้ผู้ดูแลและเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ไปรักษา ให้เหตุผลว่าทนได้ เพราะไม่ยอมทิ้งผู้ป่วยไป เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า เครียด รู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ทำให้ขาดความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย และความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2539 อ้างถึงใน รวี เดือนดาว, 2547) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะเฉียบพลัน สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว (Ahlstrom, Skarsater & Danielson, 2009) และการดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการป่วยมานาน หรือเป็นมากส่งผลให้ผู้ดูแลยิ่งมีความเครียดสูงตามไปด้วย (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) จากที่กล่าวมานี้ ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่อไปในอนาคต ซึ่งมีผลต่อคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยด้วย

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผลกระทบดังกล่าวนี้ได้แก่ ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ค่าใช้จ่ายในครอบครัว รวมทั้งความรู้สึกเป็นภาระของญาติ ขาดพลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้สึกถูกสังคมทอดทิ้ง มีชีวิตลำบาก (Ahlstrom, Skarsater & Danielson, 2009) หรือขาดความหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล หรือมีภาวะทุกข์ทรมานตามมา (Wijngaarden, Schene & Koeter, 2004) และมีจำนวนไม่น้อยที่ขาดการตระหนักรู้ถึงความสูญเสียที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยเชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องของการคิดมาก หากทำใจได้ก็หายเอง มีอคติต่อโรคซึมเศร้า โดยมีการตำหนิว่าเป็นคนอ่อนแอ เกียจคร้าน หรือรังเกียจผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไร้ค่า แยกตัว และปฏิเสธการรักษา (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา คำวิภากรเลิศ, 2553) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญในการติดตามการรักษา หรือมีความยุ่งยาก มีอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา เช่น อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เสียค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทาง จึงมีแนวโน้มไม่แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ (Lee, 2010) ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลให้สมาชิกที่ต้องรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า ผู้ดูแล ที่เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมากที่สุด (ต้นติมา ดวงโยธา และคณะ, 2553) เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เช่น เกิดการเบื่อนายผู้ป่วย ไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในครอบครัว จะรู้สึกยุ่งยาก หรือเครียดในการดูแล และหากผู้ดูแลไม่ได้

รับการช่วยเหลือ และประคับประคอง จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Eakes, 1995; Thompson, et al., 1993 อ้างถึงใน นงลักษณ์ ทรงกล้าเจียก, 2548; Baker, 1989 อ้างถึงใน มยุรี กัลป์วงษ์ และคณะ, 2552)

ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ครอบคลุม เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล ลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และยังลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ นอกจากนี้การดูแล สนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทราบถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การให้ความหมายของการดูแล ผ่านการบอกเล่าโดยผู้มีประสบการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่กลับไปอยู่กับครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายความหมายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน

### คำสำคัญ

การดูแล ผู้ดูแล ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน

### คำถามการวิจัย

ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเป็นอย่างไร

### แนวคิดเบื้องต้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีแนวคิดเบื้องต้น เป็นความรู้พื้นฐานเพื่อนำไปสู่การได้มาซึ่งความรู้ตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยไม่ได้นำความรู้พื้นฐานนี้มาเป็นกรอบในการตีความการศึกษา แนวคิดเบื้องต้นครั้งนี้ได้แก่ การให้การดูแลในครอบครัว (Family caregiving) ซึ่งการดูแลในครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ต้องให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกที่ต้องการการดูแลเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่

ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากความพิการ การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีอาการหลงลืม จึงต้องมีความเข้าใจ และเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (Kespichayawattana, 1999) เกิดจากความเชื่อที่ว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคล เป็นสถาบันหนึ่งในสังคมที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544 อ้างถึงใน พรธณี สมเทศน์, 2550) ทั้งยังเป็นสิ่งบุตรหลานที่พึ่งกระทำ เพราะเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูกตเวทิตา และในการดูแลผู้สูงอายุควรที่จะมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ เพราะการดูแลได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีกำลังในการดำเนินชีวิต (บังอร ธรรมศิริ, 2550) และเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย เป็นเรื่องที่คุณดูแล และบุคคลในครอบครัวต้องร่วมกันดูแลทั้งร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุหายป่วยโดยเร็วที่สุด หรือประคับประคองให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีตามสภาพของผู้สูงอายุ และในการให้การดูแลอาจส่งผลให้เกิดปัญหาจากการดูแลได้ ถ้าผู้ดูแลขาดความรู้เรื่อง โรคและการดูแล การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้นส่งผลกระทบต่อให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดสูงตามมา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความเชื่อและทัศนคติที่แตกต่างกัน การขาดแคลนผู้ดูแล และปัญหาทางการเงิน จากปัญหาที่กล่าวมาจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านจิตใจ เช่น เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ เกิดความรู้สึกผิด โกรธ อับอาย โดดเดี่ยว เครียด และด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดหลัง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ และเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว นอกจากภาวะเครียด (stress) ความรู้สึกเป็นภาระ (burden) หรือภาวะซึมเศร้า (depression) ที่เกิดจากการดูแลแล้ว พบว่า ความรู้สึกทางบวกที่เกิดจากการดูแลก็มีเกิดขึ้นเช่นกัน ซึ่งมีด้วยกันหลายประการ ดังนี้คือ ได้ทดแทนบุญคุณ ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำ ตอบแทนคุณความดี และยังช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ดีขึ้น

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน จากผู้ให้ข้อมูลหลัก คือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth Interview) โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง และบันทึกด้วยแถบบันทึกเสียง ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ



ตำบลที่มีผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 29 มีนาคม – 30 มิถุนายน 2556

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน อาศัยอยู่ในชุมชนทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป

**ผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่เคยผ่านประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นสมาชิกในครอบครัว และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติ ซึ่งให้การดูแลในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องมาเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแล ไม่จำกัดเพศ และอายุ

**ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ** หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลถ่ายทอดออกมาเป็นเรื่องราว ผ่านการบอกเล่า โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เกี่ยวกับการกระทำ หรือการปฏิบัติ และสิ่งที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ตามความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุน และส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน
2. ด้านการศึกษา นำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางในการเรียนการสอน และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนาสู่การศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคอื่น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในชุมชนผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ แต่มิได้นำแนวคิดต่างๆเหล่านี้มาจำกัดกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย แต่เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามนำเสนอเป็นลำดับ คือ

#### 1.แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

- 1.1. ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 1.2. เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 1.3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 1.4. อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
- 1.5. แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

#### 2.แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

- 2.1. ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วย
- 2.2. ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล
- 2.3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### 3.แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัว

- 3.1. ความหมายการดูแลในครอบครัว
- 3.2. ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย
- 3.3. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
- 3.4. การดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วย
- 3.5. ปัญหาที่เกิดจากการดูแล
- 3.6. ผลกระทบที่เกิดจากการดูแล

#### 4.แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ

- 4.1. ยุทธวิธีในการวิจัยเชิงคุณภาพ
- 4.2. ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ
- 4.3. การสร้างแนวคำถาม
- 4.4. การสัมภาษณ์เชิงลึก

4.5. การสังเกต

4.6. บันทึกภาคสนาม

4.7. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.8. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

## 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

#### 1.1. ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการทางพยาธิสภาพ ไม่ได้เป็นการตอบสนองที่เป็นไปตามภาวะปกติของกระบวนการสูงอายุ ถึงแม้การแสดงออกของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักแสดงออกโดยมีความเสื่อมทางกายเพิ่มขึ้น เช่น การทำหน้าที่ต่างๆและการดูแลตนเองลดลง ทำให้มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยโรคและการรักษา (Cooke & Tucker, 2001 อ้างถึงใน พูลสิน เถลิณวัฒน์, 2552) แต่ถ้าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม การพยากรณ์ของโรคก็สามารถเป็นไปได้ในทางบวกและสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder: MDD) มีอาการสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหุดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยรู้สึกทนเสียงดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเฉียบๆ

Roose & Sackeim (2004) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด พฤติกรรม การนอนหลับ และความอยากอาหาร โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องจากว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

ดวงใจ กสานติกุล (2542) อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ถูกปัญหาต่างๆรุมเร้าก่อให้เกิดความเครียด เพราะคับแค้นใจ น้อยใจ โดยอาการอาจแสดงออกทางประสาทอัตโนมัติตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ใจหวิว ใจสั่น วิงเวียน มึนศีรษะ จุกเสียดท้อง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร บางรายมีอาการมากจะรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก ไม่อยากพบหรือพูดกับใคร บ่อยครั้งที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่อยากอยู่เป็นภาระของลูกหลาน

สมภพ เรื่องตระกูล (2544) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมากแต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มาก และมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา คำภิรต(2553)กล่าวว่า โรคซึมเศร้าหมายถึง การมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และรู้สึกว่าชีวิตในแต่ละวันมีแต่ความน่าเบื่อ ไม่มีความสุข จนมีอาการผิดปกติตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิและหากมีอาการเกิดขึ้นร่วมกับมีความรู้สึกไร้ค่า มีความคิดเบื้อชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุข ไปจนถึงอยากตาย ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงจนก่อให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น "โรคซึมเศร้า" ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ

จากความหมายของโรคซึมเศร้าที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่า การมีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เบื่อหน่าย เศร้าสร้อย ท้อแท้ หมดหวัง และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความสุข อาจส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ อาการต่างๆ เหล่านี้จะต้องเกิดขึ้นนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ และหากมีอาการเกิดขึ้นร่วมกับมีความรู้สึกไร้ค่า มีความคิดเบื้อชีวิต ไปจนถึงอยากตาย ถือว่ามีความรุนแรงจนก่อให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวัน

**1.2. เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า** ใช้เกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ในการช่วยวินิจฉัย ซึ่งมีดังต่อไปนี้ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมด ลดลงอย่างมาก 3) น้ำหนักลดลง หรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไป 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง 6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า 8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมดและ 9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย

หลักสำคัญในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ ต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 เป็นหลัก อย่างน้อย 1 ข้อ ร่วมกับอาการอื่นๆ มากกว่า 5 ข้อ และ ต้องมีอาการเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป เป็นอยู่เกือบตลอดเวลา แทบทุกวัน ไม่ใช่เป็นๆ หายๆ หรือ เป็นเพียงแคว้นสองวันหายไปแล้วกลับมาเป็นใหม่

อาการหลักของโรคซึมเศร้า คือมีอาการเศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดเวลา นานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่

1.2.1. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุก สีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

1.2.2. รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง

1.2.3. อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ตอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.2.4. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดซ้ำๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่ค่อม คอตก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้านิ้วคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.2.5. ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

1.2.6. อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่เด่น จี้ลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

1.2.7. อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมิตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตาย พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

1.2.8. อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอาการเศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4-5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

1.2.9.อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60-70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆนานา กลัวไปหมด

1.2.10.อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมาขอรับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

1.2.11.อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบหรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

### 1.3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

#### 1.3.1. ปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

ก) การเจ็บป่วยทางกาย ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุโดยทั่วไป มักจะเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย และมักเป็นโรคเรื้อรัง

ข) ยาที่ผู้สูงอายุได้รับ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยยาที่ใช้ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ยารักษาโรคความดันโลหิต ยารักษาโรคหัวใจ เป็นต้น

ค) ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย จะมีความต้องการได้รับสารอาหารมากกว่าปกติ ถ้าได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า (Scrubton, 1989 อ้างถึงใน อัจฉารวรรณ แก่นอินทร์, 2547)

ง) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับมีโรคเรื้อรังต่างๆ จึงส่งผลให้เกิดการบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ผลที่ตามมาคือ การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

#### 1.3.2. ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

ก) ความสำเร็จตามเป้าหมาย ถ้าบุคคลใดไม่เคยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประสบแต่ความล้มเหลวจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัว และเกิดโรคทางจิตตามมา

ข) การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย อาจจะมีผลต่อการปรับตัวเผชิญปัญหาที่เป็นความเครียดต่างๆได้

ค) ความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากบุคคลที่มีความสำคัญ เมื่อประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลัน ทำงานล้มเหลว ถูกออกจากงาน เป็นต้น (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา คำภิรต, 2553)

ง) การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม ส่วนใหญ่แยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จอม สุวรรณโณ, 2541)

### 1.3.3. ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

ก) แรงสนับสนุนทางสังคม ถ้าได้รับไม่เพียงพอในวัยสูงอายุ มีแนวโน้มที่จะทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ พูลสิน เกลิมวัฒน์ (2552) พบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

ข) การทำงาน หรือปฏิบัติการกิจต่างๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว่ นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถ้าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการรักษา และดูแลอย่างถูกวิธี อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าได้ และสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าจากการศึกษาอื่นๆ สามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1.3.4. ปัจจัยด้านชีวภาพ

ก) พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูง ถ้ามารดาหรือบิดาคคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) และจากการศึกษาฝาแฝด พบว่า ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 65 (สมภพ เรืองตระกูล, 2544)

ข) สารเคมีในสมอง ระบบสารเคมีในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) ลดลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของปัจจัยทางชีวภาพ เช่นการเปลี่ยนแปลงของระดับ catecholamine หรือ pituitary hormone บางตัว เป็นต้น

### 1.3.5. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

ก) ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Karl Abraham กล่าวว่าความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจจากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (Unconscious) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าหาตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้าโดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง

ข) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural Factor) มีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรม วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่แตกต่างกันรวมถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกันด้วย

ค) ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive-Behavioral Theories) รูปแบบที่สำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (behavioral models) เช่น ทฤษฎีการเสริมแรง (reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด (Cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้การหมดหนทางแก้ไข (learn helplessness theory)

#### 1.4. อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุมีอาการและอาการแสดงแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย ลักษณะเด่นชัด(สมภพ เรื่องตระกูล,2547) ดังนี้

1.4.1. อาการไม่สบายทางกายมาก ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์ไม่มากหรือไม่ชัดเจน อาการสำคัญคือ มีอาการ Hypochondriasis ผู้ป่วยจะกังวลว่าตนเองสุขภาพไม่ดีมีอาการไม่สบายทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมอมนินชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเพื่อ แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียนบางรายกังวลในโรคทางกายที่ร้ายแรง อารมณ์เศร้าที่แสดงออก เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย เมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะขณะนั้นไม่มีอารมณ์เศร้าหรือมี แต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอกด้วยเหตุนี้จึงควรถือเป็นหลักว่า ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็น โรคนี้ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกเสมอ อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าอาจรู้สึกสนุกสนาน หรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา ไม่คงที่บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากจะมีเวลาเศร้านานที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้ เป็นลักษณะสำคัญของผู้มีภาวะซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อาการนี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกรายจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ควบคุมไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดก็ไม่สบายใจเช่นกัน เพราะผู้ป่วยหงุดหงิด



ง่ายบ่อย ต่างก็ไม่รู้สาเหตุมักจะเล่าว่าไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย

**1.4.2. อาการไม่รู้สึกลอยากอาหาร** บางรายรู้สึกลอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก การนอนไม่หลับมักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรค ผู้ป่วยอาจหลับยากหรือหลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย (terminal insomnia)” ซึ่งเป็นอาการสำคัญลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ตี 1 ตี 2 แล้วหลับอีกไม่ได้อีกหรือหลับได้ยากและมักจะนอนไม่หลับสนิทจะเป็นเช่นนี้บ่อย หรือทุกคืนจนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิด กระวนกระวายมากขึ้น บางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกัน ผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่น ปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายได้ เช่น แขนหรือขาผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจ เพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกจะยิ่งกังวลมาก

**1.4.3. ความคิดเชิงซ้ำ** ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย มีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ แรก ๆ จะสังเกตเจิบและซึ่มลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ จะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่าง ๆ จะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงาน หรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้ สมารถเสีย ความจำไม่ดี และลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏขึ้นตั้งแต่เริ่มไม่สบาย หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เพราะทำงานไม่ดี ผิดพลาด อาจคิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

**1.4.4. ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า** รู้สึกว่าตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถสติปัญญาหรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา เป็นภาระของครอบครัวและนำความยุ่งยากมาให้ ถ้าไม่มีคนทุกคนก็สบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย ผู้ป่วยเศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตนเอง โดยไม่มีความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีบาป สมควรถูก

ลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามี ความคิดเช่นนี้ ถ้าแพทย์ไม่ถามจึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วยเศร้าต้องถามอาการนี้ทุกราย

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มักจะมีอาการทางอารมณ์ และมีอาการที่แสดงออกทางกายสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยอาการของภาวะซึมเศร้า แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยทางกาย ด้วยอาการที่ไม่ทราบสาเหตุ และเข้ามารับการรักษาเพราะอาการทางกายมากกว่า

## 1.5. แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

### 1.5.1. การรักษาโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางร่างกายและการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุกานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542 อ้างถึงใน อัจฉาพรรณ แก่นอินทร์, 2548) มีรายละเอียดดังนี้

#### 1. การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

ก) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าวลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)

ข) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral disorder) ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (modified ECT)

2. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) ได้แก่ การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short - term psychotherapy) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) และพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)

เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวมาแล้ว จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง อาจจะไม่เห็นผลจากการรักษาในทันที และยังคงรับประทานยาต่อไปเพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ

โรค นอกจากนี้แล้วการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือ การดูแลสุขภาพจิต การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อให้รู้ได้เร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการ เพื่อเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องทันที

**1.5.2. แนวทางการดำเนินงานในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า** ควรประกอบด้วย กิจกรรมต่างๆ ดังนี้ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา คำริการเลิศ, 2553)

1. การรณรงค์ให้เกิดความตระหนักและสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ชุมชน
2. การให้ความรู้เพื่อบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดโรค
3. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเพื่อการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค
4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของอาการ และสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและรวดเร็ว
5. การช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค
6. การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่

ซึ่งการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วยการทำงานดังต่อไปนี้

1. การค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า สามารถเริ่มด้วยการคัดกรองในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถมีส่วนร่วมดำเนินการ ในประชาชนทั่วไปในหมู่บ้านด้วยเครื่องมือคัดกรองที่ง่าย เช่น แบบคัดกรองด้วย 2Q ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสามารถดำเนินการได้โดยพยาบาลใน รพ.สต. หลังจากได้ผลคัดกรองแล้วต้องแจ้งผลแก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งรายที่ได้ผลปกติและผลที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า โดยใช้การสื่อสารสองทาง และอาศัยทักษะการให้ข้อมูลของเทคนิคการให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการคัดกรองมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องโรคซึมเศร้า

2. การวินิจฉัยและการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ในกรณีที่พบผู้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย และการประเมินความรุนแรงของโรค เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป ในบางรายถึงแม้จะได้ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรอง แต่อาจจะไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าก็ได้ เป็น “ผลบวกลวง” ซึ่งพบได้เสมอจากการคัดกรอง การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าให้แม่นยำขึ้นนั้น สามารถใช้เครื่องมือมาตรฐานเพิ่มเติม เช่น แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ซึ่งสามารถจำแนกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 กลุ่มตามความรุนแรง แล้วให้การช่วยเหลือ หรือรักษา สอดคล้องกับความรุนแรงของโรค ตามแนวทาง

ที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายควรได้รับการประเมินการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q เพื่อให้สามารถหาทางป้องกันได้ โดยกรณีผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง ควรส่งต่อไปดูแลรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่นั้นๆ ในการประเมินทุกครั้ง ต้องแจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดๆ และปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ด้วย

3. การดูแลช่วยเหลือและรักษาโรคซึมเศร้า การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับ รพ.สต. ควรเน้นการร่วมติดตามการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ร่วมกับการให้การปรึกษาช่วยแก้ไข ปัญหาสังคมจิตใจเป็นหลัก โดยการติดตามผลการรักษานั้น จะใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ควรนัดพบผู้ป่วยทุกเดือน เพื่อประเมินอาการ เมื่อรักษาจนอาการทุเลาแล้ว ก็จะต้องให้การรักษาต่อเนื่องหลังจากทุเลาไปอีก 6 เดือน จึงค่อยๆ ลดยาลง จนหยุดยาได้ ช่วงระยะที่ได้รับ การรักษาด้วยยาต้านเศร้านี้ ต้องเป็นการดูแลร่วมกันกับทีมงานของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป สำหรับในรายที่รุนแรงซึ่งส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนั้น จิตแพทย์จะประเมิน และให้การรักษาจนพ้นภาวะเสี่ยงทั้งหลาย และลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าลง หลังจากนั้นจิตแพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน จะให้ยาต่อและประเมินอาการด้วยแบบประเมิน 9Q จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาครบ 6 เดือน แล้วพิจารณาลดยาลงจนหยุดได้

4. การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ เมื่อผู้ป่วยหยุดยาได้แล้ว บุคลากร รพ.สต. ต้องร่วมกับเครือข่ายทำการติดตามผู้ป่วยต่อ เพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่ โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ทุกเดือน เป็นเวลา 1 ปี หากผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ ก็สามารถยุติหรือจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการประเมินและรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาใหม่อีกครั้ง

5. เครื่องมือที่ใช้ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ามีหลักการเช่นเดียวกับการดูแลเฝ้าระวังโรคทางกายอื่นๆ ที่ต้องมีเครื่องมือสำหรับให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น เครื่องมือที่จำเป็นได้แก่ เครื่องมือคัดกรอง เครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยแยกผู้ป่วย เครื่องมือที่ช่วยวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสำหรับติดตามผลการรักษา และเครื่องมือเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค

1.5.3. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะช่วยให้เกิดการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง อีกทั้งยังนำไปสู่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและการให้สุขภาพจิตศึกษา ทั้งนี้ การคัดกรองในระบบดูแลเฝ้าระวัง

โรคซึมเศร้าในระดับ รพ.สต. สามารถทำให้เกิดการจำแนกที่ต้องการความแตกต่างในการดูแลช่วยเหลือได้ดังนี้ (อัมพร เบนญพลพิทักษ์ และลัดดา คำริการเลิศ, 2553)

1. การดูแลช่วยเหลือในผู้ที่มีผลปกติจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า

ขั้นตอน

- 1.1. เมื่อแจ้งผลการคัดกรองแล้ว ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า
- 1.2. สามารถแจกแผ่นพับหรือเอกสารความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
- 1.3. แนะนำให้ออกกำลังกาย 30 - 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- 1.4. แนะนำให้สำรวจ/ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ด้วยตนเอง เมื่อพบว่า ผลมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าอีกครั้ง

2. การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสหรือแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จากการคัดกรองด้วย 2Q เพื่อป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

ขั้นตอน

2.1. เมื่อแจ้งผลการประเมินแล้ว ให้สุขภาพจิตศึกษาโดยทบทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า แล้วเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหรือไม่ถูกต้อง อาจมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิต

- 2.2. ประเมินว่ามีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ เพื่อการแก้ไขช่วยเหลือ
- 2.3. แนะนำเทคโนโลยีหรือสื่อสุขภาพจิตเรื่องโรคซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ
- 2.4. แนะนำให้ออกกำลังกาย 30 - 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- 2.5. แนะนำทักษะการแก้ไขปัญหาและการพัฒนา EQ
- 2.6. แนะนำให้สำรวจ/ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ด้วยตนเอง

3. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย (กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน = 7 - 12 คะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อยหายหรือทุเลา

การดำเนินการที่ รพ.สต.

- 3.1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q
- 3.2. แจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และให้สุขภาพจิตศึกษา
- 3.3. ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรรีบบอกปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหา
- 3.4. แนะนำให้ออกกำลังกาย ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัด

3.5. แนะนำให้ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย และรักษาเพิ่มเติมที่รพช. หรือ รพท. ใกล้บ้าน

4. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง (กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน = 13 - 18 คะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลางหายหรือทุเลา

การดำเนินการที่ รพ.สต.

4.1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

4.2. แจ้งผลการประเมิน โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แล้วให้สุขภาพจิตศึกษา

4.3. ประเมินปัญหาด้านสังคมจิตใจเพื่อแก้ไข

4.4. แนะนำการออกกำลังกาย นาน 30 - 45 นาที ยกเว้นในผู้มีข้อจำกัด

4.5. ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและตรวจรักษาเพิ่มเติมที่ รพช.หรือ รพท. ใกล้บ้าน

4.6. กรณีที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูงให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชโดยด่วน

5. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรง (กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน  $\geq 19$  คะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรงหายหรือทุเลา

การดำเนินการที่ รพ.สต.

5.1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

5.2. แจ้งผลการประเมิน โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แล้วให้สุขภาพจิตศึกษา

5.3. ประเมินปัญหาด้านสังคมจิตใจเพื่อการแก้ไขช่วยเหลือ

5.4. แนะนำการออกกำลังกาย ยกเว้นในผู้มีข้อจำกัด

5.5. ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและตรวจรักษาเพิ่มเติมที่ รพช.หรือ รพท. เพื่อพิจารณาส่งต่อ โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป

6. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยง/มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย เพื่อลด และป้องกันโอกาสการพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยง/มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย

สามารถจำแนกเป็นสองประเภทหลัก คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงจากประวัติ หรือลักษณะทั่วไป และผู้มีความเสี่ยงจากผลการประเมินด้วย 9Q

6.1. กลุ่มผู้มีประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้มีลักษณะความเสี่ยง ดังนี้

6.1.1. ผู้ที่เจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ (Attempted suicide) พบได้หลายลักษณะ และอาจเกิดปัญหาต่อร่างกายหลายระบบ เช่น การดื่มยาฆ่าแมลง ผูกคอ เชือดข้อมือ กระโดดตึก เป็นต้น

6.1.2. มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้

- ทำในสถานที่ หรือเวลาที่ยากแก่การพบเห็น หรือช่วยเหลือ
- เตรียมการเรื่องทรัพย์สิน หรือจดหมายลาตาย
- เตรียมการเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยามาสะสมไว้ใช้
- วิธีการที่รุนแรง

6.1.3. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วัน หลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำมาเลย

6.1.4. มีโรคทางกายรุนแรง โดย 3 โรคต่อไปนี้จะมีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดฆ่าตัวตายสูง

- โรคที่รักษาไม่หาย โดยเฉพาะโรคเอดส์
- โรคทางกายระยะสุดท้าย
- โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน

6.1.5. มีโรคทางจิตเวชหนึ่งใน 4 โรคต่อไปนี้ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย

- โรคซึมเศร้า พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

- โรคจิต (psychosis) อาการหลัก คือ มีความหวาดระแวง หลงผิด คิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอน ที่สำคัญคือ หูแว่วมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง

- ผู้ติดสุรา (alcoholism) มักจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่าเป็นพื้นฐาน เมื่อประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมอง อาจควบคุมอารมณ์ไม่ได้จนเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

- บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorder) มักเป็นกลุ่มผู้ที่มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องต้องการความสนใจจากผู้อื่นทำให้มีการกระทำโดยขาดความยั้งคิดได้

6.2. กลุ่มที่มีผลรวมคะแนน  $\geq 7$  คะแนน จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป จากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

การช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเบื้องต้นใน รพ.สต. ต้องอาศัยบุคลากรที่ให้การดูแลด้วยความเข้าใจ รู้ถึงสาเหตุของการทำร้ายตนเอง ให้ความเห็นอกเห็นใจ มีทักษะการรับฟัง

และการให้การปรึกษาที่ดี ไม่ตำหนิความคิดการกระทำ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย จะสามารถให้การช่วยเหลือ และเป็นທີ່ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างดี ตลอดจนสามารถสร้างความเข้าใจให้แก่ญาติเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ ความต้องการด้านจิตใจของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่

1. ความเห็นอกเห็นใจจากผู้ที่เข้าใจปัญหาและความรู้สึก โดยไม่ต้องการถูกซ้ำเติมจากคนรอบข้าง

2. ผู้ที่ยินดีรับฟังและช่วยเหลืออย่างจริงใจ

3. การสื่อสารหรือระบายความทุกข์ด้วยทางใดทางหนึ่ง เช่นการพูด เขียน ร้องให้ รวมถึงการพยายามทำร้ายตนเอง

4. ผู้ที่ให้เวลา ให้ความสนใจ และเอาใจใส่ดูแล เพื่อลดความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว หรือเดียวดายที่มากกว่าปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้คิดฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งไม่ได้มารับการรักษาด้วยสาเหตุของการฆ่าตัวตายโดยตรงหรือปัญหาซึมเศร้า แต่อาจแฝงเร้นมาด้วยสาเหตุอื่นๆ ซึ่งผู้รักษาควรตระหนัก และให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไปตามความรุนแรงที่พบ จากการประเมินดังกล่าวข้างต้น โดยความช่วยเหลือนี้สามารถจำแนกเป็นกลุ่มเพื่อง่ายต่อการวางแผนทางดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย (8Q = 1 - 8 คะแนน)

1.1 ส่งต่อเพื่อประเมินความเจ็บป่วยทางจิตเวช และให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ โดยผู้ชำนาญด้านให้การปรึกษา หรือผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกอบรม

1.2 ควรนัดติดตามเพื่อเฝ้าระวังร่วมกับเครือข่าย

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง (8Q = 9 - 16 คะแนน)

2.1 ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ แก้ไขปัญหาที่เร่งด่วน

2.2 ควรมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด และแนะนำญาติให้เข้าใจวิธีการช่วยเหลือเฝ้าระวังที่ถูกต้อง (ถ้าไม่มีญาติต้องส่งตัวไปรักษาในโรงพยาบาล)

2.3 นัดติดตามทุกสัปดาห์ เพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับสูง (8Q  $\geq$  17 คะแนน)



3.1 ควรส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ตลอด 24 ชั่วโมง หรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

3.2 ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ และช่วยแก้ไขปัญหาระงับความ

3.3 กรณีที่มีโรคซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ได้คะแนน  $\geq 13$  จัดเป็นกรณีฉุกเฉินให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ทันที

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด เพื่อเลือกชนิดของการรักษา การวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและครอบครัว เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ ส่งผลให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็คือ การดูแลเรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้อื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### 2.1. ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วย

จากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างถึงใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

- 1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- 2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริ โพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี่อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและในสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ใน โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

จากความหมายที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น

## 2.2. ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล

การที่สมาชิกคนใดในครอบครัวจะเป็นผู้ดูแล หรือเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้น อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ (ยุพาพิน ศิริ โพธิ์งาม, 2539 อ้างถึงใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

1. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดต่อกันมา โดยครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข
2. สัมพันธภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก มักเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอง
3. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่
4. ศักยภาพของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วยและการดูแล รวมทั้งประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะมีแนวโน้มเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกอื่นๆ
5. การยอมรับของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยหรือมีแรงจูงใจในการดูแล เช่น พิจารณาว่าเป็น โอกาสในการตอบแทนพระคุณ ได้ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น

6. การยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกบางคนในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักยินยอม โดยเฉพาะในกรณีที่มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกไม่นาน

7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักรับบทบาทการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวน้อยที่สุด

### 2.3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกาย ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง บกพร่องในการสื่อสาร เช่น สูญเสียการได้ยิน ทำให้ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นรู้เรื่อง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย มีความยุ่งยากในการรักษา จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และไม่อยากเข้ารับการรักษา เพราะรู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น เมื่อเกิดความรู้สึกเช่นนี้อยู่ยาวนาน โดยไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา ซึ่งอาการสำคัญของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะมีอาการป่วยที่รุนแรงกว่าผู้ป่วยในช่วงวัยอื่นๆ คือจะมีอาการกำเริบได้เร็ว และเรื้อรัง และต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมักมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิมทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การกินอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดสนุก อารมณ์ที่ขื่นๆ ลงๆ ในแต่ละช่วงของวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) หากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อาจเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุดของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เพราะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การดูแลได้ครอบคลุมจึงลดโอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

## 3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัว

### 3.1. ความหมายการดูแลในครอบครัว (Family caregiving)

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแลในครอบครัว (Family caregiving) ซึ่งการดูแลในครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ต้องให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกที่ต้องการการดูแลเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือ เนื่องจากความพิการ การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีอาการหลงลืม จึงต้องมีความเข้าใจ และเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (Kespichayawattana, 1999) เกิดจากความเชื่อว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคล

เป็นสถาบันหนึ่งในสังคมที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544 อ้างถึงใน พรณี สมเทศน์, 2550)

แนวความคิดดูแลในครอบครัวมีผู้ให้ความหมายต่างๆ ดังนี้

Archbold et al. (1986 cited in Kespichayawattan, 1999) ให้ความหมายว่าเป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ให้การดูแล โดยดูแลในเรื่องต่างๆ คือ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การดูแลความสะอาด บ้านเรือน การป้องกันอันตราย การคมนาคม การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านพฤติกรรม การช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านกฎหมาย และการดูแลสุขภาพ การพาไปพบแพทย์ และเรื่องต่างๆ ไป

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2551) ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานได้ และเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ทั้งความรู้ ความสามารถ ทรัพยากร และสัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ศิริพันธ์ สาสัจย์ (2551) ให้ความหมายว่าเป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรืออยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ยังคงช่วยเหลือตนเองได้น้อย และต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

จากความหมายที่กล่าวมา การดูแลในครอบครัวหมายถึง การให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแล เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีระหว่างบุคคล ด้วยความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ ไม่ว่าจะบุคคลผู้นั้นจะมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือแม้จะไม่ได้มีการเจ็บป่วยใดๆ เลยก็ตาม ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว ตามศักยภาพของผู้ให้การดูแล

### 3.2. ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย

ในบริบทของสังคมไทย ที่เชื่อเรื่องการทดแทนบุญคุณ ความกตัญญูทดแทนที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุในครอบครัว เป็นสิ่งที่พึงกระทำ ซึ่งความกตัญญูทดแทนที่ประกอบด้วยลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ (Kespichayawattana, 1999)

3.2.1. บุญคุณของบิดามารดา หมายถึง สิ่งที่เกิดประโยชน์ ก่อให้เกิดผลในทางที่ดีที่บิดามารดาได้ทำให้แก่บุตร

3.2.2. กตัญญู เป็นความรู้สึกถึงบุญคุณ การรับรู้ ถึงพระคุณที่บิดามารดามีให้แก่บุตร

3.2.3. กตเวที เป็นการตอบแทนบุญคุณที่บุตรพึงกระทำ หรือทำเพื่อตอบสนองแก่บิดามารดา

ลักษณะของการดูแลแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

1) การดูแลทางกาย ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันทั่ว ๆ เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ ขับถ่าย เคลื่อนไหว สวมเสื้อผ้า นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการดูแลในลักษณะที่ซับซ้อน

2) การดูแลทางจิตใจ เป็นลักษณะการพูดคุย การอยู่ด้วยตลอดเวลา ทำให้รู้สึกอบอุ่นใกล้ชิด การใช้อารมณ์ขันพูดคุยกับบิดามารดา เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งจากผู้ดูแล และผู้ได้รับการดูแล

3) การดูแลด้านสิ่งยึดเหนี่ยว ความเชื่อทางจิตใจ ได้แก่ การทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ หรือ การประกอบกิจกรรมทางศาสนา หรือความเชื่อโดยหวังว่าสิ่งที่บุตรทำให้จะส่งผลให้อาการมารดาดีขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลจำแนกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ได้แก่ ฐานะทางการเงินของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล กับบิดามารดา การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นในครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัวระหว่างพี่น้อง

2) ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ค่านิยมความเชื่อเรื่องการทดแทนบุญคุณบิดามารดา พบว่าหากผู้ดูแลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกในการดูแล

ผลจากการเป็นผู้ดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยจะแสดงออกมาได้ในลักษณะต่าง ๆ 3 ลักษณะ คือ

1) ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบ เนื่องจากความรับผิดชอบ และบทบาทของการเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นภาระงานที่หนัก จึงอาจมีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด รู้สึกว่าตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบ มีความรู้สึกขัดแย้งในใจกับพี่น้อง ในกรณีที่พี่น้องไม่ให้ความช่วยเหลือ สุขภาพทรุดโทรม

2) การเป็นผู้ดูแลทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวก เช่น มีความรู้สึกเป็นสุข รู้สึกได้บุญ ได้รับการยกย่องคำชมจากผู้อื่น ประสบกับสิ่งที่ดีในชีวิต เป็นต้น

3) ผู้ดูแลบางคนได้แสดงความรู้สึกถึงความไม่แน่ใจว่า สิ่งที่ตนทำเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด เป็นบุญหรือบาป เพราะบางครั้งรู้สึกว่าดูแลที่ตนทำให้บิดามารดานั้นอาจจะพูดหรือทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม แต่ก็พยายามทำในสิ่งที่ดี คือ ได้ดูแลบิดามารดาตามที่ตนจะทำได้

### 3.3. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว

เป็นสิ่งบุตรหลานที่พึงกระทำ เพราะเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูกตเวทิตา และในการดูแลผู้สูงอายุควรที่จะมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ เพราะการดูแล

ได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีกำลังในการดำเนินชีวิต (บังอร ชรรณศิริ, 2550) ดังนี้

1. การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นการเฝ้าระวังถึงผิดปกติ หรือภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ ซึ่งบางโรคยากต่อการสังเกตเห็นความผิดปกติ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องพาไปพบแพทย์ เพื่อเป็นการป้องกัน แก้ไข และดูแลรักษาได้ทันที่วงที่ ครอบครัวจึงควรพาไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีเริ่มเห็นอาการผิดปกติ หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ยังต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการสร้างโอกาสที่ดีให้กับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลที่จะได้ทราบ และป้องกันโรค เป็นการไม่ประมาทในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

2. การดูแลด้านอาหารและโภชนาการ ปฏิบัติดังนี้

2.1. ให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกวัน

2.2. ดัดแปลงลักษณะอาหารให้สามารถเคี้ยวได้ง่าย เช่น สับละเอียด ต้มให้เปื่อย

2.3. ปรงรสชาติอาหารตามความชอบของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น หวานเล็กน้อย เพื่อให้รสชาติกลมกล่อม แต่ไม่ควรเค็มมาก

2.4. ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ แต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร

2.5. จัดแต่งอาหารให้มีสีสันสวยงาม น่ารับประทาน เพราะจะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร

2.6. ควรให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารมื้อหลักตอนกลางวัน หรือบ่าย แทนการรับประทานหนักในมื้อเย็น เพราะจะช่วยให้อ่อนหลับสบายขึ้น

2.7. พยายามงดชา กาแฟ เพราะอาจทำให้อ่อนไม่หลับได้

3. ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น เพราะการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุอาจร้ายแรงถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิตได้ ทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และดูแลเอาใจใส่ในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ

3.4. การดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วย

การดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นเรื่องของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวต้องร่วมกันดูแลทั้งร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุหายป่วยโดยเร็วที่สุด หรือประคับประคองให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีตามสภาพของผู้สูงอายุ

นิตยา ศรีสังวาล (2541 อ้างถึงใน บังอร ชรรณศิริ, 2550) ได้ให้ข้อแนะนำเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยดังนี้

1. ต้องคงความสามารถหรือคงสภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไว้ให้ได้
2. ต้องสนใจอาการเจ็บป่วย เพื่อที่จะเข้าใจถึงความเป็นจริงที่แท้จริงของอาการป่วย
3. ต้องตรวจวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง
4. ต้องส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ
5. ต้องฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต
6. ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด

ผู้ดูแลจะต้องให้ความสนใจด้านอารมณ์ และความรู้สึก เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย เช่น มีความสามารถในการมองเห็น การฟังลดลง ส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง อาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่

### 3.5. ปัญหาที่เกิดจากการดูแล

ผู้ดูแลอาจประสบปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้หลายลักษณะดังต่อไปนี้ (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551)

- 3.5.1. ขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล
- 3.5.2. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม อาการต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมีผลต่อความยุ่งยากในการดูแล
- 3.5.3. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living หรือ ADL) การที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการช่วยเหลือตนเองมากเท่าไร ยิ่งเพิ่มภาระในการดูแลผู้ป่วยตามไปด้วย
- 3.5.4. ระดับความเจ็บป่วย (level of illness) ระดับความเจ็บป่วยมาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ฉะนั้นผู้ป่วยที่มีระดับของความเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมีภาวะเครียดสูงตามมา
- 3.5.5. ระยะห่างระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแล ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่รวมกันกับผู้ป่วย จะมีระดับความเครียดที่มากกว่าผู้ดูแลที่อยู่คนละบ้านกับผู้ป่วย
- 3.5.6. ความเชื่อและทัศนคติ (belief and attitude) ผู้ป่วยคิดว่าโรคที่เกิดกับตนเองเกิดจากเวรกรรม และผู้ดูแลคิดว่าสิ่งที่ต้องมาดูแลเป็นหน้าที่
- 3.5.7. ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาระหน้าที่ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ประกอบกับขนาดของครอบครัวมีจำนวนลดลง อีกทั้งคนดูแลจากศูนย์ต่างๆ เสียค่าใช้จ่ายสูงและหายาก ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล

3.5.8. ปัญหาทางการเงิน การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่รับภาระนี้คือผู้ดูแลที่ต้องออกจากงานมาให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

### 3.6. ผลกระทบที่เกิดจากการดูแล

Department of Social Change and Mental Health, WHO (2000 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัคย์, 2551) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลดังนี้

3.6.1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

1. อารมณ์เศร้า (sad) เกิดเมื่อสูญเสียบุคคลที่ตนเองรักทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ คือ ผู้ป่วยสูญเสียความจำ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ

2. ความรู้สึกผิด (guilt) ผู้ดูแลอาจโกรธ หรือทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล แล้วมักรู้สึกผิดกับการกระทำของตนเองในภายหลัง

3. ความโกรธ (anger) อาจโกรธตนเอง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ สถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้

4. ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ก่อให้เกิดความอับอายแก่ผู้ดูแลได้

5. ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) การที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ขาดการติดต่อกับเพื่อนฝูง ทำให้รู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม

6. ความรู้สึกเครียด (stress and strain) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

3.6.2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (physiological problem) ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่

1. ปวดหลัง (backache) เกิดจากการช่วยเหลือผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และปัญหาการปวดหลังอาจเป็นอาการที่เกิดมาจากภาวะจิตใจ (psychosomatic) สาเหตุจากความเครียดที่เกิดจากการดูแล

2. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (weakness) ผู้ดูแลได้รับการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และยังส่งผลให้ผู้ดูแลหงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแล



3. มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem) ผู้ดูแลที่มีอายุมากมักจะมีโรคประจำตัว จากการทำที่ต้องดูแลผู้ป่วย จึงทำให้การดูแลตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์รับประทานยาและยาไม่ตรงตามเวลา ส่งผลให้อาการของโรคที่เป็นอยู่ยิ่งแย่ลง

### 3.6.3. ผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ (socio – economic problem)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (change in working pattern) ผู้ดูแลอาจต้องเปลี่ยนงานจากการทำงานเต็มเวลา มาเป็นการทำงานบางเวลา หรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย

2. รายได้ลดลง (lower income) จากการปรับเปลี่ยนงานทำให้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ดูแล หรืออาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้น

3. ความขัดแย้งภายในครอบครัว (family conflict) ถ้าไม่มีการบริหารจัดการภายในครอบครัวให้ดี อาจทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวขึ้น ยิ่งผู้ดูแลที่มีครอบครัวแล้ว อาจส่งผลให้มีเวลาให้ครอบครัวลดลง ทำให้เกิดปัญหาตามมา

## 4. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

เป็นคำที่เรียกตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจและแปลข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ การให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นๆ โดยถือว่าผู้รู้ข้อเท็จจริงได้ดีที่สุดในปรากฏการณ์ คือผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้น

การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการตีความ โดยใช้ความรู้ในบริบทที่เป็นธรรมชาติและปรากฏอยู่จริง มุ่งเน้นการแสวงหาข้อเท็จจริงที่มีการยึดหยุ่นตามลักษณะธรรมชาติ และความหลากหลายของสังคมและวัฒนธรรม (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

### 4.1 ยุทธวิธีในการวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยอาศัยแนวคิดของ Patton (1990) และ Le Compte and Schensul (1999) (อ้างถึงใน ชายโพธิสิตา, 2550; นิสา ชูโต, 2551)

4.1.1 เป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ (Natural Setting) โดยมีความหมาย 3 ประการ คือ

ประการแรก หมายถึง การศึกษาพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ในขณะที่สิ่งเหล่านั้นกำลังดำเนินไปอยู่ตามสภาพธรรมชาติของมัน

ประการที่สอง หมายถึง การที่สถานการณ์ที่ศึกษานั้น ไม่ถูกดัดแปลง แต่งเติมให้ผิดไปจากธรรมชาติของมัน

ประการที่สาม หมายถึง วิธีการได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นธรรมชาติ นั่นคือ การไม่กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนจะลงมือเก็บข้อมูลแต่เปิดกว้างไว้ให้สิ่งเหล่านั้นปรากฏขึ้นเองตามธรรมชาติและลักษณะเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน

#### 4.1.2 ใช้ตรรกะแบบอุปนัยเป็นหลัก (Inductive approach)

การวิจัยแบบอุปนัย คือ การทำวิจัยที่เริ่มต้นจากสิ่งที่จำเพาะเจาะจง ไปสู่สิ่งที่ทั่วไป โดยสิ่งที่จำเพาะเจาะจงคือข้อมูลซึ่งได้มาจากประชากรตัวอย่างที่เลือกมาโดยเฉพาะจำนวนหนึ่ง สิ่งทั่วไปคือข้อสรุปในรูปของคำอธิบายหรือกรอบแนวคิด ทฤษฎีซึ่งสามารถนำไปใช้ทั่วไปกับประชากรและสถานการณ์ในวงกว้าง โดยการไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นมาก่อนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เข้าไปศึกษา แต่จะเข้าไปสังเกต ฝึคเหตุการ์ณต่าง ๆ ด้วยตนเองแล้วจึงสร้างรูปแบบการสรุปความเข้าใจจากข้อมูล ซึ่งหมายถึงนักวิจัยจะต้องเข้าไปใกล้ชิดกับสภาพปัญหาด้วยตนเอง ทำความรู้จักเป็นส่วนบุคคลโดยตรง ใช้ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลสร้างความสัมพันธ์จนกระทั่งเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ ขอมเปิดเผยข้อมูล ความรู้สึก ความลับต่าง ๆ เป็นต้น การเข้าไปใกล้ชิดกับสถานที่ บุคคล และข้อมูลต่าง ๆ อย่างแท้จริงและใช้เวลานานพอควรจึงจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ได้

4.1.3 การเน้นทำความเข้าใจแบบองค์รวม (Holistic Perspective) การวิจัยจะต้องมุ่งสร้างความรู้และการทำความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวม โดยมีสาระสำคัญ คือ การค้นหาว่ามีส่วนประกอบอะไรบ้างและส่วนประกอบเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ การเกี่ยวข้องต่าง ๆ ในบริบท ความซับซ้อนและความแปลก แตกต่าง ของความคิด ความประพฤติของบุคคล เป็นต้น มิใช่มองศึกษาเป็นส่วน ๆ แยกออกจากกัน แต่จะศึกษาดูแต่ละส่วนในภาพรวมทั้งหมดของบุคคล ชุมชน องค์กร วัฒนธรรม เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจหน้าที่ของแต่ละส่วนในภาพรวม

4.1.4 ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative Data) หมายถึง ข้อมูลทุกรูปแบบที่เป็นข้อความ (Text) อยู่ในรูปแบบของคำพูด หรือไม่ได้อยู่ในรูปของตัวเลข ยังหมายรวมถึงข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในรูปอื่น ๆ ด้วย เช่น แถบบันทึกเสียง แถบบันทึกภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการสังเกต ข้อมูลจากเอกสาร แหล่งที่มาหลัก ๆ ของข้อมูลเชิงคุณภาพ คือการทำงานในภาคสนาม (Fieldwork) ที่นักวิจัยมีการติดต่อโดยตรงกับกลุ่มประชากรตัวอย่าง เพื่อทำการรวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์ ที่เป็นธรรมชาติ มีข้อมูลรายละเอียดครอบคลุม ครบถ้วน ซึ่งมีทั้งการพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณภาพ มุมมองด้านต่าง ๆ ของบุคคล การอ้างคำ ภาษาพูดตรงและประสบการณ์ตรงของบุคคลต่าง ๆ ที่ให้ข้อมูล เป็นการใช้อยู่ข้อมูลทุกด้านและแง่มุม

4.1.5 นักวิจัยติดต่อโดยตรงกับกลุ่มวิจัย (Direct contact with participants) การกิจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การเข้าไปสู่สนามและเรียนรู้สิ่งที่ต้องการศึกษาโดยตรง

4.1.6 ให้ความสำคัญแก่พลวัตของสิ่งที่ศึกษา (Dynamic Perspective) โดยการมองปรากฏการณ์ที่ศึกษาว่าเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง แต่เคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นของส่วนบุคคลและวัฒนธรรมส่วนรวม เพื่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์หรือกรณีอย่าลึกซึ้ง

4.1.7 ให้ความสำคัญแก่การศึกษาเฉพาะกรณี (Unique Case Orientation) นั่นคือมุ่งทำความเข้าใจในทางลึกมากกว่าทางกว้าง โดยคำนึงถึงปัจจัยสองประการ ประการแรก นักวิจัยต้องเฝ้าสังเกตการณ์สิ่งที่ศึกษาเป็นเวลานาน ประการที่สอง ให้ความสำคัญแก่การศึกษาที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจเป็นบุคคล องค์กร เรื่องราว หรือชุมชน

4.1.8 ให้ความสำคัญแก่บริบทของสิ่งที่ศึกษา (Context Sensitivity) การวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการเข้าถึงความหมายของผู้กระทำ ดังนั้นนักวิจัยต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตีความข้อค้นพบ จาก สถานที่ เวลา รวมทั้งแง่มุมทางประวัติศาสตร์ วิวัฒนาการต่าง ๆ เป็นต้น เป็นผลสืบเนื่องไปยังความหมาย การตีความเกี่ยวกับความจริง

4.1.9 มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการวิจัย (Design Flexibility) คือการไม่กำหนดตายตัวก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูลแต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามความจำเป็นและเท่าที่สถานการณ์ในภาคสนามต้องการ แต่มิได้หมายความว่าไม่มีการวางแผน นักวิจัยอาจวางแผนและมียุทธวิธีไว้ว่าจะเข้าไปสนามวิจัยเมื่อไร สัมภาษณ์ สังเกตเวลาใด แต่เมื่อเข้าไปแล้ว พบปัญหาต้องมีความว่องไว ปรียบปรับแผน ใช้วิธีหาข้อมูลหลาย ๆ วิธีจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความหมาย

4.1.10 ใช้เครื่องมือหลายอย่างในการเก็บข้อมูล แต่นักวิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด (Researcher as an Important Research Instrument) เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพมีคุณสมบัติสำคัญประการหนึ่ง คือ ไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด ซึ่งหมายความว่านักวิจัยสามารถปรับให้เหมาะสมกับแหล่งข้อมูลและสถานการณ์ โดยนักวิจัยต้องมีความสามารถ ความชำนาญในการเก็บข้อมูล มีประสบการณ์และมุมมองที่ปราศจากอคติรวมทั้งการสร้างความรู้สึกร่วม จนสามารถเกิดการเรียนรู้ระหว่างการทำวิจัย มีความละเอียดอ่อนในการวิเคราะห์บูรณาการผสมผสานแนวคิด ทฤษฎีและจินตนาการ เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัย ดังนั้นคุณภาพของการวิจัยย่อมขึ้นกับคุณภาพของนักวิจัยโดยตรง

4.1.11 เน้นความรู้สึกร่วม ความเข้าใจ (Empathy and Insight) ความรู้สึกร่วม คือ การที่ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูลจนกระทั่งเกิดความรู้ความเข้าใจ (Insight) เกี่ยวกับสภาพ ความรู้ ประสบการณ์และมุมมองของผู้ให้ข้อมูลตลอดจนเข้าใจคำอธิบายความหมาย และโลกของผู้ให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้จะต้องยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณต่อผู้ให้ข้อมูล

4.2 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบไปด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

4.2.1. ปัญหาการวิจัย การบ่งชี้ปัญหาเป็นกิจกรรมที่เริ่มต้นยากที่สุด วิธีการที่จะทำให้ให้นักวิจัยมองเห็นปัญหาการวิจัยคือ การศึกษานำร่อง หรือการเข้าไปในสนามวิจัย เพื่อสัมภาษณ์ หรือสังเกตบริบทที่สงสัยว่า มีคำตอบครบถ้วนหรือยัง ถ้ายังแสดงว่าประเด็นนั้นยังต้องการการค้นหาคำตอบ ซึ่งวิธีการหาคำตอบก็คือการทำวิจัย

4.2.2. การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สัมพันธ์กับขอบเขตปัญหาที่จะศึกษา เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยบอรายละเอียดว่าต้องการศึกษาเรื่องอะไร เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลและการเสนอผลการวิจัยได้อย่างชัดเจน

4.2.3. แนวคิด หรือกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework) ก่อนทำการลงไปศึกษา นักวิจัยจะต้องมีประเด็นที่จะไปศึกษา และควรมีความคิดและความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะไปศึกษาพอสมควร ซึ่งกรอบแนวคิดมีประโยชน์ต่อการวิจัย 3 ประการคือ (สุพรรณิ ไชยอำพร, 2532 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

- 1) ช่วยชี้แนะว่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลอะไรบ้าง
- 2) ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3) ช่วยในการตีความ

4.2.4. คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย เป็นคำจำกัดความของศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัยที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจตรงกับนักวิจัย

4.2.5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือนักวิจัย เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการใช้บุคคลไปสัมผัสกับบุคคลอื่น โดยตรงด้วยการพูดคุย สัมภาษณ์ สังเกต และการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุม และเชื่อถือได้ นอกจากนี้ยังมีเครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การบันทึกภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียง บันทึกภาพ ที่ช่วยให้นักวิจัยสามารถเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ได้อย่างครบถ้วน

4.2.6. รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ มีหลายประเภทได้แก่ การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา แบบทฤษฎีพื้นฐาน และแบบชาติพันธุ์วรรณา

4.2.7. กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยคน (People) แนวคิด / มโนทัศน์ (Concepts) เวลา (Time) และสถานที่ (Setting) โดยพิจารณาถึงความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึง วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และช่วยให้เข้าใจปัญหาการวิจัย และเพียงพอ (Adequate) หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่างมีมาก

พอที่จะทำให้ได้ข้อมูลจนกระทั่งอิ่มตัว (Data saturation) ในการวิจัยเชิงคุณภาพเรียกกลุ่มตัวอย่างว่า “ผู้ให้ข้อมูล”

#### 4.3. การสร้างแนวคำถาม

ขั้นตอนของการสร้างแนวคำถามจะต้องทำก่อนที่จะเริ่มลงมือปฏิบัติการวิจัยจริง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (เบญจา ยอดคำเนิน-แอ็ดติจจ์ และคณะ, 2541)

4.3.1. กำหนดปัญหา ขอบเขต และวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางให้การสัมภาษณ์ หรือการสนทนาที่สามารถครอบคลุมเนื้อหา และวัตถุประสงค์การวิจัย

4.3.2. สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวแปรและข้อมูลที่ต้องการ โดยสร้างจากการค้นคว้าทฤษฎี การทบทวนผลงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสบการณ์ในอดีต แนวคิดที่สร้างขึ้นเป็นต้น เพื่อเป็นแนวคิดเบื้องต้น

4.3.3. สร้างแนวคำถาม โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก หรือในการสนทนากลุ่มเป็นแนวทางให้ผู้วิจัย ใช้ตรวจสอบว่าการสัมภาษณ์ หรือการสนทนากลุ่มครอบคลุมทุกเรื่องที่ต้องการแล้ว แนวคำถามที่ใช้โดยทั่ว ๆ ไปนั้นควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. แนวคำถามจะมีลักษณะเป็นเค้าโครง (Outline) หรือหัวข้อการสนทนา โดยในแต่ละหัวข้อจะมีคำถามย่อย ๆ เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นรายละเอียด ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

2. แนวคำถามจะต้องมีความยืดหยุ่นได้ (Flexible) โดยในการปฏิบัติจริง ผู้วิจัยจะต้องใช้วิจารณญาณของตนเอง ในการพิจารณาว่าจะใช้คำพูดใดจึงเหมาะสม คำถามใดควรจะถามเมื่อไร แม้ว่าจะกำหนดหัวข้อ และลำดับของเนื้อหาไว้ในแนวคำถาม แต่การกำหนดนั้นไม่ใช่สิ่งตายตัว อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อถึงเวลาปฏิบัติจริง

3. การเรียงลำดับคำถามในแนวคำถาม ควรจะเรียงลำดับหัวข้อคำถามให้เนื้อหามีความต่อเนื่อง สามารถดำเนินการสนทนาได้อย่างราบรื่น ควรเริ่มคำถามที่สร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์หรือผู้ร่วมกลุ่มสนทนากับผู้วิจัย หลังจากนั้นเริ่มคำถามเกี่ยวกับความคิดทั่ว ๆ ไปในเรื่องนั้น ๆ ก่อน แล้วค่อยเน้นคำถามหลัก คำถามเจาะ จากนั้นจึงกลับสู่คำถามที่ผ่อนคลาย

4.3.4. เนื้อหาของแนวคำถามในการวิจัยเรื่องเดียวกันที่ใช้กับตัวอย่างหรือกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอาจไม่เหมือนกัน กล่าวคือในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยอาจต้องการข้อมูลจากบุคคลหลายประเภท หรือการจัดสนทนากลุ่มในการวิจัยแต่ละเรื่อง อาจแบ่งการสนทนาออกเป็นหลายกลุ่ม ขึ้นกับตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการพิจารณา

4.3.5. ความยาวของแนวคำถาม โดยปกติแนวคำถามควรมีความยาวไม่มากนัก คือ ประมาณ 2 – 3 บรรทัดเท่านั้น เพราะเป็นเพียงแนวคำถามที่จะช่วยเรียบเรียงลำดับการสนทนาและช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ไม่ลืมประเด็นที่ต้องการศึกษา

#### 4.4. การสัมภาษณ์เชิงลึก ( In – depth Interview)

การสัมภาษณ์พูดคุยในสนามเป็นวิธีการสำคัญ และนิยมใช้มากที่สุด ผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถโต้ตอบคำถามในภาคสนาม หรือชุมชนที่ผู้วิจัยเลือกมา เนื่องจากมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้วิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่น ๆ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) โดยอธิบายจนเกิดความชัดเจน เพื่อให้ได้ข้อมูลลึกซึ้ง และสมบูรณ์ นอกจากนี้ผู้สัมภาษณ์ยังมีโอกาสสังเกต กิริยาท่าทาง สิ่งแวดล้อมต่างๆของผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อประกอบในการตีความและอธิบายถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ อันเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในการได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (นิศา ชูโต, 2551)

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ประกอบด้วย ( นิศา ชูโต, 2551; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

1. การเตรียมตัว ในการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์บันทึกเสียงแล้ว ผู้วิจัยต้องมีการเตรียมตัวของผู้วิจัย นั่นคือ การมีความรู้ดีในเรื่อง หรือแก่นของเรื่องที่ทำวิจัย ค้นเคย และรู้ประเด็นคำถาม การเตรียมใจที่ต้องปฏิบัติ คือการสร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจ เชื่อใจ โดยมีกลยุทธ์การใช้ผู้แนะนำ/ติดต่อ กิริยามารยาทอ่อนน้อม นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ ( Interview Guideline ) ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญ ๆ และคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายให้ความเห็น หรือเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้น ๆ

2. เริ่มการสัมภาษณ์ นักวิจัยแนะนำตัวขออนุญาต และได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย รูปแบบ เวลาที่ใช้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับใคร ระดับใด ขออนุญาต และอธิบายเหตุผลของการบันทึกเสียง ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง นักวิจัยอาจต้องบันทึกโดยการเขียนในขณะที่สัมภาษณ์ หรือทันทีหลังสัมภาษณ์ อธิบายให้ความมั่นใจ และรับรองเกี่ยวกับการรักษาความลับ หรือถ้าจะเปิดเผยข้อมูล จะอยู่ในรูปแบบใด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. ดำเนินการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องทำตามสบาย และเป็นธรรมชาติ สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ถูกถามไม่รู้สึกเกร็ง หรือหวาดระแวงใช้ภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย นอกจากนี้ต้องใช้เวลาอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพสูงสุด

4. สิ้นสุดการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ส่วนใหญ่มักไม่สัมภาษณ์ครั้งเดียว นักวิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นอกจากการแสดงความขอบคุณแล้ว นักวิจัยต้องกรุยทางไว้สำหรับการพบปะครั้งต่อไปด้วย

5. การบันทึกข้อมูลสัมภาษณ์ ถึงแม้ว่าจะมีการบันทึกเสียงแล้วก็ตาม ผู้วิจัยต้องจดประเด็นที่น่าสนใจ และปฏิกริยาของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งต้องรีบทำทันทีหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จ เพราะการบันทึกจะช่วยเตือนความจำเรื่องสำคัญ ที่จะอ้างอิงในการตีความหมายข้อมูลการสัมภาษณ์ หรือการอ้างอิงคำพูดจากการสัมภาษณ์ สำหรับข้อมูลที่บันทึกเสียงไว้นั้นต้องได้รับการถอดเทปแบบพิมพ์คำต่อคำ ห้ามตกแต่งปรับแก้ เพราะข้อมูลดิบเหล่านี้ จะนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์ และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ ดังนั้นผู้วิจัยต้องตรวจสอบบันทึกสัมภาษณ์ และถอดเทปด้วยตนเอง

#### 4.5. การสังเกต (Observation)

การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดู หรือศึกษาเหตุการณ์เรื่องราวโดยละเอียด การสังเกตในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการสังเกตอย่างมีระบบในสภาพธรรมชาติของสนาม เพื่อดู ฟัง และรับรู้สภาพการณ์ในสนาม เป็นวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ จากความสามารถในการดู เก็บ จดจำ นำมาเขียนอ่าน ทำบันทึก แล้วนำมาเขียนเรียง เขียนสะท้อนประสบการณ์ที่ได้จากสนาม

ประเภทของการสังเกตแบ่งได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้ (Denzin, 1978 อ้างถึงใน นิสิต ชูโต, 2551)

1. การสังเกตกายภาพภายนอก เช่น สัญลักษณ์ รูปลักษณ์หรือคุณลักษณะภายนอกที่แสดงออก เป็นเครื่องหมายสื่อไปยังบุคคล หรือพฤติกรรมของบุคคล เช่น การแต่งกาย เครื่องแบบ เครื่องหมาย เครื่องประดับ สามารถบ่งชี้บุคคล และกลุ่มได้ สิ่งเหล่านี้นอกจากสังเกตภายนอกแล้ว ผู้วิจัยควรตรวจสอบด้วยการถามเพื่อให้แน่ใจ แต่ต้องระวังการตอบแบบเหมารวม (Response Set) ของผู้ที่เราสอบถาม รวมทั้งความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยด้วย

2. การสังเกตการแสดงออก ของกิริยาท่าทาง หรือภาษาท่าทาง อันเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย หน้าตา แขนขา และรูปแบบร่างกายของบุคคล โดยธรรมชาติ ตลอดจนความสอดคล้องหรือขัดแย้งของการแสดงออกกับคำพูด การส่งสัญญาณต่างๆ เหล่านี้ ผู้วิจัยต้องแปลรหัสให้ออกจึงจะเข้าใจความที่ถูกต้อง

3. การสังเกตตำแหน่งแหล่งที่ทางกาย โดยปกติมนุษย์จะสงวนอาณาเขตรอบ ๆ ตนเองไว้เป็นส่วนตัวและจะยอมให้บุคคลเข้าไปใกล้ติดตามระดับความสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้น ระยะห่างระหว่างบุคคลทางกายภาพ จึงสามารถบ่งบอกความสัมพันธ์ของบุคคลได้ กล่าวคือ ถ้าอยู่ใน

ระยะใกล้แสดงว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิด แต่ถ้าวัดระยะห่างกันรูปแบบความสัมพันธ์ก็จะห่างออกไป

4. การสังเกตการใช้ภาษา การใช้คำพูดในการสนทนา ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้พูด วิธีการพูด และเวลาพูด อันเป็นเรื่องที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากภาษาที่ใช้จะแสดงความเป็นกันเองแตกต่างกันไปตามความสัมพันธ์ หรือกลุ่มคนที่อยู่ถิ่นเดียวกัน แวดวงอาชีพเดียวกันก็จะมีรหัสภาษา หรือวิธีการแสดงออกสังเกต ที่เหมือนกัน หรือแตกต่างจากกลุ่มอื่น ดังนั้นการสังเกตและการวิเคราะห์ จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการถามหรือการสัมภาษณ์ควบคู่ไป ในกรณีที่ไม่แน่ใจหรือต้องการจะตรวจสอบ โดยการถามความหมายจากคนใน กรณีที่ภาษาพูดแตกต่างกัน ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาภาษาถิ่นให้เข้าใจ และฝึกใช้ให้เกิดความคุ้นเคย เพื่อจะจับรหัส และตีความหมายได้แตกฉาน

5. การสังเกตบริบท เวลา และการใช้เวลา การใช้เวลาของบุคคลและกลุ่มต่างๆ ในกิจกรรมทางสังคม ล้วนแตกต่างกันทั้งเวลา และช่วงเวลา

#### 4.6. บันทึกภาคสนาม (Field Note)

การจดบันทึกข้อมูลภาคสนาม เป็นสิ่งจำเป็นในการเก็บข้อมูลภาคสนาม เนื่องจากในขณะที่ผู้วิจัยศึกษาภาคสนามมีเหตุการณ์หลายอย่างเกิดขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในสนามทำให้ความรู้สึก นึกคิดของผู้วิจัยผันแปร ปรับเปลี่ยนได้ ในแต่ละวันเรื่องราว และความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้น และผ่านมาเหล่านี้ ถ้ามิได้เขียน หรือจดบันทึกไว้จะทำให้ลืมได้ การจดบันทึกนอกจากจะช่วยให้ผู้วิจัยไม่ลืมเรื่องราวต่างๆ ยังเป็นหลักฐาน ช่วยเตือนให้ผู้วิจัย รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลระลึกเรื่องราว ทำให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในสนามเกี่ยวกับบุคคล กิจกรรม ฉาก เรื่องราวต่างๆ เรียงตามวันเวลา บันทึกรายละเอียดนี้สามารถทำได้ทั้งแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยเขียนบรรยายรายละเอียดต่างๆ ให้ครบถ้วน แต่ในบางกรณีการบรรยายสิ่งที่เป็นรูปธรรม อาจต้องบันทึกด้วยภาพ การใช้ภาพจะช่วยให้ผู้วิจัยเห็นภาพของเหตุการณ์ อันจะช่วยกระตุ้นให้ระลึกถึงเรื่องราวในนามได้ดียิ่งขึ้น

การบันทึกความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัย เป็นบันทึกที่ผู้วิจัยเขียนเพื่อทบทวนความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับงาน สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และทางสังคม เรื่องส่วนตัว และอารมณ์ของผู้วิจัย บันทึกดังกล่าวต้องทำทุกวัน เพื่อตรวจสอบประสบการณ์ภายในของตนเองว่าเปลี่ยนแปลง ผันแปรไปอย่างไรเพื่อช่วยผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา

#### 4.7. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นกระบวนการที่ทำต่อเนื่องในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสิ้นสุด การเก็บรวบรวมก็จะสิ้นสุดด้วย มีขั้นตอนดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)



4.7.1. การตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ทราบว่า ข้อมูลมีเพียงพอหรือไม่ น่าเชื่อถือเพียงใด และถูกต้องหรือไม่ โดยมีการตรวจสอบดังนี้

1. ตรวจสอบที่เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือตรวจสอบตัวนักวิจัยเอง นักวิจัยต้องมีการศึกษาค้นคว้า และมีความรู้เรื่องที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

2. ตรวจสอบที่วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ว่ามีการใช้วิธีการที่เหมาะสมกับการรวบรวมข้อมูลหรือไม่ เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือวิธีการอื่นๆ ในการกระบวนการรวบรวมข้อมูล และข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เข้าได้ดีกับคนในพื้นที่ สร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล และเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)

3. การตรวจสอบข้อมูลจากบุคคลอื่น

4.7.2. การจัดระเบียบข้อมูล เป็นการแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้ง่ายแก่การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดระเบียบข้อมูลจะมีวิธีการที่แตกต่างกันออกไป ตามระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัยเชิงคุณภาพแต่ละประเภท

4.7.3. การโยงความสัมพันธ์ เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากการจัดระเบียบข้อมูล โดยนำข้อมูลมาแยกไว้เป็นหมวดหมู่ (Categories) โดยพิจารณาตามหลักการของแต่ละวิธีของการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์นี้ จะต้องพิจารณาลักษณะของข้อมูล ว่าเป็นข้อมูลที่มีลักษณะเป็นข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือคุณลักษณะทางจิต เช่น บุคลิกภาพ หรือค่านิยม เป็นต้น การที่นักวิจัยจะเชื่อมโยงความสัมพันธ์ได้นั้น นักวิจัยต้องมีการศึกษาแนวคิด/ทฤษฎีหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาอย่างจริงจัง เพื่อนำไปสู่เรื่องที่ต้องการตีความที่ครอบคลุม และข้อสรุปที่ตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการศึกษา

4.7.4. การตีความ ในการตีความจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจะสรุปนั้นต้องตีความตามข้อมูลที่ปรากฏ แต่นักวิจัยจะสามารถตีความได้ดีก็จะต้องมีความรู้ และความเข้าใจเรื่องที่กำลังศึกษานั้นเป็นอย่างดีก่อน จนกระทั่งเข้าใจปรากฏการณ์และตีความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น การตีความข้อมูลจะต้องมีลักษณะเฉพาะแต่ละเรื่องที่กำลังศึกษา

4.7.5. การสรุปผล การสรุปผลการวิจัยจะสรุปผลที่เป็นแก่น/สาระ หรือข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย ซึ่งนักวิจัยไม่สามารถทราบล่วงหน้าได้ และในการสรุปผลการวิจัย นักวิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ออกมาสังเกต หรือการสัมภาษณ์มาประกอบการยืนยันแก่น/สาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

**4.8. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) Lincoln & Guba (1985) และ Guba & Lincoln (1989) (อ้างถึงในอารีวัรรณ อ่วมธานี, 2553) ได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการคือ**

4.8.1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยนักวิจัยจะแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูล และข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล มีการระบุและอธิบายอย่างถูกต้อง วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้แก่

1. ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึงการใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรม และสร้างความไว้วางใจอย่างเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่นักวิจัย

2. การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรคือประเด็นที่สำคัญที่สุด และเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา การสังเกตนี้ จะเป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

3. การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่ง ที่สังเกตได้ และการบันทึกภาคสนาม กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

4. การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์ และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่นักวิจัยศึกษา และเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ อย่างน้อย 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบให้

5. การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบ หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล (Preliminary themes) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้ เป็นข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

4.8.2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) คือการที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้ว สามารถเข้าใจเรื่องราว และมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า ร่องรอยการตรวจสอบได้ หรือ "Audit trial"

4.8.3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นเกณฑ์ที่ 3 ในการพิสูจน์หรือตรวจสอบ (Establishing) โดยการให้ผู้อ่านและนักวิพากษ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่าน และนักวิพากษ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว นักวิจัยเชิงคุณภาพหลายท่าน (Flick, 1998; LeCompte & Goetz,

1982; Maykut & Morehouse, 1995 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ได้เสนอวิธีการตรวจสอบความสามารถในการฟังพาไว้ดังนี้

1. การใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) นักวิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตเข้าด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

2. การทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) การทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยนักวิจัยเพียงคนเดียว อาจมีปัญหาคำความน่าเชื่อถือได้ของข้อค้นพบ หรือผลการวิจัย แม้ว่างานวิจัยนั้น จะใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วก็ตาม นักวิพากษ์อาจไม่แน่ใจว่ามีความลำเอียงเกิดขึ้นในขณะวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่ ดังนั้นการทำงานร่วมกันของนักวิจัยหลายๆ คน จะเป็นการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

3. การใช้นักวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล (Use participant researchers) นักวิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลว่า มีความเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองผู้ให้ข้อมูล

4.8.4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) เกิดขึ้นได้เมื่อการวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว (Guba & Lincoln, 1989 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ส่วน Robson (1993 cited in Holloway & Wheeler, 1996; อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) เสนอเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการจดบันทึกประจำวันว่ามีข้อมูลตรงกัน หรือสอดคล้องกันหรือไม่

2. การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ข้อค้นพบจากการศึกษา

3. การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สารที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำ และการให้รหัสข้อมูล

4. การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ได้แก่ การเลือกรูปแบบการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย

5. การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้น จากโครงร่างการวิจัย และความคาดหวังที่จะได้จากการวิจัย

6. การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสังเกต และลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

## 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**ภาวดี เหมทานนท์ (2546)** ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และผลลัพธ์จากการดูแล ผลการศึกษาพบว่าความต้องการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านคือ ต้องการการดูแลด้านจิตสังคม การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการจัดการเมื่อมีอาการทางจิต และพฤติกรรมที่ผิดปกติ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือ กระทำให้ทั้งหมด กระทำบางส่วน ได้แก่ กระตุ้น ชักชวนผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกัน การทำให้ผู้ป่วยเป็นตัวอย่าง การแนะนำ ให้ข้อมูล สนับสนุน เผื่อระวัง ให้แรงเสริมทางบวก ไม่สนใจในพฤติกรรมที่ผิดปกติ และจัดการตามกฎเกณฑ์เพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลลัพธ์จากการดูแล คือความต้องการการดูแลได้รับการตอบสนองทั้งหมด ได้รับการตอบสนองบางส่วน และไม่ได้รับการตอบสนอง

**บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวณิช (2546)** ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มพฤติกรรมที่มีการดูแลสูงสุดคือ การดูแลด้านจิตสังคม และกลุ่มพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การดูแลด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติกันมากที่สุดคือ การให้ความรักแก่ผู้ป่วยตามสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย และกิจกรรมที่ปฏิบัติกันน้อยที่สุดคือ การดูแลการขับถ่าย ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ชรัตน์ ตันต้อำนวย (2550)** ศึกษาเรื่องประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแล ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) ใจคอไม่ดี นอนไม่หลับ ไม่มีแรง อ่อนเพลีย 2) มีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม และ 3) ไม่รับรู้กับสิ่งรอบตัว ความรู้สึทกของผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุมี 2 ลักษณะ คือ เต็มใจ และจำยอม ด้านการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลง คือ การเปลี่ยนแปลงด้านกิจวัตรประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงงาน ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ คือ 1) ปัญหาด้านรายได้ 2) ปัญหาสุขภาพ 3) การดูแลตนเองของผู้ดูแล 4) ความขัดแย้งภายในครอบครัว 5) ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย 6) ปัญหาสิ่งแวดล้อม และการเดินทาง ส่วนวิธีการดูแลมี 5 ลักษณะ คือ ดูแลความจำเป็นพื้นฐาน จิตใจ ความปลอดภัย เจ็บป่วยไปหาหมอ และช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุ ความต้องการช่วยเหลือของผู้ดูแล ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม คมนาคม และการสงเคราะห์

**พรรณี สมเทศน์ (2550)** ศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว : กรณีศึกษาบ้านนาศรีดงเค็ง ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าสภาพการดูแลผู้สูงอายุ

ในระดับครอบครัวด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านเศรษฐกิจ ระหว่างการปฏิบัติของหัวหน้าครอบครัวกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุในระดับมาก การดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวระหว่างการปฏิบัติของหัวหน้าครอบครัวและความคิดเห็นของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุคือ ผู้ดูแล ไม่มีเวลาให้กับผู้สูงอายุเพียงพอ มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแล แนวทางการดูแลในอนาคตควรกำหนดให้มีวันรวมญาติ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมร่วมกันเป็นครั้งคราวและจัดให้มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุทุกเดือน

**อภิญา เจริญนำ (2551)** ศึกษาประสบการณ์ทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) สภาพจิตใจที่หลากหลายเมื่อรู้ว่าญาติของตนมีอาการทางจิต คือ สงสาร เสียใจ กังวล ผิดหวัง ท้อแท้ ปล่อย และคิดที่จะดูแลผู้ป่วย 2) สภาพจิตใจที่ขึ้นลงเมื่อมีการดูแลผู้ป่วย คือมีจิตใจที่เป็นทุกข์ และเป็นสุขตลอดการดูแลผู้ป่วย 3) การปรับสภาพจิตใจของผู้ดูแล เป็นวิธีการที่นำมาใช้เพื่อปรับสภาพจิตใจให้ดีขึ้น ได้แก่ การทำใจยอมรับบอกตนเองให้เข้มแข็ง ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และเปรียบเทียบความทุกข์ของตนกับผู้อื่น

**มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ (2552)** ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เส้นอิทธิพลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร และมีค่าการทดสอบสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ทุกค่า อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ต่อตัวแปรผล พบว่าตัวแปรบุคลิกภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแลมากที่สุด นั่นคือบุคลิกภาพที่แตกต่างกันของผู้ดูแลส่งผลให้มีระดับความเครียดต่างกัน ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย ถ้าผู้ดูแลมีกลวิธีการจัดการปัญหาด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลไม่นานจะมีความเครียดสูงตรงข้ามกับผู้ดูแลระยะเวลาานส่งผลให้ความเครียดลดลง การป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานหรือเป็นมากส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูง ส่วนผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลลดลง ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงส่งผลให้มีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงส่งผลให้พฤติกรรมดูแลต่ำลง

**เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2554)** ศึกษาเรื่องความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ ความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าใน

ประชากรสูงอายุที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสหย่า หรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ นอนไม่หลับ และความไม่เพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ (2554)** ศึกษาทัศนคติ และผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคนในครอบครัว เรียนรู้การดูแลจากแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นหลัก ผู้ดูแล 1 คนดูแลผู้ป่วย 1 คน การดูแลที่ให้คือ การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยแบ่งได้ 3 กลุ่มดังนี้คือ รู้สึกอยากดูแล ไม่คิดว่าเป็นภาระ ไม่อยากดูแลแต่เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ แต่ไม่คิดว่าเป็นภาระ และไม่อยากดูแลเลย เป็นภาระมาก ส่วนผลการวิจัยทางสถิติพบว่า ความรู้สึกสงสาร ความเชื่อในการตอบแทนบุญคุณ บาปบุญ ความรู้สึกทำใจ ระยะเวลาการดูแล และเวลาพักผ่อน ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด การผ่อนคลายโดยมีกิจกรรมอื่นๆ ความต้องการหาคนมาช่วยดูแล และการทำตามหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านความรู้สึกสงสาร ความเชื่อในการตอบแทนบุญคุณ บาปบุญ การได้พูดคุยกับคนอื่นเวลาเครียด การพูดคุยกับผู้ป่วย ความรักและสนุกกับงานพบมากในผู้ดูแลกลุ่มที่ 1 ส่วนวิธีการผ่อนคลายโดยมีกิจกรรมอื่นๆ ระยะเวลาการดูแล การพักผ่อน การทำตามหน้าที่ การมีจิตอาสา พบมากในผู้ดูแลกลุ่มที่ 2 ส่วนความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด ต้องการหาคนอื่นมาช่วยดูแล ความรู้สึกทำใจพบมากในผู้ดูแลกลุ่มที่ 3

**EH (2006)** ศึกษาเรื่องการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ : การลดปัญหาและอุปสรรคในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการศึกษาจากการรวบรวมผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และนำผลที่ได้มาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อไปนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษานี้จะให้ภาพรวมของ 5 ด้านที่สำคัญคือ 1) ลักษณะของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ – ความชุกปัจจัยเสี่ยง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย , การเสียชีวิต, การใช้บริการด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ 2 ) รูปแบบของการดูแลที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งยา, การบำบัดทางจิต การจัดการดูแลและรูปแบบการดูแลที่ผสมผสานกัน 3) ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระบบการให้บริการ; 4) กลยุทธ์องค์กรและการศึกษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดอุปสรรคการดูแลภาวะซึมเศร้า และ 5) ปัจจัยสำคัญในการแปลผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ

**Mellor et al. (2008)** ศึกษาเรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุผ่านมุมมองของครอบครัวต่อความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาสมาชิกในครอบครัวได้ให้ประเด็นหลักเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ 2 ประเด็น คือ 1) ความสามารถของบุคลากร แบ่งเป็นประเด็นย่อยดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และสมรรถนะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 2) ปัญหา และอุปสรรคในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีประเด็นย่อยคือ สถานที่ ตัวผู้ป่วย และตัวบุคลากร

**Ahlstrom, Skarsater & Danielson (2009)** ศึกษาเรื่องประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ศึกษาใน 7 ครอบครัว ที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่ในครอบครัว โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 18 คน ทำการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ศึกษาเรื่องของการดำรงชีวิต การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบ 5 ประเด็นหลักได้แก่ 1) สมาชิกมีชีวิตส่วนตัวหายไป เพราะการดูแลผู้ป่วยทำให้รู้สึกหมดแรง และไม่สามารถจัดการกับชีวิตประจำวันได้ 2) ชีวิตมีความไม่แน่นอนและไม่มั่นคง ที่เกิดจากอารมณ์ และบรรยากาศที่เกิดขึ้นในการมีผู้ป่วยอยู่ด้วย 3) รู้สึกเหมือนอยู่โดดเดี่ยว เพราะต้องย้ายครอบครัวออกไปอยู่เพียงลำพัง 4) มีความยากลำบากในชีวิต คือสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีความต้องการของตนเองในทุกวัน และจะต้องได้รับการตอบสนอง และ 5) พยายามจัดการกับชีวิตตนเอง ซึ่งสมาชิกในครอบครัวต่างมีแนวทางในการจัดการปัญหาของแต่ละคน

**Lai & Thomson (2009)** ศึกษาเรื่องผลกระทบของความเพียงพอของการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว การศึกษานี้ศึกษาผลของการรับรู้เพียงพอของผู้ดูแลในครอบครัว ของการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจาก 340 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปในแคลิฟอร์เนีย และแคนาดา ผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสอบถามเชิงโครงสร้าง วัดความเพียงพอของการรับรู้ของผู้ดูแลจากการสนับสนุนทางสังคมในทางอารมณ์ การดูแลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และในทางการเงินและการให้ความช่วยเหลือ ส่วนภาระการดูแลวัดโดยใช้แบบวัด Zarit Burden Interview ผลการวิเคราะห์หาคัดลอกพหุคูณแบบขั้นตอน พบระดับการรับรู้เพียงพอของการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาระการดูแล ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานการให้บริการที่จับต้องได้ และค่าใช้จ่ายไม่สูงมีผลสำคัญกับภาระการดูแลในครอบครัว

**Gonzales et al. (2010)** ศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในบริบทเชิงวัฒนธรรม เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีชาติพันธุ์วรรณนา ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ดูแลในครอบครัว อายุ 28 - 65 ปี จำนวน 9 คน ที่มีเชื้อชาติละตินอเมริกา ผลการศึกษาพบ 2

ประเด็นหลักคือ 1) การรับรู้การเป็นโรค และ 2) การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นงานที่ซับซ้อน ต้องการการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ประเด็นย่อยของการรับรู้การเป็นโรค ได้แก่ 1. ความต้องการที่จะให้การดูแล 2. พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยากต่อการยอมรับของผู้อื่น 3. มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ไม่มีความสนใจในชีวิต ไม่พบความหมายในชีวิต 4. มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจระหว่างซึมเศร้า และเป็นสุข 5. เป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต มีการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ 6. ความรู้สึกโดดเดี่ยว 7. พฤติกรรมถดถอย และประเด็นย่อยของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ความรับผิดชอบในการปรับเจตคติต่อการเจ็บป่วย และความผูกพันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

**Houtjes et al. (2011)** ศึกษาเรื่องการประเมินความต้องการในการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะรายบุคคลของผู้ป่วยอายุ 84 ปีที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า อธิบายถึงความต้องการการดูแลโดยใช้แบบประเมิน Camberwell Assessment of Needs for the Elderly ซึ่งแบบประเมินนี้บอกถึงความต้องการการดูแล การปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องการ แต่ไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีความรู้ ไม่ต้องการได้รับการดูแล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย อาจช่วยให้มีการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ดีขึ้น เป็นการช่วยเติมเต็มส่วนที่ขาดของผู้ป่วยได้



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้าน จากความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

**1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant)** ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลหลักจะต้องเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อจะได้ ข้อมูลที่ถูกต้อง และตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักจะต้องมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1.1. เป็นผู้ดูแลหลัก ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย สูงอายุ โดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติ ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้ จะต้องได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา อย่างน้อย 6 เดือน และมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.2. ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมาเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

1.3. ไม่จำกัดเพศ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

1.4. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

1.5. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

**2. สนามการวิจัย** ที่ใช้ในการทำการศึกษาครั้งนี้เลือกที่ชุมชนในจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่ง ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภออัมพวา และอำเภอบางคนที และในการวิจัยครั้งนี้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สภาพทางภูมิศาสตร์ พื้นที่โดยทั่วไปของ จังหวัด เป็นที่ราบลุ่มริมทะเล มีแม่น้ำสำคัญของจังหวัดคือ แม่น้ำแม่กลอง มีลำคลองใหญ่น้อย มากมาย การคมนาคมทางน้ำสะดวก แบ่งออกเป็น 3 อำเภอ 36 ตำบล 284 หมู่บ้าน 24 ชุมชน

จำนวนประชากร มีทั้งหมด 194,054 คน แบ่งเป็น ชาย จำนวน 93,331 คน หญิง จำนวน 100,723 คน (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2552 ตามหลักฐานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง) อาชีพ ของประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม และการประมงน้ำจืด น้ำกร่อย และทะเล และทำนา บ้างเล็กน้อย

ระบบบริการสาธารณสุขได้มีการจัดบริการสาธารณสุข แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) มี 5 ระดับคือ

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self Care Level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการเจ็บป่วยและหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น

2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยกันเอง และสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชนเป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยกันเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ

3. การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary Care Level) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้คือ

3.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบล หรือระดับหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (First line Health Service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 ถึง 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำคือ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน และบางแห่งจะมีเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งดำเนินการอยู่ภายใต้การกำหนดการมาตรฐานการนิเทศงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน

3.2 ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ ตลอดจนคลินิกเอกชน เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปโดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

4. การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (Secondary Care Level) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้

4.1 โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คน ขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการระดับต้น

4.2 โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดและอำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200 ถึง 500 เตียง ส่วนโรงพยาบาลศูนย์คือโรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียง และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆครบถ้วน

4.3 โรงพยาบาลเอกชน ที่ดำเนินการโดยธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติประจำหรือมาทำนอกเวลาทำงาน และประชาชนจะต้องเสียค่าบริการเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาล

5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (**Tertiary Care Level**) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นๆที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้

5.1 โรงพยาบาลทั่วไป

5.2 โรงพยาบาลศูนย์

5.3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

5.4 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆครบถ้วนส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดมากกว่า 100 เตียง

นอกจากการจัดบริการทั้ง 5 ระดับดังกล่าวแล้ว ยังมีสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนอื่นๆอีก เช่น ร้านขายยา และสถานบริการอื่นๆของทางราชการที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเช่น โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร กระทรวงอื่นๆ อาทิ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย ฯลฯ

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1. ตัวผู้วิจัย เพราะการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยเพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียน วิชาวิจัยเชิงคุณภาพ 3 หน่วยกิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยตนเองจากตำรา เอกสาร ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา รวมทั้งฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นงานที่ได้รับมอบหมายในรายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 6 ราย

### 3.2. แบบบันทึกเสียง

### 3.3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

### 3.4. แบบบันทึกภาคสนาม

### 3.5. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

#### การตรวจสอบคุณภาพแนวคำถาม

1. นำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพแนวคำถาม คือ อาจารย์พยาบาล ที่มีความชำนาญเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ผศ. รอ.หญิง ดร.วาสิณี วิเศษฤทธิ์ และคุณบุษบา คล้ายมุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

2. หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว จึงนำมาปรับแก้โดยผู้วิจัย ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

### 3. นำไปฝึกใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

## 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview) แบบมีแนวทาง การสัมภาษณ์เป็นวิธีหลัก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัย และแบบบันทึกเสียง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอดำเนินการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอมัทวา และสาธารณสุขอำเภอบางคนที เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และร่างแนวคำถามประกอบการพิจารณา

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ จึงประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานในสังกัดฯ ตามเขตที่รับผิดชอบ เพื่อขอความร่วมมือ และความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าไปพบผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความลับของผู้ป่วยและจริยธรรมในการวิจัย โดยตรวจสอบความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย แจกใบข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักได้อ่านและทำความเข้าใจแล้วจึงแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวก่อน จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In – depth Interview) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อราย และเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงการให้ความหมาย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง

4. ตั้งเกดลักษณะท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความรู้สึกสะเทือนใจ ขณะตอบคำถามหรือบอกเล่าประสบการณ์ เช่น ร้องไห้ เจ็บ ซึ่งขณะทำการสัมภาษณ์พบผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ที่แสดงอาการเช่นนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ขณะเดียวกันผู้วิจัยก็รับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถควบคุมสติ อารมณ์ของตนเองได้ จึงสอบถามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลหลักว่าสามารถดำเนินการสัมภาษณ์ต่อได้หรือไม่ ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ต่อ ก็จะสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในครั้งนั้น แต่ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ดำเนินการสัมภาษณ์ต่อได้ทุกราย

5. การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาจากระยะเวลาในการสัมภาษณ์ตามความเหมาะสม และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล หรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ รวมทั้งการได้ข้อมูลการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ และยอมรับ นอกจากนี้ได้ทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป กรณีที่ยังได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

6. ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม ซึ่งประกอบด้วย การอธิบายเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์ ลักษณะ ท่าทาง อารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งความรู้สึก และอารมณ์ของผู้วิจัย ปัญหาที่พบขณะทำการสัมภาษณ์ หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกราย เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

7. ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการถอดข้อความ (Transcribe) จากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน โดยเปรียบเทียบการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปประเด็นปัญหาที่พบหรือประเด็นปัญหาที่ต้องการ

เพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับแนวคำถามให้เหมาะสมและกับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ครอบคลุมสำหรับทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นต่อไป

8. หลังจากที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยจนได้ข้อมูลที่อึดตัว คือ ได้ข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 5. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยคำนึงถึงจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดบอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตการบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบทำลายแถบบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่จะสามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยรวบรวมและเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยได้ โดยการที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการให้ข้อมูล จะไม่มีผลใดต่อตัวผู้ให้ข้อมูล และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ผู้ให้ข้อมูลดูแล ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ หากมีสถานการณ์ที่สร้างความกระทบกระเทือนจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น เกิดความรู้สึกเศร้าหรือร้องไห้ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ และรับฟังปัญหาของผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้กำลังใจ

### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจะใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่ง Holloway & Wheeler (1996 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ได้กล่าวถึงกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ดังนี้

1. ขั้นตอนแรก นักวิจัยต้องนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์มาอ่าน เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆ ของผู้ให้ข้อมูล

2. นักวิจัยเริ่มที่จะตั้งคำถามหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาออกมาให้มากที่สุด

3. นำส่วนที่ได้จากข้อ 2 มากำหนดความหมายให้กับคำ ประโยค หรือย่อหน้าที่คิดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา และตรงประเด็นที่ศึกษา

4. นักวิจัยดำเนินการซ้ำตามข้อ 1-3 สำหรับข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป แล้วนำมาจัดกลุ่มประเด็นต่างๆ ถ้าเป็นประเด็นเรื่องเดียวกัน ก็จะรวบรวมไว้ด้วยกัน โดยยังไม่ต้องพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นประเด็นหลัก และประเด็นใดเป็นประเด็นย่อย ในขั้นตอนนี้ ต้องตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วย โดยนำข้อความที่ตั้งมา กลับไปตรวจสอบกับข้อความต้นฉบับ

5. เมื่อได้ประเด็นต่างๆ จำนวนมาก และไม่พบประเด็นใหม่ จึงหยุดสัมภาษณ์

6. พยายามลดทอนข้อมูล โดยพิจารณาการจัดหมวดหมู่ให้กับประเด็นเหล่านั้น ว่าข้อความใดควรเป็นประเด็นหลัก และข้อความใดควรเป็นประเด็นย่อย

7. นำการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ละราย นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ หลังจากถอดเทปเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านซ้ำไปมาหลายรอบ เพื่อศึกษาเนื้อหาและทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้การสัมภาษณ์ เมื่อเข้าใจในปรากฏการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแล้ว จึงดึงเอาข้อมูล และประโยคที่มีความสำคัญมากำหนดความหมาย และนำมาจัดกลุ่มเพื่อให้ได้ความหมายที่เหมือนกัน จากนั้นได้ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ได้และนำไปจัดเป็นประเด็นต่างๆ ดีความ และอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ หลังจากที่ได้ประเด็นต่างๆ มากพอ และไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มจึงทำการหยุดการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทบทวนโดยการอ่านให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง และสรุปใจความสำคัญของเนื้อหาให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ ว่ามีความหมายที่ถูกต้องเหมือนกับที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายหรือไม่ และสัมภาษณ์ต่อในประเด็นที่ยังได้เนื้อหาไม่ครบสมบูรณ์ เมื่อได้เนื้อหาที่สมบูรณ์แล้วจึงนำไปเพิ่มเติมในประเด็นนั้นๆ หลังจากนั้นนำข้อมูล เนื้อหา และประเด็นทั้งหมดที่ได้มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้ได้ประเด็นที่ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

#### 7. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ โดยใช้เกณฑ์ของ Lincoln & Guba (1985) และ Guba & Lincoln (1989) (อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นเกณฑ์สนับสนุนการอธิบายข้อสรุป และการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล จึงเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลมีการวางแผนการดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอน เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาอยู่ในสนามวิจัยเป็นเวลานาน ในการทำการสัมภาษณ์ ได้สัมภาษณ์ และสังเกตสิ่งต่าง ๆ ขณะทำการสัมภาษณ์ พร้อมกับจดบันทึกข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อม สภาพความเป็นอยู่ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในเวลานั้น เพื่อลดความรู้สึกเป็นอคติ ทำการสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลที่มีประเด็นซ้ำ ๆ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วจึงนำมาการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปซ้ำ และนำประเด็นต่าง ๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) โดยนำข้อมูลที่ถอดรหัสแล้วกลับมาให้ผู้ให้ข้อมูลทบทวนอีกครั้ง โดยการอ่านสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการบอกหรือไม่ และผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาไปพร้อมกันด้วย

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) คือการที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้ว สามารถเข้าใจเรื่องราว และมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นนำมาเขียนรายงานผลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาจัดเป็นประเด็นต่างๆ เพื่อง่ายต่อการเข้าใจของผู้อ่าน และทำให้ผู้อ่านได้รับรู้ถึงประสบการณ์ต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูล

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) หมายถึง การใช้วิธีการหลายวิธีเข้าร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และทำการบันทึกการสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการถอดเทป และในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทำการจดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบร่วมกันกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อยืนยันว่าได้ประเด็นที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้การสัมภาษณ์

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผล ผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนในการทำวิจัยอย่างเป็นขั้นตอนไว้แล้ว เพื่อให้ผู้วิจัยอื่นสามารถตรวจสอบถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูล



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน ความคิด ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย และสิ่งที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In – depth interview) และนำเนื้อหาที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล เนื้อหาที่ได้แบ่งเป็นส่วนต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความหมายของการดูแล

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลและสิ่งที่ได้รับจากการดูแล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 12 ราย โดยแบ่งตามอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ดังแสดงในตารางที่ 1 และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลแยกตามราย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 12 ราย อายุระหว่าง 20 – 60 ปี เพศชายจำนวน 3 ราย เพศหญิงจำนวน 9 ราย ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสจำนวน 11 ราย และโสดจำนวน 1 ราย มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดสมุทรสงคราม สภาพแวดล้อมเป็นสวน บ้านมีพื้นที่เป็นส่วนตัว บางหลังติดคลองหรือแม่น้ำ การคมนาคมส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ และเรือเป็นพาหนะ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาจำนวน 8 ราย มัธยมศึกษาจำนวน 2 ราย ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงจำนวน 1 ราย และปริญญาตรีจำนวน 1 ราย อาชีพเกษตรกรรวมจำนวน 6 ราย ค้าขายจำนวน 3 ราย รับราชการจำนวน 1 ราย รับจ้างจำนวน 1 ราย และว่างงานจำนวน 1 ราย มีรายได้เพียงพอทุกราย ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตรจำนวน 9 ราย ลูกสะใภ้ 1 ราย หลาน 1 ราย และภรรยา 1 ราย

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
<b>อายุ</b>	
20 – 40ปี	4
41 – 60ปี	8
<b>เพศ</b>	
ชาย	3
หญิง	9
<b>สถานภาพ</b>	
สมรส	11
โสด	1
<b>ศาสนา</b>	
พุทธ	12
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ประถมศึกษา	8
มัธยมศึกษา	2
ปวส.	1
ปริญญาตรี	1
<b>อาชีพ</b>	
เกษตรกร	6
ค้าขาย	3
รับราชการ	1
รับจ้าง	1
ว่างงาน	1
<b>ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย</b>	
บุตร	9
ลูกสะใภ้	1
หลาน	1
ภรรยา	1

## ส่วนที่ 2 ความหมายของการดูแล

การดูแลในความหมายของแต่ละบุคคลอาจให้นิยามได้แตกต่างกันออกไป นิยามที่ได้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล เป็นความรู้สึกที่หลากหลาย ทั้งความรัก ความห่วงใย และต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยตลอดไปจนถึงที่สุด ความหมายต่างๆเหล่านี้ ออกมาจากการกระทำ ความคิด ความรู้สึกในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลได้มอบให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นบิดา มารดา หรือผู้มีพระคุณต่อผู้ให้ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้ประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้

### ประเด็นหลักที่ 1 ทำตามหน้าที่เพื่อตอบแทนบุญคุณ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่ในฐานะลูก และหลาน เพราะฉะนั้นผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลจึงเป็นผู้ที่มีพระคุณต่อตนเอง เป็นบุคคลที่ผู้ดูแลรัก และห่วงใย ผู้ดูแลมีความรู้สึกเช่นนี้ เกิดจากการที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความผูกพันกัน จึงทำให้การดูแลที่เกิดขึ้น เกิดจากความรู้สึกต้องการที่จะตอบแทนต่อสิ่งที่ผู้ป่วยเคยให้กับตนเอง และเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกรักและห่วงใยของผู้ดูแล ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ถือว่าแม่เรา เขาเหนื่อยมา เขาเลี้ยงเรามา บั้นปลายมาเราก็ต้องดูแลเขา...ก็บอกว่าเต็มร้อย ใจ ไอ้คำว่าเต็มร้อยก็คือหนึ่ง เรากตัญญู เราถือว่าเราทำให้แม่เรา ๆ ทำชีวิตบั้นปลายแล้ว ท่านแก่เฒ่าแล้ว เราก็ดูแลกัน ดูแลให้มีความสุขสบายที่สุด เราจะทุกข์บ้างเหนื่อยบ้าง เรื่องของเราแล้ว เราถือว่าเราก็ทนได้ เราถือว่าเพื่อแม่ของเรา...เต็มร้อยก็คือเต็มใจทำไง แล้วก็มีความตั้งใจมาตั้งแต่ทำงานแล้ว ว่าเกษียณเราจะมาปลูกบ้านปลูกช่อง แล้วเอาแม่มาเลี้ยง ถ้าแม่ยังอยู่” (ID 1)

“ยังไงดีละ ก็เป็นการทดแทนบุญคุณไง พ่อดูแลเราอย่างดีตั้งแต่เด็กแล้ว พ่อไม่เคยดุ ไม่เคยตีเลย เราภูมิใจนะที่มีพ่อดีแบบนี้...ก็ภูมิใจไงพ่อเลี้ยงดูเรามา ไม่เคยตีลูกเลย เลี้ยงเราอย่างดี พอถึงเวลาเราก็ดูแลบ้าง ตอบแทนแก่...ตอบแทนที่แก่กับเรา...ไม่รู้สิทุกอย่างไร เราเป็นลูกหน้าที่เราต้องทำ พ่อแม่ เราเป็นลูกเราก็ต้องทำให้แก่” (ID 2)

“รักครับ เหลือแม่คนเดียว พ่อก็สิ้นบุญไปแล้ว...จำเป็นต้องทำ เพราะว่าแม่เป็นแม่ จะทิ้งก็ไม่ได้...ก็ต้องนั่งให้มาก ๆ นี่ครับ จะไปทำอะไร แกเป็นแม่ จะไปเอะอะอะไรแกก็ไม่ได้ เพราะว่า เป็นผู้ให้กำเนิด บางคนเขาก็ว่าทำไมทน ก็ต้องทนก็เป็นแม่อย่างเนี่ย...คิดว่าเหลือแม่คนเดียว ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ” (ID 3)

“พ่อแม่ก็ยากจน พ่อแม่เขาก็รับจ้างทั่วไป ทีนี้ลูกก็ต้องเอาไปด้วย เรียนก็ไม่ได้เรียน เขาก็เลยมาฝากป่า ก็เลยอยู่กันมาเรื่อยเลย ป่าก็ส่งเรียนหนังสือ ทุกวันนี้ก็มีได้เพราะป่านั้นแหละ...รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ ๆ ต้องทำ...ก็มันก็คือ เราต้องช่วยกัน ช่วยเหลือกัน คือเราก็อาศัยเขามาตั้งแต่เล็กแล้ว ถึงเวลาเราก็ต้องช่วยเหลือกัน...มันก็ว่าเต็มใจช่วย...คือว่าหน้าที่ต้องช่วย” (ID 5)

“รู้สึก ก็รู้สึกดี ไม่รู้จะตอบอย่างไร ก็รู้สึกดี ถ้าเราไม่ทำก็ไม่มีใครทำใช่ไหม ก็คือมันละมันเป็นหน้าที่ของเราที่ต้องดูแลพ่อ ที่ต้องทำ” (ID 8)

## ประเด็นหลักที่ 2 อยากให้อยู่ด้วยกันต่อไปนานๆ

เป็นการให้การดูแล ที่บ่งบอกว่าไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็จะต้องให้การดูแลกันจนถึงที่สุด เพราะผู้ป่วยมีอายุที่มากขึ้น และมีโรคประจำตัวอื่นๆ จึงทำให้ผู้ดูแลเป็นห่วง และมีความคิดว่าผู้ป่วยอาจจะมีเวลาที่เหลืออยู่อีกไม่นาน จึงต้องการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ด้วยกันนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ อาจหมายถึงจนกว่าผู้ดูแลจะดูแลไม่ไหว หรือผู้ป่วยจะจากไปดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“อยากให้แกมีแรง กินเยอะ ๆ ก็จะได้มีแรง...อยากให้แกแข็งแรง ให้อยู่กับเรานาน ๆ ให้กินได้อย่างเนี่ย...เต็มใจ เราก็อยู่แค่นี้เราก็ดูแล จนกว่าเราก็ไม่ไหว แกก็ไม่ไหว...ไม่เลย เต็มใจ อยากทำให้ แกก็มีเราเป็นลูกเนอะ ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ ก็ดูแลแกให้ถึงที่สุดนะ ลูกกันไป” (ID 2)

“ก็เอ้อ...แกก็แก่แล้ว แกทำไม่ไหวแล้ว ต้องดูแลให้แกจนถึงที่สุด...หมดชีวิต ลมหายใจตาย” (ID 3)

“เต็มใจซี แม่เราทั้งคน ก็ไม่รู้แกจะอยู่กับเรานานแค่ไหนเนอะ ก็ดูแลแกเต็มที่ เท่าที่เราดูแล แม่แกเป็นคนอย่างเนี่ย ไม่เคยทำให้ลูกๆลำบากใจเลย เราก็เป็นลูก ก็ดูแลแกไป ทำให้แก...ก็ไม่รู้จะทำไฉนเนอะ ก็ดูแลแกเต็มที่ละ อยากให้แกอยู่กับเรานานๆ...เป็นไปได้อีกก็อยากให้แกอยู่กับเรานานๆเนอะ ก็ไม่มีอะไร” (ID 4)

“บอกว่า “แหม ทำไมมันไม่ตายสักที” บอก “เออ มันตายยากมั้ง” ถ้ามันยังไม่ตายเราก็ดูแล ไม่งั้นจะเดือดร้อนถึงฉัน ๆ จะต้องไปเฝ้าที่โน้นที่นี้อีก ฉันก็แก่แล้ว...แต่ก็พูดเหมือนกันว่า “อารองคนเราไม่ตายง่าย ๆ นะ ตายยาก อารองก็ต้องดูแลตัวเองด้วย ถ้าไม่ดูแลตัวเอง ฉันจะ

ลำบากด้วยนะ...ก็เป็นหน้าที่ คือดูกันไป ใครอยู่ก็ดูกันไป ใครตายก็ตายจากกันไป ว่ากันไปในนั้น  
เลย...เราดูแลที่เราสามารถ” (ID 5)

## ตารางที่ 2 ประสพการณ์การดูแล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

### ประเด็นหลักที่ 1 การเข้ามาเป็นผู้ดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1 ทำหน้าที่ผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 ไม่มีใครดูแล และไม่ได้ทำงาน

### ประเด็นหลักที่ 2 เรื่องที่ให้การช่วยเหลืออย่างเฉพาะเจาะจง

ประเด็นย่อยที่ 1 ต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นย่อยที่ 2 ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและงานอื่นๆ

ประเด็นย่อยที่ 3 ชวนพูดคุยให้ผ่อนคลาย

ประเด็นย่อยที่ 4 ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ

ประเด็นย่อยที่ 5 นิ่งไม่ตอบโต้

### ประเด็นหลักที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1 สบายใจที่ได้ทำ

ประเด็นย่อยที่ 2 ได้ทำอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกภูมิใจ

ประเด็นย่อยที่ 3 เหนื่อยใจ ท้อแท้ที่ต้องดูแล

ประเด็นย่อยที่ 4 รู้สึกเครียดกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน

ประเด็นย่อยที่ 5 พยายามเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกัน

ประเด็นย่อยที่ 6 กังวลกับอาการที่เปลี่ยนแปลง

### ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลของตนเองว่า สิ่งที่เกิดขึ้นขณะผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม สิ่งที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความรู้สึกเต็มใจทำ หรือเกิดจากความจำเป็นที่จะต้องทำ การดูแลที่ให้อาจเป็นการดูแลตามสภาพความต้องการ และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน และไม่มีแบบแผนชัดเจนนัก ผู้ดูแลอาจใช้ความรู้เดิมที่มีอยู่ หรือจากการเรียนรู้จากบุคคลอื่นๆ มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยในความดูแลของตนเอง การจากการสัมภาษณ์ และรวบรวมข้อมูลที่ได้อาจแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

#### ประเด็นหลักที่ 1 การเข้ามาเป็นผู้ดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1 ทำหน้าที่ผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 ไม่มีใครดูแล และไม่ได้ทำงาน

#### ประเด็นหลักที่ 2 เรื่องที่ให้การช่วยเหลืออย่างเฉพาะเจาะจง

ประเด็นย่อยที่ 1 ต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นย่อยที่ 2 ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและงานอื่นๆ

ประเด็นย่อยที่ 3 ชวนพูดคุยให้ผ่อนคลาย

ประเด็นย่อยที่ 4 ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ

ประเด็นย่อยที่ 5 นั่งไม่ตอบโต้

#### ประเด็นหลักที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1 สบายใจที่ได้ทำ

ประเด็นย่อยที่ 2 ได้ทำอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกภูมิใจ

ประเด็นย่อยที่ 3 เหนื่อยใจ ท้อแท้ที่ต้องดูแล

ประเด็นย่อยที่ 4 รู้สึกเครียดกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน

ประเด็นย่อยที่ 5 พยายามเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกัน

ประเด็นย่อยที่ 6 กังวลกับอาการที่เปลี่ยนแปลง

#### ประเด็นหลักที่ 1 การเข้ามาเป็นผู้ดูแล

ผู้ดูแลอธิบายการเข้ามาเป็นผู้ดูแลโดยที่ ผู้ดูแลเข้ามารับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้น อาจมีความเต็มใจ หรือสมัครใจที่จะเข้ามาดูแลผู้ป่วย โดยที่ไม่ได้รับการร้องขอจากใคร และไม่หวัง

สิ่งตอบแทนใดๆ จากการมาเป็นผู้ดูแล และการเข้ามาเป็นผู้ดูแลด้วยความจำเป็นบางอย่าง ที่เป็นเหตุผลให้ผู้ดูแลมารับผิดชอบดูแลผู้ป่วย สามารถแยกเป็นประเด็นย่อยคือทำหน้าที่ช่วยเหลืออย่างเต็มใจ และความจำเป็นที่ต้องดูแล

### ประเด็นย่อยที่ 1 ทำหน้าที่ผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลที่เป็นลูก จึงมีความคิด และมีความรู้สึกเต็มใจ ในการมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล และทำโดยที่ไม่ต้องให้ใครมาร้องขอให้ทำ เพราะเป็นบริบทของสังคมไทย ที่มีค่านิยมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูที่ว่า ลูกจะต้องมีความกตัญญูต่อบิดา มารดา เพราะเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ดูแลที่เป็นลูกจึงมีความเห็นว่า เป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแลบุพการีของตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“มันต้องเต็มสิ ไม่เต็มได้ไง พ่อแม่เรา แล้วอีกอย่างเราว่างอยู่ตอนนี้ ก็ทำให้เต็มที่...ไม่ต้องบอก โดยอัตโนมัติ... เต็มร้อยก็คือเต็มใจทำไง แล้วก็มีความตั้งใจมาตั้งแต่ทำงานแล้ว ว่าเกษียณเราจะมาปลูกบ้านปลูกช่อง แล้วเอาแม่มาเลี้ยง ถ้าแม่ยังอยู่...ไม่ได้ฝืนใจ หรือใครบังคับนะ” (ID 1)

“ก็ดี ไม่มีอะไร ผมไม่มีอะไรมาก...เราถือว่าเราทำดีที่สุดละ พระเหลืองค์เดียว เหลืองพระองค์เดียว เราก็ดูแลให้ดีที่สุด...ก็สบายใจ ก็แม่เรา ทำได้หมด ลูกเมียยังทำให้ได้เลย แม่จะเป็นไรโซ่มั้ย...ถือว่าแม่เรา เขาเหนื่อยมา เขาเลี้ยงเรามา บั้นปลายมาเราก็ต้องดูแลเขา” (ID 1)

“อยากทำให้ แก่ก็มีเราเป็นลูกเนอะ ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ ก็ดูแลแก่ให้ถึงที่สุดนะ คุณกันไป” (ID 2)

“ไม่รู้สิทุกอย่าง เราเป็นลูกหน้าที่เราต้องทำ พ่อแม่ เราเป็นลูกเราก็ต้องทำให้แก่...แก่ก็มีเราเป็นลูกเนอะ ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ...คิดว่าเหลือแม่คนเดียว ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ” (ID 3)

“อ้าว ก็แม่เรานะ เราก็เตรียมใจดูแล แม่เรา แล้วเราก็มีแม่อยู่คนเดียวเนี่ยนะ แล้วก็ดูแลได้ มันก็ไม่มีปัญหา แม่เขาเป็นคนทำตัวไม่ยุ่งยากอะไรด้วย ง่ายๆ สบายใจ...เต็มใจสิ แม่เราทั้งคน



ก็ไม่รู้แกจะอยู่กับเรานานแค่ไหนนะ ก็ดูแลแกเต็มที่เท่าที่เราทำได้ แม่แกเป็นคนอย่างเนี่ย ไม่เคยทำให้อุจๆลำบากใจเลย เราก็เป็นลูก ก็ดูแลแกไป ทำให้แก” (ID 4)

“ก็รู้สึกดี ถ้าเราไม่ทำก็ไม่มีใครทำใช่ไหม ก็คือมันละมันเป็นหน้าที่ของเราที่ต้องดูแลพ่อที่ต้องทำ” (ID 8)

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นหลาน และลูกสะใภ้ มีความรู้สึกที่เป็นเสมือนหน้าที่ความรับผิดชอบ และเกิดความรู้สึกสงสาร เห็นใจ อยากช่วยเหลือจึงเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ดูแล ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็ช่วยกันนะ เขาก็ยังไม่ถึงกับอาการมากมาย ก็พอที่ดูแลกันไป แล้วพอเวลาที่ไม่ค่อยสบาย เราก็ช่วยกันดูแล...ก็มันก็เราต้องช่วยกัน ช่วยเหลือกัน คือเราก็อาศัยเขามาตั้งแต่เล็กแล้ว ถึงเวลาเราก็ต้องช่วยเหลือกัน”(ID 5)

“สงสาร คือ ลูกเขาก็ไม่เอาอะไร...ไม่รู้สักอะไรเลย ธรรมดา คืออยากให้เขาหายมากกว่า...ไม่มีนะ หนูรู้ไงว่าเขาเป็น คือทำใจตั้งแต่วันที่เข้าไปในบ้านแล้ว คือก่อนที่หนูจะมาอยู่เนี่ย...หนูได้บุญ หนูคิดนะ เพราะว่าครอบครัวเขาเย็นนะ เมื่อก่อนแฟนหนูนะ มีแฟนเยอะนะ เขาเป็นคนเจ้าชู้นะ แบบเขาก็เที่ยว เขาก็ไม่ช่วยแม่ทำอะไร คือพ่อเขาก็กินเหล้า ที่ว่าแม่เขาเป็นเพราะว่าตรงนี้ที่หนูเข้ามา หนูถือว่าหนูเข้ามาช่วยเขามากกว่า...ไม่รู้สักอะไรเลย ธรรมดา คืออยากให้เขาหายมากกว่า คือเมื่อก่อนเขาก็ดี คืออย่างไรล่ะ เขาพูด เขาคูย เขาดี รู้สึกเขาว่าจะว่าเราทำอะไรไม่ดี เขาก็ว่าเราถูก คือเราดีเขาก็ชม แต่ตอนนี้มันไม่ใช่แล้ว มันกลับเปลี่ยน เขาชิม...ไม่รู้นะ เขาไว้ใจหนูมั่ง มีเรื่องอะไรเขาก็มาคุย คือหนูเคยบอกเขาไงว่า แม่มีเรื่องอะไรมาคุยกับหนูได้ เพราะหนูรับได้ หนูไม่มีอะไร หนูก็คิดว่าเขาเป็นแม่หนูอีกคนหนึ่ง คือเขาก็ดี เขาเป็นเขาก็มาพูดกับหนู เหมือนกับว่า แม่มีอะไรในใจไม่ต้องคิดคนเดียว ให้หนูคิดด้วย (ID 6)

## ประเด็นย่อยที่ 2 ไม่มีใครดูแล และไม่ได้ทำงาน

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากการดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มใจแล้ว อาจมีความจำเป็นบางอย่างที่ทำให้ผู้ดูแล ต้องมารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลในความจำเป็นที่ต้องมาดูแลคือ การที่ผู้ป่วยไม่มีใครดูแล ผู้ดูแลได้ให้ความหมายว่า เป็นเพราะผู้ป่วยไม่มีญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่สามารถดูแลได้ จึงทำให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

และอีกเหตุผลหนึ่งคือ ผู้ดูแลก็ไม่ได้ไปงานทำที่ไหน เลยเข้ามารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“อยากดูแลด้วยตัวเองครับ เพราะพี่น้องอยู่ไกล เราก็อยู่กับแกมาตั้งแต่เด็ก...คิดว่าเหลือแม่คนเดียว ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ เพราะพี่น้องมา มันก็มา ๆ มันก็กลับกัน...คิดว่าเป็นหน้าที่ของลูกผู้หญิงครับ แต่ลูกผู้หญิงไม่ได้อยู่ที่นี้ ผมต้องทำเอง เขาก็มีครอบครัว ถ้าเราไม่ทำใครจะทำ...จำเป็นต้องทำ เพราะว่าเป็นแม่ จะทิ้งก็ไม่ได้...ก็มีเหมือนกันนะ นึกจะไม่อยากทำก็มีเหมือนกัน ที่นี้มันของๆ เรา ไม่อยากทำก็ไม่ได้ ต้องทำ” (ID 3)

“ก็น้อง ๆ เขาไปอยู่กรุงเทพกัน เออ แล้วน้องสาวอีกคนหนึ่งอยู่แม่กลอง ชายของเหมือนกัน น้อง ๆ อยู่กรุงเทพ คนหนึ่งเป็นตำรวจ คนหนึ่งขับรถแท็กซี่ ไป ๆ มา ๆ กันเนี่ย แต่ถ้ายื่นพื้นเราจะอยู่ที่บ้านนี้ แต่ถ้าเวลาไปกรุงเทพก็เป็นหน้าที่ของน้อง ๆ น้องบ้าง หลานบ้าง” (ID 4)

“เพราะว่าเด็ก ๆ อะไร ที่เขาเป็นลูก ๆ อ่า เขาก็ไปทำงานกันหมด คือว่าเดิมทีก็มาอยู่ที่นี้ ตั้งแต่เล็ก ๆ พ่อแม่ก็ยากจน พ่อแม่เขาก็รับจ้างทั่วไป ที่นี้ลูกก็ต้องเอาไปด้วย เรียนก็ไม่ได้เรียน เขาก็เลยมาฝากป่า ก็เลยอยู่กันมาเรื่อยเลย... อืม ๆ ก็คือว่ามันอาศัยเขาอยู่ ...รู้สึกเป็นหน้าที่ ๆ ต้องทำ... ก็มันก็ต้องช่วยกัน ช่วยเหลือกัน คือเราก็อาศัยเขามาตั้งแต่เล็กแล้ว ถึงเวลาเราก็ต้องช่วยเหลือกัน...เพราะว่าใคร ๆ ก็บอกว่า ต้องฝากแล้วนะบ้านนี้ เราก็ตกลง อย่างพี่น้องญาติ ๆ มา เขาก็ เขาก็บอก เออ นี่นะ แกต้องรับภาระแล้วนะ ไซ้ ยอมรับ เราก็ทำ...เฉย ๆ เรามีหน้าที่ทำก็ทำไป ถ้าเขาไม่เป็นอะไร เราก็เอาดีเราก็สบาย...เราเหมือนกับว่าเราเป็นคนบอกไม่ถูก ความรับผิดชอบไปหมด คือว่าอะไรก็คือหน้าที่ ๆ...มันไม่ชอบหรอก มันเป็นหน้าที่บางอย่าง...คือว่าลูกเขาไม่อยู่ที่นี่ ฉันก็ต้องดูแลแทนลูกเขา...คือว่าไม่มีใคร เขาก็ต้องดูแล...ลูกเขาก็ทำงานกัน” (ID 5)

## ประเด็นหลักที่ 2 เรื่องที่ให้การช่วยเหลืออย่างเฉพาะเจาะจง

ผู้ให้ข้อมูลได้รายงานประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ว่าเป็นเรื่องการดูแลอย่างเฉพาะเจาะจง หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแลว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการดูแลเฉพาะโรค และดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย แบ่งเป็นประเด็นย่อยคือ ต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและงานอื่นๆ ชวนพูดคุยให้ผ่อนคลาย ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ และนั่งไม่ตอบโต้

### ประเด็นย่อยที่ 1 ต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ดูแลจะมีหน้าที่รับผิดชอบ พาผู้ป่วยไปหาหมอตตามเวลานัด หรือรับยามาให้ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถไปเองได้ และเมื่อถึงเวลาที่ต้องรับประทานยา ก็จะเป็นคนดูแลเรื่องยาให้กินตามเวลา เพราะการรับประทานยา มีความสำคัญอย่างมากกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ถ้ารับประทานยาครบก็จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ต้องคอยดูอ้าวยาหมดไหม ต้องรีบไปเอา...เออ ยานี้มันจะหมดแล้วนะ เหลืออีก 4 มื้อเอง แยกอก ถ้า 4 มื้อ ยาหมดเป็นอาทิตย์ไม่ได้นะ...จัดแจงรีบวิ่งไปราชบุรีเลย ไปเอายาให้ แล้วก็จะได้ไม่ขาด” (ID 5)

“คือให้ยา คือหมอบอกเขาจะสั่งยา คือให้ยาตอนเช้า หลังอาหารเช้า แล้วก็ก่อนนอน 2 ครั้ง คือก่อนหนูจะมาทำงานนี้ หนูก็ให้เขาไป แล้วพอหนูกลับจากทำงานแม่เขาจะนอน หนูจะให้เขา... แม่เขาบอกว่าเขาไม่ได้เป็นอะไร เขาก็ว่าหนู เอายามาให้เขากินทำไมทุกวัน แล้วเขานะ เอายาไปเก็บเอง แล้ววันนั้นเขาไม่ได้กินยา เขาก็เลยเป็น หนูก็เลยสังเกตว่าทำไมแม่เขาเป็นอีกแน่ ๆ เลย หนูเลยเดินไปหาหน้า สงสัยแม่จะไม่ได้กินยา เขาบอก ทำไมไม่ให้ยาเขาละ หนูบอก ก็จะทำให้ได้อย่างไร ก็เขาเอายาไปเก็บเอง หนูก็เลยต้องไปขโมยยามา บางทีนะเอายาไปทิ้ง หนูต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล หมอบอกก็ว่ามาว่า ทำไมถึงไม่เก็บยาไว้ แม่เขาไม่ให้เก็บ น้ำบอก แม่ไม่ให้เก็บ ตั้งแต่นั้นหนูก็ไปเอาเอง แล้วเอาให้เขากินเอง...คือให้เขากินข้าวก่อน ให้กินยาให้เห็นนะ คือถ้าไม่กินยาให้เห็นนะ มีอยู่วันหนึ่งหนูรีบออกมาทำงาน จะสายแล้ว ชักผ้า ทำกับข้าวก่อน แล้วก็ให้ยาเขาเช้า เขาเอายาวางไว้ตรงตุ่ม แล้วเขาบอกหนูว่ากินแล้ว หนูเดินไปตรงตุ่ม ยามันละลายไม่ได้กินยาวันหนึ่ง หนูก็คิดว่าไม่ได้กินยาดังนี้จะเป็นอย่างไร ไม่เป็น ไม่ได้กินวันเดียวไม่เป็น ตอนเช้า หนูก็เลยให้กินยาแต่มีดเลย ให้กินยา” (ID 6)

“ดูแลหรือ ก็เคยพาพ่อไปหาหมอที่โรงพยาบาลอะไรอย่างเนี่ย...ดูแลเรื่องยา เรื่องเบิกค่ารักษาพวกนี้...รับยาให้พ่อ เพราะพ่อเราเป็นอะไรไปเราก็ตาย ก็ต้องหาอย่าไม่ให้ขาด...แต่ยาพ่อต้องกินอยู่ โรคซึมเศร้ากับอะติแวน พ่อต้องกิน 2 ตัวนี้ตลอดเลย ทุกวันเลย เคยขาดอะติแวนแล้ว เหมือนกับปากเบี้ยวหรืออะไรเนี่ย ปากจะเบี้ยว...พ่อลดไม่ได้ พ่อยังต้องกินคุมตลอด อะติแวนก็ต้องกิน 1 มิลลิกรัม ถ้า 0.5 ก็ 2 เม็ด ถ้า 1 มิลลิกรัม ก็เม็ดหนึ่ง แต่โรงพยาบาลมี 0.5 พ่อกิน 2 เม็ด...ก็ยากี่ไปปรับให้พ่อตามหมอนัดนะ ตามหมอนัด 2 เดือน 3 เดือนที อะไรอย่างเนี่ย เพราะ

พ่อไม่สะดวกมารับเอง เพราะพ่อไม่ได้มาเอง พ่อเขาไม่มีอาการอะไรผิดปกติ ก็กินยาเหมือนเดิม พยาบาลก็ได้ ๆ ก็เลยมารับแทนพ่อ ครั้งล่าสุดขอหมอ 3 เดือนเลย หมอก็ให้” (ID 8)

### ประเด็นย่อยที่ 2 ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและงานอื่นๆ

ผู้ดูแลได้บอกถึงสิ่งที่ตนเองกระทำให้แก่ผู้ป่วย และช่วยเหลือในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งสิ่งเหล่านั้นได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“อาหารการกินผมก็จะดูแลให้ จะหาให้...ก็ก็ยังช่วยตัวเองได้นะ เรื่องเช็ดอ๊อะไรงี้ไม่ต้องขนาดนั้นหรอก ยังช่วยตัวเองได้ ก็ดูเรื่องอาหารการกินทุกอย่าง 3 มื้อ เวลานอนก็มีถึงนี่ก็จะเตรียมไว้ให้เขา น้ำอ๊อะไรก็เตรียมไว้ให้เขา...หมดนะ ทำหมดเลย ซักผ้าถ่างผ้าถุงทำได้หมด ผมทำให้แม่ได้หมดเลย” (ID 1)

“ไม่ต้องแค่ว่าข้าวให้แก กับซักเสื้อผ้าให้แก...ดูแลเรื่องของกิน อาหาร เสื้อผ้า ทำความสะอาด...เดี๋ยวน้องชายมาก็มาอาบน้ำ เราอาบน้ำไม่ไหว เราอุ้มแกไม่ไหว” (ID 2)

“กินข้าว เรื่องกับเก็บอะไรเนี่ย แล้วยาเยอก็คอยถามเขา ๆ จะจัดยากินเองได้ไง แม่จะจัดเอง เรื่องยาไม่ต้องจัด เพราะเขาดูเขาเป็นหมดทุกอย่าง...เรื่องกินอาหารอะไรพวกนี้ เราต้องคอยดูจะกินอะไร แม่เขาช่วยเหลือตัวเองได้เยอะ แข็งแรง...แต่ถ้าเวลาเขานอนแบบเราก็จะไม่ขายของ ก็จะช่วยขายของดูแลแก ซักเสื้อผ้า ทำงานบ้านอะไรให้” (ID 4)

“ก็ดูแล เวลาเขาแบบ บางทีเขาอาบน้ำ เราก็ต้องคอยมองเขาจะสะดุดหรือเปล่า...ถ้าน้ำเยอะ ๆ ก็ได้ แต่ถ้าใช้น้ำน้อย ๆ ก็อาบน้ำบน ร่างกายมันไม่ค่อยแข็งแรงแล้วละ...คนนี้โรคเยอะ เดี่ยวเวียนหัวเดี๋ยวขาเดินไม่ได้ เดี่ยวหกล้ม อะไอย่างนี้...ขึ้นมาอาบน้ำ ติดกระดุมไม่ได้ ติดกระดุมให้คาดเข็มขัดไม่ถึง คาดให้แบบนี้ บางทีเขาก็ทำเอง แต่เวลานานหน่อย...ทำไม่ได้ เดี่ยวเราช่วย...ไม่เรียก ก็ต้องคอยดู ๆ ว่า เขาทำได้ไหม เขาทำได้เขาก็ทำไป ก็ช่วยกัน กวาดบ้าน ถูบ้าน ดูแลหมา แล้วก็ช่วยเขาในครัวบ้าง เสร็จแล้ว อ้าวใครจะอาบน้ำก็อาบน้ำ อาบน้ำนะป่านี่ต้องอาบน้ำ ต้องบอกนะ” (ID 5)

“หนูจะออกจากบ้าน ก็จะบอกแม่ “แม่กินข้าวยัง” ยังไม่ได้กินก็จะไปตักไปทำอะไรให้เขาก่อน ถึงจะออกจากบ้าน” (ID 6)

“ดูแลอาบน้ำ อาบน้ำ ทำอะไรให้แก หนูข้าวหุงปลา...ก็แบบว่า หนูข้าวหุงปลาทำอะไรให้แก ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำหมดทุกอย่าง” (ID 10)

### ประเด็นย่อยที่ 3 ขวนพุดคุยให้ผ่อนคลาย

การพุดคุยกับผู้ป่วยเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียด และลดความวิตกกังวลลง ไม่ว่าจะเป็นการปลอบใจผู้ป่วย การแนะนำ หรือการให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ ผู้ดูแลมีความคิดว่าถ้าผู้ป่วยได้พุดคุย ระบายความรู้สึกต่างๆ ก็จะเป็นการช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากการพุดคุยเพื่อผ่อนคลายความเครียดแล้ว การซักถามถึงอาการ หรือการเป็นอยู่ ก็แสดงถึงความรู้สึกห่วงใยของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยด้วยเหมือนกันดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“จิตใจก็ดูแล ก็เวลานั้นแม่เป็นอะไรไหม ก็คุยกับแก มีอะไรก็คุยให้เราฟัง...ก็ถามเป็นไงถามหาหมอมั้ย ปวดหัว ตัวร้อนอะไรอย่างเนี่ย พอถึงเวลาก็ไปหาหมอรุงเทพ แม่เขาไม่ได้หาหมอที่นี้ ตัวยามันไม่ถึง เคยรักษาที่กรุงเทพอยู่...เออ ใช่ เป็นไงแม่วันนี้ แล้วแม่เขาได้อย่างไรเขาจะบอก ปวดหัววันนี้ไม่ค่อยสบาย ปวดเมื่อย เจ็บเข่า เขาบอก เพราะว่าคือบอกว่าให้เขาบอก เออ กินอะไรไม่กินอะไร เพราะว่าบางทีเขากินอีกอย่างหนึ่ง ถ้าซื้อมาแล้วไม่ถูกใจเขา ๆ ไม่กินเลย ทิ้งก็เสียค่าย ก็กินไรแม่ เขาจะสั่งให้เราซื้อไอ้นู่นไอ้นี้ บางทีก็ให้น้องสาวซื้อให้” (ID 4)

“คือต้องพยายามพุด พยายามคุย เวลาเขาผ่าหอยจะให้พวกน้ำ ๆ คอยเดินมาดู แบบถ้าเขาอยู่คนเดียว เขาจะคิดฟังซ่าน แบบจะมีคนมาว่า มาอะไรอย่างนี้...ก็พุดก็คุยเล่นกับเขาอย่างเนี่ย คือเมื่อก่อนมาอยู่ใหม่ ๆ หนูไม่เคยคุยกับเขาเลยนะ...ก็ถาม “แม่ทำอะไร” “กินข้าวหรือยัง” “กินยา ยัง”...ถ้าไม่คุย กินยากี่จริง แต่ก็ชิมนะ” (ID 6)

“คอยบอกเขาว่า “ไม่ต้องอะไรหรอก เดี่ยวเขาก็ปลดได้ เขาก็เอาเงินไปใช้ ลูกพี่เขาก็ทำงานอะไรเนี่ย” ก็คอยพุดได้แค่นี้...ไปปลอบเขา “ไม่ต้องสนใจ มันไม่ใช่ของเรา ๆ ไม่ต้องอะไร ลูกหลานญาติเขาก็มี เดี่ยวเขาก็ช่วย เขาก็มีเงิน” อะไรอย่างเนี่ย คอยไปบอกว่า” (ID 6)

“คือเขาก็ดี เขาเป็นเขาก็มาพูดกับหนู เหมือนกับว่า “แม่มีอะไรในใจไม่ต้องคิดคนเดียว ให้นุคิดด้วย” เขาก็บอก “เอ็งไม่กลัวเป็นเหมือนข้าเลยหรือ” หนูก็บอก “ถ้าหนูเป็นหนูเป็นมาตั้งนานแล้ว” หนูบอกเขา “จะคิดอะไร ไม่ต้องคิดอะไรมากมายหรอก ใครพูดอะไรก็ช่างเขา เขาทำไม่ดีกับเรา ก็เข้าตัวเขาเอง” (ID 6)

“จิตใจหรือ ก็มีคุยกันอะไรอย่างนี้ ส่วนใหญ่ก็จะเป็นวันเสาร์มากกว่า วันธรรมดาถ้าจะมีบ้าง พอกลับจากบ้านก็ขึ้นไปหาพ่อแม่ ก็คุยกันบ้าง...ต้องหาเวลาคู่กับเขาบ่อย ๆ เนอะ แต่เราบางครั้งเราไม่ค่อยมีเวลาคู่เท่าไร ก็คือต้องให้กำลังใจ เวลาว่างเราก็ไปคุยกับเขาบ้าง ให้เขาคลายเหงาอะไรอย่างเนี่ย...คุยเรื่องทั่ว ๆ ไป อะไรอย่างเนี่ย...ก็ถามไถ่อาหารการกิน...ก็เหมือนแบบเออ เป็นพ่อแม่เนอะ พอไปถาม “กินข้าวหรือยังอะไรอย่างเนี่ย” กินข้าวอะไรอย่างนี้” (ID 8)

“เรื่องเงินปลูกบ้าน เป็นหนี้ แคนั้นละ แต่ก่อนเขาก็ไม่ค่อยคิดก็เพิ่งมาคิดตอน 2 - 3 เดือนเนี่ย ตอนปลูกไม่คิด...คิดว่าเป็นหนี้ไม่มีตั้งค์ เป็นหนี้เขาแบบนี้...เป็นหนี้ ธกส. ถึงปีต้องส่งเงิ แต่เนี่ยยังไม่ถึงเราก็ยังไม่ได้ส่ง ก็เพิ่งจะได้ปีหนึ่ง เวลามัน 10 ปี...ก็คุยเรื่องอะไรทั่วไป ไม่ให้เขาคิด...พูด ๆ บอกว่าไม่ต้องคิด เพราะเวลามันตั้งนาน นานเราก็มีทำ ปีหนึ่งทำได้ตั้ง 2 เทียวเนอะ” (ID 9)

“คอยปลอบ บางทีแกก็ห่วงคนนั้นเป็นอย่างนี้ คนนี้เป็นอย่างนั้น เราก็บอก “แม่อย่าเอาความทุกข์คนอื่นมาใส่ตัว แม่อยู่สบายๆ ถึงเวลากินกิน ถึงเวลานอนนอน อยากรู้อะไร อยากรู้อะไร ไป” ผมก็จะพูดอย่างนี้...เราก็จะบอก แม่มีหน้าที่ตอนนี้อย่างนี้ แม่อายุเยอะแล้ว แม่กินกับนอน พักผ่อน แล้วก็ทำให้สบาย อย่าเอาความทุกข์คนอื่นมาใส่ตัวเอง ใจห่วงนะห่วงรู้ แต่อย่าเอาความทุกข์คนอื่นมาใส่ใจเรา แม่ก็จะเป็นทุกข์...ก็บอกแม่ต้องปล่อยวางบางนะ อายุเยอะแล้ว อะไรมันจะหายบ้าง...แต่บางอย่างมันไม่ได้ตั้งใจแก แกก็กลัวเสียหาย แกก็บ่นเหมือนกัน ก็บอก แม่ทุกวันนี้แม่ไม่สบายหรือ เรามีพอกินเท่านี้เราก็โอเคแล้ว เก็บใส่ได้เราก็ทำเท่าที่เราไหว อย่าไปฝัน ไม่ใช่เราไปโหมจนสุขภาพตัวเองแย่ แล้วก็มาเป็นทุกข์ ไม่ใช่ มันไม่ใช่ผม” (ID 12)

#### ประเด็นย่อยที่ 4 ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ

ผู้ดูแลรายงานกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้ทำ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ ไม่ว่าจะเป็นการดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่ยากเกินความสามารถของผู้ป่วย และไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลก็จะให้ผู้ป่วยได้ทำ เพื่อลดอาการตึงเครียด ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ทุกวันนี้ละคร ลิเก ปล่อยแกฟริ์ทั้งวัน อยากจะดูอะไรยกให้ ในห้องมีอีกเครื่องหนึ่ง ใช้ไหม แม่จะดูอะไรก็โอเค...ทำก็มีเหมือนกัน อย่างแกอดไม่ได้ เมื่อก่อนไปตัดแล้ว ไปตัดไปแต่ง บอกแม่ไม่ต้องทำ แล้วแกคนสวนนะนะ แกอดไม่ได้ที่จะต้องเดิน ตอนนี้อยากก็เลยไม่ได้บังคับอะไร แก่มาก ถ้าแม่เดินไหวก็โอเค บางทีจะไปบ้านน้องมัน ไกล ก็นั่งรถเข็นเข็นไป ก็เดินได้แถว ๆ นี้... ก็เดิน ๆ เย็น ๆ บางทีผมไปทำอะไร แกก็ลงมาละ ถ้าไม่นั่งตรงนี้ ก็นั่งม้าหิน เมื่อก่อนขนาดผมรดน้ำต้นไม้ แกไปหยิบกรรไกรมาซิ มาแล้วนั่งแสบๆ แต่ง แกบอกเห็นมันรัก บอกแม่ไม่ต้องเดี๋ยวตัดเอง แกอยากทำ เราก็ไม่อยากจะฝืนแก”(ID 1)

“แกจะเปิดทีวี แกหงาก็เปิดทีวี พอกลางวันก็กินข้าว เสร็จแล้วก็นอนกลางวัน นอนพักหนึ่ง พอบ่ายก็ดูทีวี หงาก็เปิดดูมวยประจำ”(ID 2)

“ถ้าเป็นบางอย่างชอบทำ ให้เขาทำไป ผลักกัน แต่บางทีเขาไม่ค่อยสบาย หรือว่าเวียนหัว ก็ให้เขาหยุด ถ้าวันนี้พะโล้ก็ให้เขาทำ เขาชอบทำ พะโล้ต้องฝีมือเขา”(ID 5)

“เขาจะไม่ปล่อยให้ว่าง คือผ้าหอยเสร็จ เขาก็จะเย็บจักร...แม่จะไม่ว่าง เขาจะบีบตัวเขาไม่ให้เขาว่าง ถ้าตัวเขาว่างคือเขาจะคิด หนูบอกว่า “แม่ ๆ พยายามทำอะไร”...ก็น้ำเขาจะหาแบบจากของบ้านน้ำเขา เขาบอกว่า “ตัดไปเลย ตัดทำเงินไป” คือ เขาไม่ได้พูดเรื่องเกี่ยวกับโรคใจ เขาพูดเหมือนกับว่าทำให้มีตั้งคอะไอย่างนี้ ทำให้มีรายได้เพิ่ม จะพูดประมาณนี้”(ID 6)

“พักหลังนี้ไม่บ่นแล้วนะ แกก็ฟังพระ ฟังเจ้า...ให้แกขึ้นบนแกก็ชอบ ก็ไปดูพวกลิเกทั้งคืน”(ID 7)

“ชอบหรือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ช่วงเย็น ๆ กลางคืนก็ฟังวิทยุ ฟังข่าวอะไรเนี่ย...ตอนนั้นก็ซื้อวิทยุให้พ่อนะชานินทร์หรือ ให้พ่อฟังเพื่อผ่อนคลายความเครียดอะไรอย่างนี้ ก็หาซื้อพวกสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้เขา...ให้ผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้สบายใจ หาวิทยุ หาอะไรให้เพราะแกชอบฟังธรรมะ ฟังอะไรเนี่ย ฟังเพลง ฟังอะไรเนี่ย”(ID 8)

“อ๊ะ แม่หงาก็ดูลิเก โทรทัศน์มีลิเกให้ดู เขาชอบ แม่ไม่ชอบทำตัวเครียด”(ID 10)

### ประเด็นย่อยที่ 5 หนึ่งไม่ตอบโต้

เมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี หรือหงุดหงิดในเรื่องอะไรบางอย่าง ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากอาการแสดงของโรค ผู้ดูแลจะพยายามทำความเข้าใจกับอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย และรอให้ผู้ป่วยหายจากอารมณ์ขุ่นมัวนั้นก่อน แล้วจึงเข้าไปพูดคุยด้วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ดูแลจิตใจแก่ด้วย ถ้าเกิดแกโมโหก็ให้แกคลาย โมโห แกก็นิ่ง แกพูดถ้าเราไปยั้งนั่น ก็ยังไปกันใหญ่เลย...ผมก็รอๆ แกอะไรแกอย่างเนี่ย ให้แกก็นิ่ง...ก็มันเป็นบางครั้งบางครั้งรับ แกโมโหแกก็จะ โวยวาย...ผมก็ต้องเฉย ก็นิ่ง เคี้ยวแกก็เงียบเอง...ก็ต้องทำใจ ก็เดินไปที่อื่น...แกพูดก็ให้แกพูดไป เราต้องนิ่ง บางที่เราพูดไปเคียวคนอื่นก็หาว่าไปคุพ่อแม่ เลยนิ่งลูกเดียว” (ID 3)

“พอคุณหมอบอกพี่นะ บอกว่าแกจะเป็นโรคเครียด แต่ก่อนก็เฉยแกเหมือนกันนะ เราก็หงุดหงิดเหมือนกัน พอรู้ไม่ค่อยเฉยปล่อยแก จะพูดอะไรก็ปล่อยแก ปล่อยแกไป ก็แค่นี้แกก็จะไม่โพงพางขึ้นมา...คือเราไม่เฉยแก แกก็พอใจล่ะ” (ID 7)

“ก็พยายามทำ แกหงุดหงิดเรื่องไหนก็พยายามทำเรื่องอะไรนะ ทำให้แกหายหงุดหงิดนะ อย่างเช่นแกเครียดเรื่องไหนก็ทำเรื่องนั้นให้มันดี บางที่เป็นห่วงเรื่องการเรียนลูกอะไรอย่างเนี่ย แต่ตอนนี้ห้องพี่เรียนจบหมดแล้ว จบหมดทุกคนล่ะ บ้านไม่สะอาดพวกน้อง ๆ ก็ช่วยกันทำ แม่ก็ช่วยทำความสะอาดบ้าน บางทีวางของไม่เป็นที่เป็นทาง หรือเก็บของผิดที่ผิดทาง แบบไม่เข้าที่เข้าทาง ก็เขาก็จะเครียดหงุดหงิดล่ะ...ถ้าเครียดก็บางทีก็แยกย้ายตัวใครตัวมันสลายตัวกันอะไรอย่างเนี่ย กระเจิดกระเจิงกันไป ถ้าเขาอารมณ์ไม่ดีเนอะ พอเขาอารมณ์ดีถึงเข้ามาใหม่” (ID 8)

### ประเด็นหลักที่ 3 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลไปแล้ว ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลกับตัวผู้ป่วย และเกิดขึ้นกับผู้ดูแลด้วย สามารถแบ่งเป็นประเด็นย่อยคือ สบายใจที่ได้ทำ ได้ทำอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกภูมิใจ เหนื่อยใจ ท้อแท้ที่ต้องดูแล รู้สึกเครียดกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน และอยากช่วยให้หาย แต่ไม่รู้วิธี

#### ประเด็นย่อยที่ 1 สบายใจที่ได้ทำ

หลังจากที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาการต่างๆ ของโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นก็ดีขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุข และกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่ดี เหมาะสม และสมควรทำในฐานะเป็นผู้ดูแล



และการกระทำนั้น ได้ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจที่ได้ทำ ได้ดูแลและสบายใจที่เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นอะไรมาก ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“เราทำให้แเองเราสบายใจกว่า ถูกใจเขา คนอื่นทำบางที่เขาไม่ค่อยถูกใจ ผมจะทำอะไร เขาก็ชอบ ถูกใจ...ก็สบายใจ ก็แม่เรา ทำได้หมด ลูกเมียยังทำให้ได้เลย แม่จะเป็นไรใช้มัย” (ID 1)

“ก็คือสบายใจ...เราไม่ต้องมาเครียด แยกก็ไม่มีคนดูแลนอกจากลูก...ไม่ได้เป็นภาระ เราไม่ได้ทำตลอดทั้งวัน เราทำช่วงพักเดียว แยกก็ช่วยตัวเองแยกได้ ทำเท่าที่แยกทำได้ แยกก็ไม่รบกวนใคร บางทีก็เรียกซักเสื้อผ้าตัวหนึ่ง แยกก็ซักให้ เป็นภาระบางอย่าง ไม่ใช่ภาระตลอด แยกช่วยตัวเองได้ ...นี่แยกยังลูกช่วยตัวเองได้ ก็สบายใจ ก็ช่วยตัวเองได้ ไม่ต้องมาดูแลแบบ ไปไหนไม่ได้ อย่างนั้น นี่ไปไหนได้” (ID 2)

“ตัวเราเองหรือ เราก็สบายใจ เพราะเราดูแลแม่เรานะ ใช้ไหม ก็หาหมอลง เราก็สบายใจ...รู้สึกดีที่เราได้ทำ แล้วต้องห่วงแยกเพราะแยกเป็นโรคหลายอย่าง แต่ว่าสุขภาพแม่พวกเราจะดูแลเขาอยู่ตลอดเวลา คือถ้าไม่สบายเป็นโรคอะไรเราจะรีบให้หาหมอก่อนเลยใช้ไหม รีบไปรักษา ตั้งแต่แรก ๆ...ก็รู้สึกภูมิใจ สบายใจ ได้ดูแลแยก ตื่นมาก็เออ...ยังเห็นแยกนะ แยกยังอยู่” (ID 4)

“ถ้าเขาดีขึ้น เราก็จะได้สบายใจ...เพราะว่าแบบถ้าเกิดไม่สบาย เราก็ต้องยุ่งไปด้วยละนะ” (ID 5)

“เราก็ดีใจ เพราะปกติแต่ก่อนจะซึมเศร้าเก็บตัวเงียบตามลำพังคนเดียว ไม่คุยกับใครเลย ที่นี้คุยกับคนโน้นคนนี้แซวคนโน้นคนนี้ อะไรอย่างเนี่ย ก็ดี มันก็เออ พ่อคงไม่ตายแล้ว คงอยู่อีกนาน กระปรี้กระเปร่าแล้ว...รู้สึก ก็รู้สึกดี ไม่รู้จะตอบอย่างไร ก็รู้สึกดี ถ้าเราไม่ทำก็ไม่มีใครทำใช้ไหม ก็คือมันละมันเป็นที่ของเราที่ต้องดูแลพ่อ ที่ต้องทำ...รู้สึกดี ก็คือได้ดูแลพ่อ ก็คืออย่างไรละ ก็ได้หายให้พ่อก็รู้สึกดี ตอบไม่ถูกเลย...เต็มใจ รับยาให้พ่อ เพราะพ่อเราเป็นอะไรไปเราก็แย ก็ต้องหายาไม่ให้ขาด ดูแลทุกอย่าง ด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์...ก็อย่างไรละ เราก็ได้ดูแลพ่อ เราก็ดี อยุ่อย่างไรละ เราก็เห็นพ่อมีความสุข เราก็ดีใจ พ่อกินข้าวได้ นอนหลับดีอะไรเนี่ย กินยาตามปกติอะไรเนี่ย ก็ดี เห็นพ่อยิ้มได้เราก็มีความสุขไปด้วย ไม่เครียดไม่อะไรเหมือนแต่ก่อน ก็ดี รู้สึกดี ไม่มีอะไร” (ID 8)

### ประเด็นย่อยที่ 2 ได้ทำอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกภูมิใจ

หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแล ได้ตอบแทนผู้ป่วยในฐานะที่เป็นลูก รู้สึกดีที่เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ความหมายก็คือความภูมิใจ เราถือว่าเราเป็นลูก มันเป็นสิ่งที่พระเจ้าสอนความกตัญญูมันก็แล้วแต่ใครจะมากจะน้อย จะให้แบบไหน หรือมีโอกาสหรือเปล่า บางคนอาจจะรักพ่อรักแม่แต่ว่าอยู่ไกล ไม่มีโอกาส แต่เราถือว่าเรามีโอกาสตรงนี้ เราก็ทำงานมาเหนื่อย ห่างบ้านห่างช่องมานาน ก็ถึงเวลาเกษียณบ้านช่องเราก็มี มาอยู่คนเดียวมันก็เหงา มีแม่ก็ไม่เหงา...เรารู้ตัวเราเองใช้มัยไม่ต้องให้ใครมาสรรเสริญเยินยอ เรารู้ตัวเราเองว่าเราทำอะไรตรงนั้น เราก็ภูมิใจในตัวเรา เราก็ทำได้ ดีกว่าบางคนไม่ดูแลแม่ แถมยังพูดเจ็บช้ำน้ำใจ เราไม่มี” (ID 1)

### ประเด็นย่อยที่ 3 เหนื่อยใจ ท้อแท้ที่ต้องดูแล

เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย อาจจะมาจากสาเหตุของความจำเป็นในการรับหน้าที่ดูแล และผู้ดูแลอาจจะไม่เข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น จึงทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งกัน หรือรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยใจในการให้การดูแล เพราะมีหน้าที่ความรับผิดชอบอื่นๆ อีกหลายด้าน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็รู้สึกท้อ แต่ไม่รู้จะทำไง เพราะเป็นแม่ครับ...ท้อแบบว่าเหนื่อยเรื่องอื่น นี่ก็แม่ สารพัดเลย คนเดียว...ก็ต้องทำ เขาเป็นแม่ จะท้อก็ไม่ได้ จะนั่นก็ไม่ได้ เพราะแม่...ไอ้ร่างกายไม่ค่อยเท่าไร จิตใจมันก็มีท้อบ้าง เป็นแม่ต้องทำใจ..ก็เหนื่อยใจ เอ้อ...เราก็ทำออกดี ไม่ดีแสบ ก็คิดว่าแกลเป็นแม่ก็ทำใจครับ...ร้องไห้มี เราก็ทำออกดีทุกอย่าง เหลือแกลคนเดียวไม่รู้จะทำอย่างไร...แบบว่าแสบอะไรก็ต้องนั่ง เดียวก็ให้ทำโน่นนี่ให้แกลไปทำเรียบร้อยแล้ว ไปทำพอกกลับมาแล้ว มันก็ยุ่งๆ มันหลายเรื่องคนเดียว ๆ ไหนจะเรื่องสวน เรื่องอื่น เรื่องไปเอายา เรื่องหมอ โอ๊ย...หลายเรื่องครับ สารพัด...ก็เครียดเหมือนกันครับ เพราะมันหลายด้าน ไหนจะเรื่องสวน ไหนจะเรื่องแกล ไหนจะเรื่องอื่นอีก ทำคนเดียวด้วย” (ID 3)

“ลูกคน หลานคน ไหนจะคนแก่อีก ไอ้โหเอาเหมือนกัน...ไม่รู้ทำอะไร มันก็เครียด มันผ่านมาได้อย่างไรก็ไม่รู้ รู้แต่ว่ามันเครียด แต่ว่าผ่านไปวัน ๆ นั้นนะ เข้ามันปวดกระบาล ปวด

หัวทุกอย่าง...ป่าเองก็สารพัดโรค เราก็เป็น เราก็กลัวเรื่องของเรา ไหนจะเด็ก 2 คน เราก็เครียดเหมือนกัน เครียดถึงขั้นปวดหัวทุกวัน ปวดซิกเดียวบ้าง สองซิกบ้าง ปวดแบบนั้นนะ...น้ำตาร่วง มันทำอะไรไม่ได้นะ น้ำตาร่วง...ไม่เป็นภาระหรอก แต่ว่าเครียด คนในบ้านเครียด เราก็เครียดไปด้วย” (ID 7)

#### ประเด็นย่อยที่ 4 รู้สึกเครียดกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการแสดงคือมีอาการที่เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ผู้ป่วยมักจะแสดงอารมณ์ที่ไม่คงที่ของตนเองออกมา ผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในบางครั้ง อาจไม่เข้าใจในอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รับไม่ได้กับอารมณ์ที่ไม่คงที่ และยังไม่เข้าใจในอาการแสดงของโรคมามากนัก จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“เครียดเหมือนกัน ก็บ่อยเหมือนกัน ไม่รู้จะอย่างไรเวลาเครียด ก็ต้องนั่ง เวลาแสบๆ เราเครียด เราก็ต้องไปที่อื่น” (ID 3)

“ไม่มีนะ ตั้งแต่หลานไปอยู่กับพ่อเขาเนี่ย แกจะไม่ค่อยนั้น พอหลานกลับมา แกก็ดำ เราก็เครียดเหมือนกัน...เครียดคืออย่างไร เดียวแกก็มาเอาอีกล่ะ ก็จะมีอารมณ์เราเสีย...เราคนอยู่ประจำใจ เราอยู่กับแกทุกเวลา ให้อหลานเถียง ๆ เดียวก็ไปโรงเรียน เย็นมานั่งก็ขึ้นห้อง แต่ไอ้กับเราเนี่ย คือถ้าแกอารมณ์เสียมันก็เสียทั้งวัน คือคนเราถ้าเป็นโรคแบบนี้ คือบวกเข้าไปอีก...บีม ๆ พอลูกหลานกลับจากโรงเรียน เราก็บีมเหมือนกัน แล้วมันก็ชน เด็กมันก็ไม่ค่อยฟัง แล้วมันก็บีม” (ID 7)

“สลายไปเลย โคนพ่อบ่น คำว่า ไม่ค่อยมีใครอยู่...อิม แล้วถึงค่อยมากุยกั้นใหม่อะไรอย่างนั้น...เราก็หงุดหงิดไปด้วย อะไรอย่างเนี่ย บางทีเรื่องมันไม่น่าจะเครียด บางทีเขาก็เก็บไปคิด” (ID 8)

#### ประเด็นย่อยที่ 5 พยายามเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกัน

เมื่อให้การดูแลมาเป็นระยะเวลาาน แต่อาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด หาทางออกให้กับปัญหาไม่ได้ และในผู้ดูแลบางคนก็ไม่มีความรู้เรื่องโรคมามาก่อน จึงไม่รู้ว่าจะควรดูแลผู้ป่วยอย่างไร แต่ผู้ดูแลก็ยังคงมีความพยายามที่จะเรียนรู้ เพื่อจะอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยต่อไป ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“อยากถามว่าเรื่องหงุดหงิดจะแก้อย่างไร...พอเราทำปุ๊บ เราก็ทำดีๆ แก่ที่ว่าไม่ดี ทำแบบนี้ให้ดี แก่ที่ว่าไม่ดี ก็ไม่รู้จะทำยังไง...แกทำแกเองทุกอย่าง ทีนี้แกทำไม่ไหวใช่ไหม แกเคยทำ พอทำไม่ได้แกก็หงุดหงิด...ทำได้ดีแล้ว แกก็บอกว่าไม่ดี...แต่แกว่าไม่ดี ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร ไม่รู้จะพูดว่าไง” (ID 3)

“ก็เถียงไง เถียงตั้งนานมาแล้ว คือเถียงจนหมอแกบอกว่า ป้าแกเป็นโรคซึมเศร้า เครียด แกจะไววาย แกจะคิดโน้นคิดนี้ทุกอย่าง ว่าถ้าพี่ยังเถียงแกคงจะบอกหมอเนอะ ป้าแกก็ยังเครียด เราก็เลยไม่เถียง...เราไม่รู้ ว่าอาการอย่างนี้นั้นจะเป็นแบบนี้...แต่แกจะหงุดหงิดง่าย...เราก็ว่า เอ๊ะ แม่เนี่ยเปลี่ยนไป ใคร ๆ ก็ว่า ลูกหลานก็ว่าแม่เปลี่ยนไป คือเราไม่รู้สาเหตุ จนหมอดึงมาบอก แกเป็นโรคเครียด ซึมเศร้า แบบนี้ ทั้ง ๆ ที่ไม่น่าซึมลูกหลานเต็มบ้าน ไม่น่าเป็น” (ID 7)

#### ประเด็นย่อยที่ 6 กังวลกับอาการที่เปลี่ยนแปลง

ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกกังวลกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยได้เปลี่ยนเป็นคนเก็บตัว ไม่พูดจาเหมือนก่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินข้าว การนอน ก็เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นห่วง กลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอะไรไป ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็รู้ว่าเราควรจะพูดคุยกัน ก็ไม่รู้จะพูดอะไร ก็พูดแล้วเขาก็ไม่เชื่อ ไม่คุย ไม่อะไรแล้ว ไม่รู้จะทำอย่างไร...ไม่รู้ว่าจะให้ช่วยอย่างไร ไม่รู้จะบอกว่าไง คิดไม่ออกบอกไม่ถูก อยากให้เขาเป็นเหมือนเดิมแค่นั้นล่ะ...ก็ได้แต่คิด ก็ไม่รู้จะถามใคร...คนอื่นเขาไม่ได้เป็นอย่างนี้เขาจะรู้หรือเปล่า ก็คิดว่าอย่างนั้น อย่างไปโรงพยาบาลก็ไม่รู้จะไปถามหมออะไรอย่างไร ไม่รู้จะถามแบบไหน เพราะที่ไปหาหมอมันคนละโรคกัน...ก็อยากให้เขาไปหาหมอ เขาไม่ไป ให้อะไรก็ไม่รู้จะทำยังไง...ก็เห็นว่าจะชวนให้เขาไป ถ้าหาหมอจะให้เขาไป เขาก็บอกว่าเขาจะไปอะไร ขูดหินปูนด้วยจะไปเมื่อไหร่ยังไม่รู้เลย ได้ยินเขาพูด...ก็ห่วง ก็กลัวต่อไปนาน ๆ จะเป็นอะไรไป...ไม่รู้ อะไรจะอย่างไร ข้าวปลาก็ไม่กิน ๆ นิดหน่อย ๆ แค่นั้นล่ะ...ก็ไม่พูด ไม่คุย ข้าวปลาอะไรไม่กิน ก็พูดกันอยู่แล้วถ้าเป็นอะไรต่อไป ยังไม่เคยได้ยิน ก็เป็นไปนาน ๆ...แกป่วย แต่ไม่รู้จะทำยังไงดี...ไม่สบายใจ ห่วงเขากลับเขาไป อยากให้อยู่ไปเรื่อย ๆ กันไปนาน ๆ นี่เป็นเดือน เป็นปีอีกล่ะ” (ID 9)

## บทที่ 5

### อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายถึงความหมาย และประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผ่านการบอกเล่าเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลได้กระทำแก่ผู้ป่วย และประสบการณ์ต่างๆที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลจำนวน 12 ราย เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลา มากกว่า 6 เดือน จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์คือ 1 – 2 ครั้ง และทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามขั้นตอนของ Colaizzi และนำข้อมูลที่ได้มาสรุปในภาพรวม ซึ่งได้ความหมายและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ดังนี้

1. ความหมายของการดูแลผู้ดูแลได้ให้ความหมายคือเป็นการทำตามหน้าที่ด้วยความรัก และเป็นห่วง, ช่วยเหลือจัดหาสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน, การช่วยให้รู้สึกสบายใจ และสุขสบาย, อยู่ด้วยกันจนถึงที่สุด

2. ประสบการณ์การดูแล และสิ่งที่ได้จากการดูแล แบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การเข้ามาเป็นผู้ดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1 ทำหน้าที่ ช่วยเหลืออย่างเต็มใจ

ประเด็นย่อยที่ 2 ความจำเป็นที่ต้องดูแล

ประเด็นหลักที่ 2 เรื่องที่ให้การช่วยเหลืออย่างเฉพาะเจาะจง

ประเด็นย่อยที่ 1 ต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นย่อยที่ 2 ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและงานอื่นๆ

ประเด็นย่อยที่ 3 ชวนพูดคุยให้ผ่อนคลาย

ประเด็นย่อยที่ 4 ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ

ประเด็นย่อยที่ 5 รอให้อารมณ์ดี

ประเด็นหลักที่ 3 สิ่งที่เกิดขึ้นในการดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1 ดูแลไปแล้วเห็นเขาดีขึ้น

ประเด็นย่อยที่ 2 สบายใจที่ได้ทำ

ประเด็นย่อยที่ 3 ได้ทำอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกภูมิใจ

ประเด็นย่อยที่ 4 เหนื่อยใจ ท้อแท้ที่ต้องดูแล

ประเด็นย่อยที่ 5 รู้สึกเครียดกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน  
 ประเด็นย่อยที่ 6 อยากช่วยให้หาย แต่ไม่รู้วิธี

### การอภิปรายผล

การดูแลในครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ต้องให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกที่ต้องการการดูแลเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือ เนื่องจากความพิการ การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีอาการหลงลืม จึงต้องมีความเข้าใจ และเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (Kespichayawattana, 1999) ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย การเข้ามาเป็นผู้ดูแลนั้น อาจเกิดจากความต้องการที่จะดูแลด้วยตัวของตนเอง หรืออาจเกิดจากความจำเป็นบางอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม ความคิดเห็นและความรู้สึกจึงแตกต่างกัน แต่จุดมุ่งหมายในการดูแลมีความคล้ายคลึงกัน คือหวังให้ผู้ป่วยหายดี มีอายุยืนยาว และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

การให้ความหมายในการดูแล เกิดจากความรู้สึกของตัวผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย และการให้การดูแลของตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย จากการวิจัยครั้งนี้ ได้พบความหมายที่ใกล้เคียงกัน แบ่งได้เป็น 4 ประเด็นคือ

#### 1. เป็นการทำตามหน้าที่ด้วยความรักและเป็นห่วง

ความหมายนี้เกิดจากการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยการเป็นลูก เป็นหลาน บริบทของสังคมไทย ความกตัญญูทวมที่เป็นค่านิยม และเป็นที่ยอมรับในสังคมเป็นหน้าที่อันชอบธรรมของบุตรหลาน ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ดูว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดามารดา การได้ทดแทนบุญคุณเปรียบเสมือนการตอบแทนในความรักที่ผู้มีพระคุณได้มอบให้เมื่อครั้งที่ยังเป็นเด็ก เมื่อเติบโตขึ้นการดูแลจึงเป็นหน้าที่ที่ต้องทำเพื่อทดแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณเหล่านั้น ดังคำกล่าวของผู้ดูแลคือ “ก็เป็นการทดแทนบุญคุณไง พ่อดูแลเราอย่างดีตั้งแต่เด็กแล้ว พ่อไม่เคยดุ ไม่เคยตีเลย เราภูมิใจนะที่มีพ่อดีแบบนี้...ก็ภูมิใจ ใจพ่อเลี้ยงดูเรามา ไม่เคยตีลูกเลย เลี้ยงเราอย่างดี พอถึงเวลาเราก็ดูแลแกบ้าง ตอบแทนแก...ตอบแทนที่แกดีกับเรา...ไม่รู้สิก็อย่างไร เราเป็นลูกหน้าที่เราต้องทำ พ่อแม่ เราเป็นลูกเราก็ต้องทำให้แก่” (ID 2) คำพูดดังกล่าวบอกรับว่าครั้งหนึ่งพ่อของผู้ดูแลได้เลี้ยงดูมาด้วยความรัก ทะนุถนอม ไม่เคยทำให้รู้สึกเสียใจ เลยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีที่มีพ่อที่ดีกับตัวเขาอย่างนี้ สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลของวัตสัน ซึ่งได้อธิบายว่า ความรักอันยิ่งใหญ่ (cosmic love) ระหว่างเพื่อนมนุษย์เป็นที่ตั้งของการดูแล ผู้ให้การพยาบาลต้องให้การพยาบาลด้วยความรัก

(Caritas nursing) เพราะความรักคือพลังที่ผลักดันให้เกิดกระบวนการบำบัดเพื่อการฟื้นฟูหายต่อ ผู้ดูแลและผู้ให้การดูแล (Watson, 1985; 2005; 2008)

เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำของบุตร และแสดงออกซึ่งความกตัญญูตวาทิ ด้วยการเลี้ยงดูตอบแทน และประพฤตินั้นเป็นคนดี (อรรถกถาพรหมสูตรอติ.อ 45/ - / 674 ฉบับมหายานปิฎก, 2537 อ้างถึงใน สมสุตา ผู้พัฒน และจุฬารัตน์ วัฒนะ, 2545) ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากสัมพันธภาพที่ดี และรักใคร่ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่อยู่ในความอุปการะ (Lopez, Arrieta & Crespo, 2005) จึงทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณที่พ่อเลี้ยงดูมา สอดคล้องกับศิริพันธ์ สาสัตย์ (2551) ที่กล่าวว่า เป็นบริบทของสังคมไทย ที่ได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องการทดแทนพระคุณ การได้ดูแลเป็นการทดแทนบุญคุณ เป็นทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี/ภรรยา หรือเป็นลูกหลาน และเป็นการตอบแทนคุณความดี และความรู้สึกดีๆ เหล่านี้พบมากในผู้ดูแลที่รู้สึกอยากดูแลผู้ป่วย และมีความรู้สึกพอใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) เนื่องจากในอดีตผู้ป่วยเคยดีกับผู้ดูแลมาก จึงทำให้ทอดทิ้งไปไม่ได้ ผู้ดูแลจึงยินดีให้การดูแลเพื่อตอบแทนบุญคุณนั้น

## 2. ช่วยเหลือจัดหาสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน

เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลจากการมาเป็นผู้ดูแลนั้น การได้ดูแลผู้ป่วยถือว่าเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกสบาย มีสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวันได้ใช้สอย ไม่ขาดเหลือสิ่งใดและการดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย ดังตัวอย่างคำพูด “ขึ้นมาอาบน้ำ ดิฉันกระดุมไม่ได้ ดิฉันกระดุมให้ คาคเข้มขัดไม่ถึง คาคให้อย่างนี้ บางทีเขาก็ทำเอง แต่เวลานานหน่อย...ทำไม่ได้ เดี่ยวเราช่วย” (ID 5) จากคำพูดนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วย ไม่สามารถทำเองได้ ใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้ดูแลจึงเป็นการคอยช่วยเหลือทำสิ่งต่างๆ แทนผู้ป่วย เพราะในธรรมชาติมนุษย์ทุกคนมีความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดที่เหมือนกัน ได้แก่ ความต้องการทางร่างกาย (physiological needs) เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค อากาศ น้ำดื่ม การพักผ่อน เป็นต้น (Maslow's Hierarchy of Needs cited in Poston, 2009) ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกวัย ไม่เว้นแม้ในผู้ป่วย แต่ด้วยธรรมชาติของผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งจะมี ความเสื่อมตามวัย จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทำได้อย่างยากลำบาก (Aneshensel et al., 1995) จึงทำให้ผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ ก็คือผู้ดูแลในครอบครัว และการดูแลที่ให้นั้น ได้แก่ การดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งได้แก่การอาบน้ำ ช่วยเหลือเรื่องการแต่งตัว การดูแลเรื่องการ

จับถ่าย และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Kespichayawattana, 1999; Davies & Hogginson, 2004) ในการดูแลเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะกระทำโดยญาติที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นการดูแลที่เกิดจากความรัก และต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้ดูแลเรื่องนี้เป็นอย่างมากในการให้การดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2004)

### 3. การช่วยให้รู้สึกสบายใจ และสุขสบาย

ผู้ดูแลให้ความหมายในประเด็นนี้ จากความคิดเห็นที่ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสบายใจ สุขสบาย ช่วยเหลือในสิ่งต่างๆที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพร่างกาย หรือเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังตัวอย่างคำพูด “เขาไม่ขอ ก็ดูแล ว่าเราจะต้องบอกเขา “อะ ท้องเสียใช่ไหม” บอก “กินยาซะ” อะ ปวดหัวกินยา แล้วเย็นนี้ไม่ค่อยจะยอมกินข้าว เขาบอก “กินกล้วย 2 ลูก ก็พอแล้ว ไม่อยากกินข้าว” อะ ก็ไม่บังคับ บังคับเขาไม่ได้” (ID 5) จากคำพูดนี้แสดงถึงสิ่งที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วย นั่นคือการดูแลสุขภาพร่างกาย สัมผัสถึงอาการที่เปลี่ยนแปลง เมื่อมีอะไรเกิดขึ้นก็จะให้การช่วยเหลือ และดูแลสุขภาพจิตโดยการทำตามใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการ หรือไม่ต้องการที่จะทำอะไร จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลแบบนี้เนื่องจากเป็นความต้องการของผู้ป่วย และความต้องการก็ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อใดๆ แก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการแล้ว ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ไม่รู้สึกเหมือนถูกบังคับ และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับ อุษา วงษ์อนันต์ และสุภาณี สนธิรัตน์ (2552) ที่ศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์แห่งตนในผู้สูงอายุว่าเป็นส่วนที่บ่งบอกถึงความเป็นตัวตนที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาพจิตการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งถ้าเป็นการรับรู้ตนเองหรืออัตมโนทัศน์ในทางบวก จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และแก้ปัญหาได้ดี ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเองได้น้อยลง แต่การที่ผู้ดูแลได้ดูแล และกระทำต่อผู้ป่วยด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และหวังดี จึงส่งผลให้ผู้ป่วยภูมิใจ และเกิดความสุข

ในผู้สูงอายุความสุข คือการมีสุขภาพร่างกายที่ดี และจิตใจสดชื่น สุขจากการพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันจากการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในผู้สูงอายุ คือ สุขภาพกาย การยอมรับตนเอง การอยู่ร่วมกัน และความสัมพันธ์ในครอบครัว (วรรณวิสาข์ ไชโย, 2555) เห็นได้ว่าการดูแลได้ตรงตามความต้องการ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความสุข และยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งการที่จะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ทำได้ดังนี้คือ (ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน อ่างถึงใน จิตรา โรจน์ขจรนภาลัย, 2556) คือ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า ระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ ชักชวนพูดคุย ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ



ทำกิจกรรมที่สนใจ ดูแลเรื่องอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และการออกกำลังกาย ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน ให้ความเคารพยกย่องนับถือ ให้อภัยในความผิดพลาดความหลงลืม แสดงความเห็นอกเห็นใจอย่างเหมาะสม

#### 4. อยู่ด้วยกันจนถึงที่สุด

ในความหมายนี้ ผู้ดูแลกล่าวว่าการที่ได้ดูแลกันนั้น จะให้การดูแลกันจนกว่าตัวผู้ดูแลเองจะหมดความสามารถในการดูแล คือป่วย หรือเสียชีวิต หรือจนกว่าผู้ป่วยจะจากไป เป็นการแสดงถึงความรัก ความห่วงใย และพร้อมที่จะมอบทุกสิ่งทุกอย่างให้ เพียงเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ และดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด ไม่ว่าจะมียะไรเกิดขึ้นก็ตาม ดังตัวอย่างคำพูด “ก็เฮ้อ...แก่ก็แก่แล้ว แก่ทำไมไหวแล้ว ต้องดูแลให้แกจนจนถึงที่สุด...หมดชีวิต ลมหายใจ ตาย” (ID 3) จากคำพูดนี้แสดงถึงความรู้สึกของผู้ดูแลว่า ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะรู้สึกอย่างไรที่ได้ดูแลผู้ป่วย แต่ก็ขอดูแลผู้ป่วยอย่างนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะถึงจุดสุดท้ายของชีวิต ที่หมายความว่าถึงตัวผู้ดูแลเอง และผู้ป่วยด้วย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะไม่เกิดเลยในผู้ดูแลที่ไม่มี ความผูกพันกันกับผู้ป่วย แต่จะเกิดจากความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีความผูกพัน มีความรัก มีความห่วงใยต่อกัน และผู้ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกเหล่านั้นได้จะต้องเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เป็นพ่อเป็นแม่ หรือเป็นญาติใกล้ชิดกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รวี ดาวเดือน (2547) ที่ศึกษาถึงความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการที่จะดูแลผู้ป่วย และอยากอยู่ใกล้ชิดจนวินาทีสุดท้าย

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งจะไม่ได้จากไปในทันทีทันใด แต่ด้วยสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมตามวัย ประกอบกับการมีโรคประจำตัว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และทำให้ผู้ป่วยจากไปเมื่อไหร่ก็ได้ จึงทำให้ผู้ดูแลต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และจากการที่ผู้ดูแลได้บอกว่าจะดูแลผู้ป่วยไปจนกว่าจะไม่สามารถดูแลได้ เป็นการแสดงถึงความรักที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับผกายมาศ กิตติวิทยากุล และวันดี ชุนหวิกสิต (2551) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคลมชัก ที่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าผู้ดูแลรัก และเอาใจใส่เขาอย่างมาก และต้องการให้เกิดความสุขจากการที่ได้ดูแลผู้ป่วย

ความหมายของการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุ สรุปได้ว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดจากความรัก ความห่วงใย และความผูกพันที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่เมื่อครั้งผู้ดูแลยังเป็นเด็ก และผู้ป่วยมีหน้าที่คอยดูแลผู้ดูแล เมื่อถึงวันหนึ่งที่ผู้ป่วยดูแลตนเองได้น้อยลง ต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลมากขึ้น ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วย

เป็นการตอบแทนผู้ป่วยด้วยความรัก ความปรารถนาดี อยากให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็น และมีอายุยืนยาว อยู่เป็นกำลังใจ เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรแก่ผู้ดูแลต่อไป

ประสบการณ์การดูแล และสิ่งที่ได้รับจากการดูแล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแล ส่วนใหญ่เกิดจากความรู้ที่มีอยู่เดิม ความเข้าใจ และความรู้สึกที่อยากจะดูแลของผู้ดูแล ถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูด คำบอกเล่าถึงสิ่งที่ตนเองได้กระทำให้แก่ผู้ป่วย และการดูแลที่ให้ได้เฉพาะเจาะจงว่าจะต้องดูแลเรื่องใดเป็นพิเศษ แต่จะให้การดูแลตามสภาพของผู้ป่วย คือถ้าผู้ป่วยมีความต้องการ หรือพร่องในเรื่องอะไร ก็จะทำให้การดูแลเรื่องนั้นมากกว่าปกติ ส่วนเรื่องใดที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ก็จะให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเอง โดยคอยเฝ้าดูอยู่ขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

### ประเด็นหลักที่ 1 การเข้ามาเป็นผู้ดูแล

มีหลากหลายเหตุผลในการที่เข้ามาเป็นผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกเต็มใจที่จะดูแล เกิดจากการความรู้สึกดีๆ ที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย หรือมีความจำเป็นบางประการ แบ่งเป็นประเด็นย่อยได้ดังนี้

**ประเด็นย่อยที่ 1 ทำหน้าที่ช่วยเหลืออย่างเต็มใจ** คือผู้ดูแลรู้สึกดี และมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย เป็นหน้าที่สำคัญของการเป็นลูกคือต้องดูแล ตอบแทนบุญคุณพ่อแม่การกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับในสังคม ผู้ดูแลที่จะรู้สึกเช่นนี้ได้ก็จะต้องมีฐานะเป็นบุตรเท่านั้น เป็นการแสดงถึงความรู้สึกที่ว่า ผู้ป่วยเป็นพ่อแม่ เป็นคนที่เลี้ยงดูมา คนที่จะเป็นคนเลี้ยงดูพ่อแม่ก็คือลูกไม่ต้องให้ใครมาบอก หรือสั่งว่าจะต้องเป็นคนดูแล สอดคล้องกับคันติมา ค้วงโยธา และคณะ (2553) ที่กล่าวว่าผู้ดูแลที่จะดูแลผู้ป่วยในครอบครัวคือ ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวเดียวกัน ในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือญาติ เพราะจะมีความเข้าใจในการเจ็บป่วย สอดคล้องกับสุพรรณษา วงศิริ (2552) ที่ศึกษาถึงบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน มีระยะเวลาในการดูแลนาน ทำให้มีความเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุและสังคมไทยที่ยอมรับในเรื่องความกตัญญูทดเวทิจึงทำให้ลูกต้องมีหน้าที่ตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ สอดคล้องกับบังอร ธรรมศิริ (2550) ที่กล่าวว่า การดูแลเป็นสิ่งที่บุตรหลานพึงกระทำ เพราะเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูทดเวทิจึงและการดูแลผู้สูงอายุควรที่จะมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ เพราะการดูแลได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

และการรู้สึกว่าจะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหายดี เห็นอกเห็นใจ ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะไม่ได้เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็เกิดเพราะความสงสารเห็นใจ ซึ่งผลการวิจัยของมยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ (2552) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ไม่ใช่ญาติสายตรงจะเป็นผู้ที่มีลักษณะอารมณ์มั่นคง มีเหตุผล ชี้คหยุ่น มองโลกในแง่ดี และการมองโลกในแง่ดีก็ส่งผลต่อการดูแล เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระได้ด้วย (คูสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554)

**ประเด็นย่อยที่ 2 ความจำเป็นที่ต้องดูแล** เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีใครที่ว่างพอ ที่จะมาดูแลรับผิดชอบ การมาดูแลผู้ป่วยในตอนนี้เกิดจากการที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องมารับหน้าที่เนื่องจากไม่มีใครนอกจากผู้ดูแลดังตัวอย่างคำกล่าว สองคำกล่าวนี้ “คือว่าลูกเขาไม่อยู่นี่ ฉันก็ต้องดูแลแทนลูกเขา” (ID 5) และ “คือว่าไม่มีใคร เราก็ต้องดูแล...ลูกเขาก็กินทำงานกัน” (ID 5) เห็นได้ว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าจำเป็นจะต้องทำ เพราะไม่มีใครที่ดูแลผู้ป่วยได้ในตอนนี้ และความจำเป็นที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความรู้สึกเต็มใจ หรือไม่เต็มใจก็เป็นได้ ซึ่งสามารถพบเห็นได้สอดคล้องกับงานวิจัยของคูสิต จันทยานนท์ และคณะ (2554) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้หลายกลุ่ม คือรู้สึกอยากดูแล พอใจที่ได้ดูแล ผู้ดูแลที่ไม่อยากดูแล แต่เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ และผู้ดูแลที่ไม่อยากดูแลผู้ป่วยเลย เพราะคิดว่าเป็นภาระ แม้ว่าการเข้ามาเป็นผู้ดูแลด้วยเหตุผลของความจำเป็น แต่ผู้ดูแลก็จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปตามบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ แม้จะไม่ได้มีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ดูแลเท่าใดนัก แตกต่างกับวิภาวรรณ ชุ่ม (2537 อ้างถึงใน บุญวดี เพชรรัตน์, 2546) กล่าวว่าสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ อาจจะมีความรู้สึกเครียดหรือถูกคุมคามการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ก็ยังมีความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการให้การดูแลที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย เป็นการดูแลเฉพาะของโรคซึมเศร้า การให้การดูแลนั้นเป็นไปตามการรับรู้ของผู้ดูแล ว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ซึ่งแบ่งได้เป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

**ประเด็นหลักที่ 2 เรื่องที่ให้การช่วยเหลืออย่างเฉพาะเจาะจง**

**ประเด็นย่อยที่ 1 ต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ**

เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นที่จะต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการที่อาจจะกำเริบได้ และผู้ป่วยก็เป็นผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว การได้รับยา ให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และพาไปพบแพทย์จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว

ดังกล่าวของผู้ดูแล “คือให้ยา คือหมอเขาจะสั่งยา คือให้ยาตอนเช้า หลังอาหารเช้า แล้วก็ก่อนนอน 2 ครั้ง คือก่อนหนูจะมาทำงานนี้ หนูก็ให้เขาไป แล้วพอหนูกลับจากทำงานแม่เขาจะนอน หนูจะให้เขา” (ID 6) และ “รับยาให้พ่อ เพราะพ่อเราเป็นอะไรไปเราก็กิน ก็ต้องหาไม่ให้ขาด” (ID 8) จากคำพูดของผู้ดูแลทั้งสอง เห็นได้ว่าผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เพราะทราบดีว่าการรักษาผู้ป่วยให้หายดี ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (American Nurse Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวน์ ล่องชูผล, 2548; อัจฉารธรรม แก่นอินทร์, 2548 และ พูลสิน เกลิมวัฒน์, 2552) คือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นให้ยาผู้ป่วยให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา เพราะการรักษาที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูงสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคือการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Bump, Mulsant, Pollock, Mazumdar, Begley, Dew & Reynolds, 2001; das Gupta, 1998; Salzman, Wong & Wright, 2002 cited in Ell, 2006) ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า และการรักษาที่ไม่ดีพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น (Pfaff & Almeida, 2004) การฆ่าตัวตายถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549, อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา คำริการเลิศ, 2553)

### ประเด็นย่อยที่ 2 ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันและงานอื่นๆ

คือการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการทำให้ผู้ป่วยทั้งหมดในกรณีที่คุณดูแลตนเองไม่ได้ และดูแลเฉพาะบางเรื่องเนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ดังคำกล่าวของผู้ดูแล “ดูแลอาบน้ำ อาบทำ ทำอะไรให้แก หุงข้าวหุงปลา...ก็แบบว่า หุงข้าวหุงปลาทำอะไรให้แก ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำหมดทุกอย่าง” (ID 10) จากคำกล่าวนี้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลจึงต้องดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งอัมพร โอตระกูล (2538 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว, 2547) ได้กล่าวถึงการสูญเสียสมรรถภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิง ดังนั้นการดูแลส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองยังมีค่า (ประไพพรรณ สุนทรไชยา, 2546) การดูแลด้านร่างกายให้ได้รับความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องอาหารการกิน หรือยามเจ็บป่วยเป็นการดูแลที่ผู้ดูแลสามารถทำได้โดยไม่ถือว่าเป็นความสามารถ (สุพรรณาวังศิริ, 2551) สอดคล้องกับ Alexopoulos (2005) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการจัดการเรื่องการนอนหลับ การรับประทาน

อาหาร การออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และลดระดับอาการของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และการนอนไม่หลับได้

### ประเด็นย่อยที่ 3 ชวนพูดคุยให้ผ่อนคลาย

เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลเรื่องใดผู้ดูแลจึงมีหน้าที่คอยปลอบใจผู้ป่วย ดูแลด้วยการพูดคุย ซักถาม และให้คำแนะนำ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ดูแล “คอยปลอบ บางทีแก็ก่ห้วงคนนั้นเป็นอย่างนี้ คนนี้เป็นอย่างนั้น เราก็บอก “แม่อย่าเอาความทุกข์คนอื่นมาใส่ตัว แม่อยู่สบายๆ ถึงเวลากินกิน ถึงเวลานอนนอน อยากรู้อะไร อยากรู้อะไรไป” ผมก็จะพูดอย่างนี้” (ID 1) ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วย และไม่อยากให้ผู้ป่วยต้องกังวลกับเรื่องต่างๆ จึงคอยปลอบใจผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบ โยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงต้นนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย (American Nurse Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวณี ล่องชูผล, 2548; อัจชาวรรณ แก่นอินทร์, 2548 และ พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2552) การพูดคุยเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลทำมากที่สุด เพราะเป็นการสื่อสารที่ใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถสื่อถึงความรู้สึกต่างๆ เป็นการบอกเล่าสิ่งที่อยู่ในใจ ระบายความรู้สึกที่มีการดูแลทางจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Kespichayawattana (1999) เป็นลักษณะการพูดคุย การอยู่ด้วยตลอดเวลา ทำให้รู้สึกอบอุ่นใกล้ชิด การใช้อารมณ์ขันพูดคุยกับบิดามารดา เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งจากผู้ดูแล และผู้ได้รับการดูแล

การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีประสิทธิภาพได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การทำจิตบำบัดประคับประคอง การบำบัดโดยการแก้ปัญหา และการบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Alexopoulos, 2005) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น ในเรื่องของการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ซึ่งการพูดคุยเป็นส่วนหนึ่งของการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ ผู้ดูแลอาจจะไม่ทราบถึงขั้นตอน และวิธีการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ แต่ก็ได้ให้การดูแลที่ใกล้เคียงกันนี้ โดยการพูดคุยเพื่อเป็นการผ่อนคลายกับผู้ป่วย

### ประเด็นย่อยที่ 4 ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ

คือการให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกมีคุณค่า ผู้ดูแลจึงให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆที่ชอบทำ และเป็นการลดความตึงเครียดของผู้ป่วย ดังคำกล่าว “ทำก็มีเหมือนกัน อย่างแก็ก่ไม่ได้ เมื่อก่อนไปตัดแล้ว ไปตัดไปแต่ง บอกแม่ไม่ต้องทำ แล้วแก็ก่คนสวนนะนะ แก็ก่ไม่ได้ที่จะต้องเดิน ตอนนีแก็ก่เลยไม่ได้บังคับอะไร

แก่มาก ถ้าแม่เดินไหวก็โอเค บางทีจะไปบ้านน้องมันไกล ก็นั่งรถเข็นเข็นไป ก็เดินได้แถว ๆ นี้” (ID 1) เห็นได้ว่าจากคำกล่าวของผู้ดูแล ผู้ดูแลรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วย ไม่อยากให้ผู้ป่วยทำอะไร เนื่องจากสภาพร่างกายที่ร่วงโรยตามอายุของผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน แต่ถ้าเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยเคยทำ และไม่เกินกำลังความสามารถของผู้ป่วย ผู้ดูแลก็จะให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมนั้น การจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น (American Nurse Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เซาวณี ล่องซุผล, 2548; อัจชาวรรณ แก่นอินทร์, 2548 และ พูลสิน เถลิมวัฒน์, 2552) เพราะอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยทั่วไปแล้ว จะมีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ การทำกิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเช่นนี้แล้ว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ รู้สึกสิ้นหวัง และไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อีก เป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า และคิดฆ่าตัวตายได้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่ชอบเป็นส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น (American Nurse Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เซาวณี ล่องซุผล, 2548; อัจชาวรรณ แก่นอินทร์, 2548 และ พูลสิน เถลิมวัฒน์, 2552)

### ประเด็นย่อยที่ 5 รอคื่ออารมณ์ดี

ผู้ป่วยมักมีอารมณ์ที่ไม่คงที่ คืออาจจะมีหงุดหงิด โมโหง่าย ผู้ดูแลจึงต้องคอยใส่ใจและสังเกตอาการของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยมีอารมณ์ไม่ดี หรือกำลังโมโห ก็จะต้องรอให้อารมณ์ดีก่อน เพื่อเป็นการระงับอารมณ์ผู้ป่วย และเพื่อตัวผู้ดูแลเองจะได้ไม่มีอารมณ์คล้อยตามผู้ป่วยไปด้วย ดังคำกล่าวของผู้ดูแล “ก็พยายามทำ แก่หงุดหงิดเรื่องไหนก็พยายามทำเรื่องอะไรนะ ทำให้แกหายหงุดหงิดนะ อย่างเช่นแกเครียดเรื่องไหนก็ทำเรื่องนั้นให้มันดี บางทีเป็นห่วงเรื่องการเรียนลูกอะไรอย่างเนี่ย แต่ตอนนี้ น้องพี่เรียนจบหมดแล้ว จบหมดทุกคนละ บ้านไม่สะอาดพวกน้อง ๆ ก็ช่วยกันทำ แม่ก็ช่วยทำความสะอาดบ้าน บางทีวางของไม่เป็นที่เป็นทาง หรือเก็บของผิดที่ผิดทาง แบบไม่เข้าที่เข้าทาง ก็เขาก็จะเครียดหงุดหงิดละ” (ID 8) การดูแลด้านจิตใจที่สำคัญคือต้องเข้าใจพื้นฐานของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนว่าจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดหรือโมโหง่าย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถที่จะปรับตัว และยอมรับสภาพที่ผู้ป่วยเป็น จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิญา เจริญฉ่ำ (2551) ที่ศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวใน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลต้องมีการปรับสภาพจิตใจของตนเองให้พร้อมก่อน เพื่อที่จะยอมรับตนเองในการเข้ามาเป็นดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอัดอั้น กระทบกระวาย ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากนั้นแล้ว การรับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยเช่น อารมณ์โกรธ เศร้า เสียใจ ร้องไห้ โดยที่ไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยจะไวต่อการถูกปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการกระทบกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (American Nurse Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวนี ล่องชูผล, 2548; อัจฉาพรรณ แก่นอินทร์, 2548 และ พูลสิน เกลิมวัฒน์, 2552)

### ประเด็นหลักที่ 3 สิ่งที่เกิดขึ้นในการดูแล

#### ประเด็นย่อยที่ 1 ดูแลไปแล้วเห็นเขาดีขึ้น

เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้น ผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแล คือผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น มีอาการซึมเศร้าลดลง สามารถที่จะใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีอารมณ์ที่คงที่มากขึ้น จากการสังเกตของผู้ดูแลดังกล่าวของผู้ดูแล “เขาก็คุยกับคนนั้นคนนี้ได้ ร่างกายก็ดีขึ้นก้าวเดินได้ตามปกติ จิตใจก็ดี คราวนี้ก็คุยกับลูกค้า เพื่อนบ้านได้ ไร่เรียงแจ่มใสดี ก็ไม่มีอะไร อารมณ์ก็ดี ไม่ค่อยเครียดแล้ว ถ้าได้ยากินอารมณ์ดี ปกติดี ไม่มีอะไร ไม่ซึมเศร้าแล้ว สังคมก็ดี อยู่กับสังคม เพื่อนบ้านก็ดี ก็ไม่มีปัญหาอะไรแล้วตอนนี้ ก็ดีหมด” (ID 8) จากการสังเกตของผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เพราะก่อนหน้านี้ที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ผู้ป่วยมีความคิดจะฆ่าตัวตาย แต่หลังจากที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความคิดอยากตายอีก และกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยคือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย แม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้น (American Nurse Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวนี ล่องชูผล, 2548; อัจฉาพรรณ แก่นอินทร์, 2548 และ พูลสิน เกลิมวัฒน์, 2552)

การดูแลที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นนั้น ต้องอาศัยความอดทนของผู้ดูแลเป็นส่วนประกอบหลัก เพราะถ้าผู้ดูแลไม่มีความอดทนมากพอที่จะดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายก็จะทำให้การดูแลที่ให้ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการหายของโรค คือทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง

หรืออาจมีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Reivich & Shatt (2002) ที่ว่าบุคคลที่มีความหุนหันตัว ต้องมีความสามารถมองโลกในแง่ดี อันได้แก่ การเชื่อว่าสิ่งต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งการมองโลกในแง่ดีนั้น ทำให้บุคคลอดทนต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของคันติมา ดวงโยธา และคณะ (2553) ที่พูดถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เชื่อว่าถ้าใช้ความอดทนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป อาการของผู้ป่วยจะต้องดีขึ้น

### ประเด็นย่อยที่ 2 สบายใจที่ได้ทำ

คือสิ่งที่ผู้ดูแลได้ให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ และการดูแลในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เมื่อได้ทำให้ผู้ป่วยแล้วผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ทำ เพราะได้ดูแลด้วยตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ดูแล “เราทำให้แกเองเราสบายใจกว่า ถูกใจเขา คนอื่นทำบางทีเขาไม่ค่อยถูกใจ ผมจะทำอะไรเขาก็ชอบ ถูกใจ” (ID 1) ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแลทำให้ผู้ป่วยพอใจ และได้ทำเองเพราะมีความคิดว่าคนอื่นคงดูแลได้ไม่ดีเท่าตัวผู้ดูแลแล้ว ความรู้สึกดีที่เกิดขึ้นเกิดจากความรู้สึกผูกพันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ด้วยความรัก และเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อทำการดูแลผู้ป่วย (Gonzalez et al., 2010) สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลของวัตสัน (Watson, 1985; 2005; 2008) ที่ให้การดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้สมหวังในชีวิตโดยการตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดที่สุดในสิ่งที่เป็นไปได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก

### ประเด็นย่อยที่ 3 ได้ทำอย่างเต็มที่แล้วรู้สึกภูมิใจ

เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วย เป็นความรู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแล และภูมิใจที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากการดูแลที่ตนเองได้มอบให้แก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ดูแล “ตัวเราเองหรือเราก็สบายใจ เพราะเราดูแลแม่เราดีนะ ไข้ไหม ก็หาหมอลงถึง เราก็สบายใจ...รู้สึกดีที่เราได้ทำ แล้วต้องห่วงแกเพราะแกเป็นโรคหลายอย่าง แต่ว่าสุขภาพแม่พวกเราจะดูแลเขาอยู่ตลอดเวลา คือถ้าไม่สบายเป็นโรคอะไรเราจะรีบให้หาหมอก่อนเลยไข้ไหม รีบไปรักษาตั้งแต่แรก ๆ” (ID 4) จากคำกล่าวนี้ผู้ดูแลรู้สึกภูมิใจที่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันการณ์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น เห็นได้ว่าผู้ดูแลเข้าใจ และรับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการป่วยและต้องได้รับการรักษาจึงได้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และดูแลตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สอดคล้องกับงานมยุรี กลับบงษ์และคณะ (2552) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูง ซึ่งตรงข้ามกับงานวิจัยของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานาถ สุวักขณ์ (2546) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และ



การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังน้อย แต่จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก และให้การดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ของตนเอง

#### ประเด็นย่อยที่ 4 เหนื่อยใจ ท้อแท้ที่ต้องดูแล

เป็นความรู้สึกในด้านไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ดูแล อาจเป็นเพราะความเหนื่อยล้าจากการดูแลเนื่องมาจากการไม่เข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น อาจจะมาจกสาเหตุของความจำเป็นในการรับหน้าที่ดูแล จึงทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งกัน หรือรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยใจในการให้การดูแล เพราะมีหน้าที่ความรับผิดชอบอื่นๆ อีกหลายด้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดังคำกล่าว “ก็เหนื่อยใจ เอ้อ...เราก็ออกอกดี ไม่ดีแถมกัน ก็คิดว่าแถมเป็นแม่ก็ทำใจครับ...ร้องไห้มี เราก็ออกอกดีทุกอย่าง เหลือแถมคนเดียวไม่รู้จะทำอย่างไร” (ID 3) สิ่งที่ผู้ดูแลกล่าวออกมา เห็นได้ว่าผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้นเป็นเพราะผู้ดูแลไม่เข้าใจในอาการที่ผู้ป่วยเป็น และผู้ป่วยก็ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงทำให้เกิดการขัดแย้งเกิดขึ้น และผู้ดูแลยังมีหน้าที่ความรับผิดชอบอื่นๆ อีก และจากลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล กลุ่มอายุของผู้ดูแลจะอยู่ในช่วงอายุ 20 – 60 ปี ซึ่งยังอยู่ในช่วงวัยทำงาน มีภาระงานอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว การปรับตัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเวลาการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน หรือทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดที่สูงขึ้น (อรุณี ชุนหบดี และคณะ, 2556) ซึ่งผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลายาวนาน จนทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้อีก ต้องพบกับภาวะอ่อนล้า และหมดกำลังใจที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ (Selye, 1956) สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ (2552) ที่พบว่าความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยลดต่ำลง

#### ประเด็นย่อยที่ 5 รู้สึกเครียดกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย เนื่องมาจากอาการแสดงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การที่ผู้ดูแลได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และอาจไม่เข้าใจในอาการของโรครุนแรงเท่าไรนัก จึงทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์ที่หงุดหงิดตามอาการของผู้ป่วยด้วยดังตัวอย่างคำพูด “สลายไปเลย โคนพ้อบ่น คำว่า ไม่ค่อยมีใครอยู่...อืม แล้วถึงค่อยมาคุยกันใหม่อะไรอย่างนั้น...เราก็อหงุดหงิดไปด้วย อะไรอย่างเนี่ย บางทีเรื่องมันไม่น่าจะเครียด บางทีเขาก็เก็บไปคิด” (ID 8) คำพูดดังกล่าวอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมักจะมีอารมณ์ที่หงุดหงิด และเครียดในเรื่องต่างๆ ได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดตามไปด้วย และถ้าผู้ดูแลไม่ทราบถึงอาการแสดงของโรคซึมเศร้าว่าจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย ก็ยิ่งเพิ่มความรู้สึกเครียดมากขึ้นอีก สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Ahlstrom, Skarsater & Danielson (2008) ที่ศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า บุคคลในครอบครัวรู้สึกว่าไม่มีความแน่นอนกับอาการ และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงของวันของผู้ป่วย เพราะอาการแสดงของโรคซึมเศร้ามักจะมีอาการแปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอาการเศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4-5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น (สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2547)

### ประเด็นย่อยที่ 6 อยากช่วยให้หาย แต่ไม่รู้วิธี

เป็นความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นสาเหตุมาจากการดูแลผู้ป่วย แล้วไม่ประสบความสำเร็จ หรือดูแลแล้วผู้ป่วยก็ยังไม่มีอาการดีขึ้น ร่วมกับที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วย เป็นอยู่จึงหาทางออกในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้หายจากอาการที่เป็นได้ ดังคำกล่าว“*ป่าเองก็สารพัดโรค เราก็คือ เป็น เราก็คือผู้ดูแลของเรา ไหนจะเด็ก 2 คน เราก็คือเครียดเหมือนกัน เครียดถึงขั้นปวดหัวทุกวัน ปวดซีกเดียวบ้าง สองซีกบ้าง ปวดแบบนั้นนะ*” (ID 7) คำกล่าวที่ขมมาแสดงถึงความรู้สึกของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าดูแลเป็นภาระ เพราะต้องทำอะไรหลายอย่าง และไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว นอกจากนั้นตัวผู้ดูแลเองก็ยังมีโรคประจำตัวด้วย จึงคิดว่าเป็นเรื่องยากที่จะต้องทำ และรู้สึกเครียด ทำให้ไปแสดงออกทางด้านร่างกายคือปวดหัว สอดคล้องกับ Robinson et al., 2009 ที่ศึกษาถึงผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาว พบว่าผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และไม่สามารถหยุดพักการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และอีกคำกล่าวคือ “*ก็รู้ว่าเราควรจะพูดคุยกัน ก็ไม่รู้จะพูดอะไร ก็พูดแล้วเขาก็ไม่เชื่อ ไม่คุย ไม่อะไรแล้วไม่รู้จะทำอย่างไร*” (ID 9) เป็นคำพูดของผู้ดูแลที่มีฐานะเป็นภรรยาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น เลยไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรผู้ป่วยจึงจะมีอาการที่ดีขึ้น การที่ผู้ดูแลเป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกรัก และผูกพันกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ไม่ดีขึ้น และขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดที่สูงมากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในฐานะบุตร หรือผู้ดูแลที่เป็นบุคคลอื่นๆในครอบครัว สอดคล้องกับ Schulz & Sherwood, 2009 ที่ศึกษาถึงผลกระทบทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผลกระทบด้านจิตใจที่มีเพิ่มมากขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การเป็นอยู่ของผู้ป่วย การสูญเสีย การรับรู้ ความพิการทางร่างกาย การได้รับการช่วยเหลือ อายุ สัมพันธภาพ และเพศ ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต และผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจสูงมากขึ้น และผู้ป่วยก็เพิ่งมีอาการมาไม่นาน ผู้ดูแลจึงไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมากเท่าที่ควร สอดคล้องกับแนวคิดการดูแล

ตนเองของโอเรม (Orem, 1985 อ้างถึงใน ฉันทยา นาคฉัตรีย์, 2551) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะแปรเปลี่ยนตามประสบการณ์ ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก จะมีความรู้ ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลน้อย ทั้งด้านการปรับตัว การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เนื่องจากประสบการณ์จะสอนให้เกิดการแก้ปัญหาต่าง ๆ

จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพบว่า ประสบการณ์การดูแลต่าง ๆ นั้น เกิดจากตัวผู้ดูแลเองที่ได้ลองผิดลองถูกในการดูแลผู้ป่วยมา มีเหตุผลอย่างเดี๋ยวจึงคือหวังให้หายจากอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และเป็นการมอบความรักความเอาใจใส่ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ โดยเน้นการดูแลในเรื่องของการดูแลให้ยาต่อเนื่อง และดูแลให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งอารมณ์ที่เป็นปกติ ผู้ที่จะมีส่วนช่วยเหลือผู้ดูแลในการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค อาการของโรค และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เป็นหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เกิดการกำเริบของโรคซ้ำ นำมาซึ่งความผาสุกของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้ที่ศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน สามารถนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ต่อได้ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล

1. ใช้เป็นความรู้ในการดูแลที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน
2. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวลในผู้ดูแล

#### ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การวิจัยนี้ทำในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เป็นการศึกษาที่ทำเฉพาะในชุมชนที่จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งในแต่ละบริบทของสังคมไทยมีความแตกต่างหลากหลายทางสภาพภูมิประเทศ วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย
2. เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นเพิ่มเติม และศึกษาถึงความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย และผู้ดูแลด้วย
3. นำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยรูปแบบ

อื่น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กมล สุกีน. (2554). 4 มิติ ผู้คุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในชุมชน. กรุงเทพฯ : ที ทิว พี,  
เกษศดาพร แป้นทอง. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ต่อภาวะและ  
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลไชโย. โครงการศึกษาอิสระ  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingresoll - Dayton.  
(2543). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย : การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพุดนาวิทยา  
และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 (3) : 21 - 34.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2546). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.  
เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์,
- จอม สุวรรณโน. (2541). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล  
ศาสตร์ 7 (3) : 147 - 154.
- นันทยา นาคฉัตรีย์. (2551). ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อ.เมือง  
จ.สุราษฎร์ธานี. <http://www.thailis.or.th/tdc/> สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2556
- ชาย โพธิสิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ :  
อมรินทร์พริ้นติ้ง,
- ชรัตน์ ดันดีอานวย. (2550). ประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการ  
พิมพ์,
- ดวงรัตนา สุขบูรณ์. (2547). บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกชมรม  
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาการศึกษา  
มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- คูสิต จันทยานนท์ และคณะ. (2554). ทักษะคดีและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 1 (1) : 58 - 65.
- ต้นติมา คิ้วงโยธา และคณะ. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 16 (2) : 50 - 65.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และ อูมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้า ในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56 (2) : 103 - 116.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว. (2547). การได้รับการดูแลจากครอบครัวผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏเลย.
- ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจ ระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทย การศึกษาระดับชาติ ปี 2551. [http://164.115.5.58/seminar/file/20110707/oral\\_presentation6/o6\\_04.pdf](http://164.115.5.58/seminar/file/20110707/oral_presentation6/o6_04.pdf) สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2555
- นิตา ชูโต. (2551). การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พรินต์โพร,
- นงลักษณ์ ทรงถ้ำเจียก. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นุสรรา วรรภัทราท. (2547). ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เบญจา ยอดคำเนิน – แอ็ดติ๊กซ์ และคณะ. (2541). การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. พิมพ์ครั้งที่ 4. โครงการเผยแพร่ข่าวสารและศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,
- เบ็ญจลัักษณ อัครพสุชาติ. (2550). บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลัษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 21 (4) : 249 - 258.
- ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. (2544). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพพรรณ สุนทรไชยา. (2546). การสร้างวิถีเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากความรู้สู่การปฏิบัติครั้งที่ 1. กองส่งเสริมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ผกายมาศ กิตติวิทยากุล และวันดี ชุณหวิภิสิต. (2551). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 26 (4) : 339-347.
- พรรณี สมเทศน์. (2550). การดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว : กรณีศึกษาบ้านนาศรีดงเค็ง ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- พุดสสิน เฉลิมวัฒน์. (2552). ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พอลลีน กิณเฑาะดี และ สายศิริ ด่านวัฒนะ. (2552). คู่มือประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สหพัฒนไพศาล,
- ภาวดี เหมทานนท์. (2546). ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และผลลัพธ์จากการดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์,

- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). **คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี,
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2542). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
กรุงเทพฯ: สุวีชาญการพิมพ์,
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ที คิว พี,
- มยุรี กลับบงษ์ และคณะ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. **วารสารพฤติกรรมศาสตร์** 15 (1) : 57 - 75.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัจจัยในการวิจัย**. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 1 : 84 - 94.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2549). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. **วพวส.** 7 (4) : 60 - 67.
- รวี เดือนดาว. (2547). **ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). **Management of Suicide**. กรุงเทพฯ: บอสโกออฟเซ็ท,
- วันเพ็ญ แสงสงวน. (2539). **การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**. เอกสารการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พ.ศ.2538. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณวิสาข์ ไชโย. (2012). **ทรงสนะเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์**  
**วารสารมนุษยศาสตร์สาร** 13(1) : 16-30
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ด้านสุทธาการพิมพ์,
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : แอคทีฟ พรินท์,
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). **ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disorder**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท,

- สุพัตรา พุ่มพวง. (2547). ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณษา วังศิริ. (2551). บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามพิษณุโลก.
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2545). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3,
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง,
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2544). คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์,
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์,
- สถิตย์ วงศ์สุรประภิต. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สยาม มุสิกะไชย. (2549). ความต้องการการดูแลหลังการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด. จาก <http://www.sdte.go.th/paper/73> สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2555
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง,
- อุมพร ตรังคสมบัติ และ คุณิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 41 (4) : 222-228.
- อังคณา หมอนทอง. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.



วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉราวรรณ แก่นอินทร์. (2548). การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิญา เจริญจำ. (2551). ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และ ลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและ ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิง, อรุณี ชุนหบดี และคณะ. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี : 24 (1)

## ภาษาอังกฤษ

Ahlstrom, B. H., Skarsater I., & Danielson E. (2009). Living with major depression: experiences from families' perspectives. **Scandinavian Journal of Caring Science** 23 : 309-316.

Ahn, Y.H & Kim, M. J. (2004). Health Care Needs of Elderly in Rural Community in Korea. **Public Health Nursing** 20 (2) : 153 - 161.

Alexopoulos .G.S (2005) depression in the elderly. **The Lancet** 365 (9475) : 1961–1970

Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Zarit, S.H., Whitlatch, C.J. (1995). **Profiles in caregiving. The Unexpected Career**. Academic Press : San Diego,

Aryl, D. (2008). Putting Evidence Into Practice: Interventions for Depression. **Clinical Journal of Oncology Nursing** ; 12 (1) : 131 - 140.

Beck, A.T. (1967). **Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects**. New York: Harper Row,

Beck, A.T., et al. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York : Guilford,

Belanoff, et al. (2001). Current Opinion in Psychiatry . **Am J Psychiatry** 16 (1) : 89 - 119.

- Biegler, P. (2008). Autonomy, Stress and treatment of depression. **BMJ** 36 : 1046 - 1050.
- Bosworth, H.B., et al. (2002). Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 17 (3) : 238 - 246.
- Concha, A., et al. (2003). Concept of health and health needs of suburban residents in a developing country: Qualitative study. **Asia Pacific Family Medicine** 2 : 107 - 113.
- Dangdomyouth, P. (2006). **Family caregiving process for a person with schizophrenia**. Thesis Doctor degree Chulalongkorn University.
- Davis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. **Family and Community Health** 15 : 1 - 9.
- Dowrick, C., et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression : multicentre randomized controlled trial. **BMJ** 321 : 1 - 6.
- Ell, K. & Enguidano, S. (2004). **Evidence-based Depression Care for Elders in Home Health & Geriatric Care Management**. National Gerontological Social Work Conference : Anaheim,
- Ell, K. (2006). Depression Care for the Elderly : Reducing Barriers to Evidence Based Practice. **Home Health Care Serv Q** 25 (1-2) : 115 - 148.
- Garrido, M.M., et al. (2009). Perceived need for mental health care among community-dwelling older adults. **Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences** 64 (6) : 704 - 712.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1992). **Common mental disorders : a biosocial model**. London : Rutledge,
- Gonzalez, L. A. M., et al. (2010). The experience of family caregivers of older people with depression. **Rev Esc Enferm USP** 44 (1) : 32 - 38.
- Houtjes, W., et al. (2010). Major depressive disorder in late life : a multi focus perspective on care needs. **Aging and Mental Health** 14 : 874 - 880.
- Kespichayawattana, J. (1999). **Katanyu Katavedi and caregiving for frail elderly parents : the perspective of Thai Families in Metropolitan Bangkok Thailand**. Thesis Doctor degree Oregon Health Sciences University.

- Lai, D.W.L & Thomson, C. (2009). The Impact of Perceived Adequacy of Social Support on Caregiving Burden of Family Caregivers. **The Journal of Contemporary Social Services** 92 (1) : 99 - 106.
- Lee, K. H. (2010). Help-seeking behaviors by Korean Americans with depression or anxiety. Unpublished doctoral dissertation. University of Illinois at Chicago. Retrieved from <http://web.ebscohost.com> September 9, 2011
- Lewin, L. (2003). **The Client with a Depressive Disorder** . In : Deborah, Antai-Otong CD, editor. *Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts*. United States : Thomson Learning,
- Lotrakul, M. (2005). Suicide in the north Thailand. **J Med Assoc Thai** 88 : 944 - 948.
- Mellor, D., et al. (2008). The Management of Depressed Elderly Care Recipients : Family Perspectives on the Skills of Professional Carers. **Journal of Community Health Nursing** 25 : 44 - 61.
- Mojtabai, R. & Olfson, M. (2004). Major depression in community – dwelling middle – aged and older adults : prevalence and 2 – and 4 – year follow – up symptoms. **Psychological Medicine** 34 (4) : 623 - 634.
- Paykel, E. S. & Priest, R.G. (1992). Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. **BMJ** (161) : 633 - 637.
- Persky, T. (2011). Overlooked and Underserved: Elders in Need of Mental Health Care. Retrieved from <http://www.mhaging.org/info/olus.html> January 21, 2012
- Pfaff .J. J., Almeida O. P. (2004). Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. **Journal of Affective Disorders** 83 : 73–79.
- Poston B. ( 2009). **An Exercise in Personal : Exploration:Maslow’s Hierarchy of Needs**. *The Surgical Technologist* : 347-353.
- Reivich K. & Shatt A. (2002). **The resilience Factor**. New York : Random house,
- Roose, S.P. & Sackeim, H.A. (2004). **Late – life Depression**. USA : Oxford University Press,
- Selye H. (1956). **Stress : The physiology and pathology of exposure to systemic stress**. 2<sup>nd</sup> ed.New York : McGraw – Hill,

- Sidik, S.M, Zulkefli, N.A.M, Mustaqim A. (2003). Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. **Asia Pacific Family Medicine** 2 (4) : 196 - 199.
- Skarsater, I., Baigi, A., and Haglund L. (2006). Functional status and quality of life in patient with first - episode major depression. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 13 : 205-213.
- Suominen, K. et al. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. **Am J Psychiatry** 161 (3) : 562 - 563.
- Svedberg, P., Jormfeldt, H., Fridlund, B. (2004). Perceptions of the concept of health among patients in mental health nursing. **Issues in Mental Health Nursing**, 25 : 723 – 736.
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H., Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. **Journal of Affective Disorders** 81 : 211 – 222.
- Watson, J. (1985). **Nursing : human science and human care : a theory of nursing**. Norwalk : Connecticut,
- Watson, J. (2005). Caring theory as ethical guide to administrative and clinical practices. **Nursing Administration Quarterly** 12 : 18 - 55.
- Watson, J. (2008). **The Philosophy and Science of Caring**. Boulder : University Press of Colorado,
- Worakul, P., Thavichachart, N., Lueboonthavatchai, P. (2007). Effects of Psycho – educational Program on Knowledge and Attitude upon Schizophrenia of Schizophrenic Patients' Caregivers. **J Med Assoc Thai** 90 (6) : 1199 - 1204.
- World Health Organization. (1947). Constitution of the World Health Organization. **Chronicle of the World Health Organization** 1 : 29 – 43.
- Wright, J., Williams, R., Wilkinson, J. R. (1998). Development and importance of health needs assessment. **BMJ** 316 : 1310.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |  |  |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา               | คณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสิณี วิเศษฤทธิ์ | คณะพยาบาลศาสตร์<br>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                     |
| 3. คุณบุษบา คล้ายมุง                                   | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต<br>และจิตเวช |

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรอง โครงการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย



ภาคผนวก ค  
แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย  
แบบบันทึกภาคสนาม  
ตัวอย่างการให้ความหมายจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตัวอย่างการให้ความหมายจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
<p>ID 2 : ก็ภูมิใจไงพ่อเลี้ยงดูเรามา ไม่เคยตีลูกเลย เลี้ยงเราอย่างดี พอถึงเวลาเราก็ดูแลแกบ้าง ตอบแทนแก...ตอบแทนที่ไม่รู้สึกอย่างไร เราเป็นลูกหน้าที่เราต้องทำ พ่อแม่ เราเป็นลูกเราก็ต้องทำให้แก่</p>
<p>ID 8 : ก็พยายามทำ แกหุงคหังคเรื่องไหนก็พยายามทำเรื่องอะไรนะ ทำให้แกหายหุงคหังคนะ อย่างเช่นแกเครียดเรื่องนั้นให้มันดี บางที่เป็นห่วงเรื่องการเรียนลูกอะไรอย่างเนี่ย แต่ตอนนี้ห้องพี่เรียนจบหมดแล้ว จบหมดทุกคนสะอาดพวกน้อง ๆ ก็ช่วยกันทำ แม่ก็ช่วยทำความสะอาดบ้าน บางทีวางของไม่เป็นที่เป็นทาง หรือเก็บของผิดที่ผิดที่เข้าที่เข้าทาง ก็เขาก็จะเครียดหุงคหังคล่ะ คือของเขายู่ตรงไหน มันต้องอยู่ตรงนั้น อย่างเขาหาไม้เจอ เขาจะเครียด</p>
<p>ID 10 : ดูแลอาบน้ำ อาบน้ำ ทำอะไรให้แก หุงข้าวหุงปลา...ก็แบบว่า หุงข้าวหุงปลาทำอะไรให้แก ทำความสะอาด ทำหมดทุกอย่าง</p>
<p>ID 8 : สลายไปเลย โคนพ่อบ่น คำว่า ไม่ค่อยมีใครอยู่...อืม แล้วถึงค่อยมาคุยกันใหม่อะไรอย่างนั้น...เราก็หุงคอะไรอย่างเนี่ย บางทีเรื่องมันไม่น่าจะเครียด บางทีเขาก็เก็บไปคิด</p>

## แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้สิ่งที่ต้องการทราบมาสร้างเป็นแนวคำถามหลัก ถ้าคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไม่เข้าใจ ให้ใช้คำถามรองในการสัมภาษณ์ และพยายามสัมภาษณ์ในเชิงลึกมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

### คำถามเกริ่นนำ

เพื่อต้องการทราบถึงประวัติของผู้ดูแล การที่ต้องมามีบทบาทเป็นผู้ดูแล และเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลคำถามที่ใช้ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ท่านให้การดูแลเป็นใคร อายุเท่าไร ดูแลมานานเท่าไร เหตุผลที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย
2. ประวัติครอบครัว ท่านมีความเกี่ยวข้องกับอะไรกับผู้ป่วย
3. ท่านจบการศึกษาอะไร
4. ประวัติการทำงานของท่าน
5. ความชอบ / ความเชื่อ / ทศนคติ / ผู้ป่วยเป็นคนลักษณะอย่างไรบ้าง
6. ประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

### คำถามหลัก

1. ท่านเข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคืออะไร
2. ท่านเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อไหร่
3. ท่าน ได้ดูแลอะไรผู้ป่วยบ้าง และทำอย่างไรในการดูแลผู้ป่วย
4. ท่านคิดว่าท่านสามารถดูแลได้ในระดับใด เพราะเหตุใด
5. ท่านมีปัญหา / อุปสรรคในการดูแลหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง และท่านมีการจัดการแก้ไขอย่างไร เพราะเหตุใด
6. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่ท่านดูแลขณะนี้ต้องได้รับการดูแลในเรื่องอะไรบ้าง
7. มีใครแนะนำท่านในการดูแล
8. ท่านทราบได้อย่างไร หรือจากใครว่าต้องดูแลผู้ป่วยแบบนี้
9. ท่านต้องการสิ่งใดบ้างเพื่อทำให้การดูแลเป็นไปได้ด้วยดี
10. ท่านได้อะไร หรือรู้สึกอย่างไรจากการที่ท่านได้ดูแลผู้ป่วย

### คำถามก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ท่านมีอะไรที่อยากเล่าเพิ่มเติมอีก นอกเหนือจากที่เล่ามานี้





## บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
คณะกรรมการบรรณ	
เลขที่หนังสือรับ	1167
ว.ด.ป.	26.4.56
เวลา	9.07 น.
ชุดที่ 1 โทร. 0-2218-8147	

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน  
ที่ จว 248/56 วันที่ 27 มีนาคม 2556

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
ฝ่ายวิชาการ	
เลขที่หนังสือรับ	4/9
ว.ด.ป.	26.4.56
เวลา	09.30 น.

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
  2. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  3. ใบยินยอม

ตามที่ นางสาววิไลลักษณ์ เกษมศรี นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 114.1/55 เรื่อง ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน (EXPERIENCES OF CAREGIVERS IN CAREGIVING FOR OLDER PERSONS WITH DEPRESSION IN COMMUNITY) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้  
รับรองวันที่ 21 มีนาคม 2556

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ผศ.ดร. นันทิ ชัยชนะวงศาโรจน์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 057/2556

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 114.1/55 : ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิไลลักษณ์ เกษมศรี  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสินประดิษฐ)

ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 21 มีนาคม 2556

วันหมดอายุ : 20 มีนาคม 2557

#### เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 114.1 / 55  
วันที่รับรอง 21 ส.ค. 2556  
วันหมดอายุ 20 ส.ค. 2557

#### เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

## (Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ      ประสิทธิภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน
2. ชื่อผู้วิจัย      นางสาววิไลลักษณ์ เกษมศรี นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน      กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน  
โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี  
หมายเลขโทรศัพท์ 085 - 8137743 , 084 - 0116476  
E-mail address : wiwi\_ja@hotmail.com

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการพยาบาลที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางในการเรียนการสอน การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และเป็นแนวทางในการพัฒนาสู่การศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นที่เกี่ยวข้อง

4.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่คาดว่าจะระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อาจเกิดการกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ เมื่อเกิดสถานการณ์นั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะยุติการสัมภาษณ์ และบำบัดช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ดูแลทันที โดยรับฟังปัญหาของผู้ให้ข้อมูล ให้กำลังใจ และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาเบื้องต้น หรือถ้าหากการกระทบกระเทือนจิตใจยังไม่ดีขึ้น เช่น มีการร้องไห้ ผู้ดูแลสามารถปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ และขอยุติการสัมภาษณ์ได้ทันที หรืออาจส่งต่อให้พบแพทย์ เพื่อรับการรักษาต่อไป และในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปเพื่อความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จะระบุถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และข้อมูลที่ได้จะถูกถอดออกมาเป็นรหัส ใช้เป็นนามสมมุติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใดๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ให้ข้อมูลได้ เทปในการสัมภาษณ์จะไม่มีใครเข้าถึงได้นอกจากตัวผู้วิจัย และจะถูกลบทำลายทิ้งทันที หลังสิ้นสุดการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย..... 114-1/55

21 ส.ค. 2556

วันที่รับรอง.....

วันหมดอายุ..... 20 ส.ค. 2557

ปรับปรุงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2554

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ

5.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จะได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยมีการให้ใบข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจ เกี่ยวกับความยินดีให้ข้อมูลและ ยินดีให้ผู้วิจัยเข้าพบ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสมัครใจให้ติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแจ้งให้ผู้วิจัยติดต่อโดยตรงเพื่อเข้าร่วมการวิจัยและเป็นผู้ให้ข้อมูล

5.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกำหนดวัน เวลา สถานที่ที่จะทำการสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความสะดวกในการเดินทางจะสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที กรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จะขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 1 ครั้ง โดยใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

6. หากมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติม และสามารถโทรติดต่อในกรณีฉุกเฉิน ได้ที่ นางสาว วิไลลักษณ์ เกษมศรี เบอร์โทรศัพท์ 085 - 8137743 , 084 - 0116476

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทางด้านผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการแจ้งให้ทราบทันที

8. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ กับตัวผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยที่ดูแล

9. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน แต่มอบของที่ระลึกหลังให้การสัมภาษณ์

10. การแปลผลข้อมูลจะเป็นการแปลผลในภาพรวม ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลจะปกปิดเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยจะได้รับการอนุมัติจากบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวจะได้รับสิทธิเผยแพร่ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ และสถาบันวิทยาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11. จำนวนผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้อยู่ประมาณ 10 - 15 คน การหยุดเก็บข้อมูลจะทำเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว หรือได้ประเด็นซ้ำๆ

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย..... 114-1/55  
วันที่รับรอง..... 21 ส.ค. 2556  
วันหมดอายุ..... 20 ส.ค. 2557



ปรับปรุงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2554



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาววิไลลักษณ์ เกษมศรี

ที่อยู่ติดต่อ 60/185 ม.1 ต.สุขวาง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

โทรศัพท์ 085 - 8137743 , 084 - 0116476



เลขที่โครงการวิจัย 114.1/55

วันที่รับรอง 21 ส.ค. 2556

หมดอายุ 20 ส.ค. 2557

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อในการสนทนาในเรื่อง ประสิทธิภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยจะสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที กรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จะขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมอีก 1 ครั้ง โดยใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที และขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และจะทำการลบทำลายเทปทิ้งหลังสิ้นสุดการวิจัยทันที ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้า และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาววิไลลักษณ์ เกษมศรี)

ผู้วิจัยหลัก



เลขที่โครงการวิจัย..... 114-1/55  
วันที่รับรอง..... 21 ส.ค. 2556  
ในพมดขาด..... 20 ส.ค. 2557

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

## แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้สิ่งที่ต้องการทราบมาสร้างเป็นแนวคำถามหลัก ถ้าคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไม่เข้าใจ ให้ใช้คำถามรองในการสัมภาษณ์ และพยายามสัมภาษณ์ในเชิงลึกมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

### คำถามเกริ่นนำ

เพื่อต้องการทราบถึงประวัติของผู้ดูแล การที่ต้องมามีบทบาทเป็นผู้ดูแล และเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลคำถามที่ใช้ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ท่านให้การดูแลเป็นใคร อายุเท่าไร ดูแลมานานเท่าไร เหตุผลที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย
2. ประวัติครอบครัว ท่านมีความเกี่ยวข้องกับอะไรกับผู้ป่วย
3. ท่านจบการศึกษาอะไร
4. ประวัติการทำงานของท่าน
5. ความชอบ / ความเชื่อ / ทศนคติ / ผู้ป่วยเป็นคนลักษณะอย่างไรบ้าง
6. ประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

### คำถามหลัก

1. ท่านเข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคืออะไร
2. ท่านเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อไหร่
3. ท่าน ได้ดูแลอะไรผู้ป่วยบ้าง และทำอย่างไรในการดูแลผู้ป่วย
4. ท่านคิดว่าท่านสามารถดูแลได้ในระดับใด เพราะเหตุใด
5. ท่านมีปัญหา / อุปสรรคในการดูแลหรือไม่ เรื่องอะไรบ้าง และท่านมีการจัดการแก้ไขอย่างไร เพราะเหตุใด
6. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่ท่านดูแลขณะนี้ต้องได้รับการดูแลในเรื่องอะไรบ้าง
7. มีใครแนะนำท่านในการดูแล
8. ท่านทราบได้อย่างไร หรือจากใครว่าต้องดูแลผู้ป่วยแบบนี้
9. ท่านต้องการสิ่งใดบ้างเพื่อทำให้การดูแลเป็นไปได้ด้วยดี
10. ท่านได้อะไร หรือรู้สึกอย่างไรจากการที่ท่านได้ดูแลผู้ป่วย

### คำถามก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ท่านมีอะไรที่อยากเล่าเพิ่มเติมอีก นอกเหนือจากที่เล่ามานี้

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

น.ส.วิไลลักษณ์ เกษมศรี เกิดเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2522 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี บำราศนราดูล เมื่อปีการศึกษา 2542 และเข้ารับราชการตำแหน่งพยาบาลเทคนิค ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ลาศึกษาต่อระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สำเร็จการศึกษาเมื่อปีการศึกษา 2547 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2553 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี