



## รายงานการวิจัย

ผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ  
ในพื้นที่ปฐมภูมิ

EFFECTS OF THE COLLABORATIVE NURSING FOR  
OLDER PATIENTS WITH DEPRESSION  
IN PRIMARY CARE SETTINGS

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางวิลาสินี ดุชนีเสนีย์  
โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

ได้รับทุนสนับสนุนโดย  
ทุนอุดหนุนทั่วไปจากรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ 2556

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย เรื่อง ผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในพื้นที่ปทุมธานีสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ด้วยความกรุณาและความร่วมมือจากหลายส่วน ผู้วิจัยขอขอบคุณรัฐบาลไทยที่ให้การสนับสนุนเงินทุนอุดหนุนทั่วไป ประจำปีงบประมาณ 2556 และ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้โอกาสในการทำวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณฝ่ายทุนวิจัย สำนักบริหารวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพวา พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ตลอดจนพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกท่านที่ได้เอื้อเฟื้อสถานที่ ในการดำเนินงาน ดูแล ให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ และให้ความร่วมมือในการดำเนินการในระยะต่าง ๆ ของการวิจัย ขอขอบพระคุณอย่างสูงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ได้เมตตาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีระหว่างการทำนิพนธ์วิจัย รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และผู้ดูแลที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม และหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้โอกาส และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบให้เป็นกำลังใจและพลังแก่ทุกท่านที่กล่าวมา รวมถึงกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

คณะผู้วิจัย



## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ .....	ข
สารบัญ .....	ค
สารบัญตาราง .....	จ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทคัดย่อ.....	ช
Abstract .....	ซ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของโครงการ .....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	7
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ .....	8
2. ความสามารถในการทำหน้าที่.....	19
3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย.....	21
4. แนวคิดการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม .....	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	31

วิธีการวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	37
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	38
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ .....	48
สรุปผลการวิจัย .....	48
อภิปรายผลการวิจัย .....	49
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	53
ข้อเสนอแนะ .....	53
บรรณานุกรม .....	54
ภาคผนวก .....	58
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	59
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล .....	62
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	84



## สารบัญภาพ

## หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม.....	4
ภาพที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	45
ภาพที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม .....	46
ภาพที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของก่อนและหลังการทดลองของตัวแปรความสามารถในการดูแลของพยาบาล และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล.....	47

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ระยะเวลา ก่อน ระหว่าง และติดตามผล 4 สัปดาห์ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ปทุมธานี จำนวน 77 คน ผู้ดูแล จำนวน 38 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยความร่วมมือของทีมแพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลในการให้ความรู้และฝึกอบรมร่วมกับการสอนแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้กับพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลเฉพาะราย การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการเป็นที่ปรึกษา สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที จำนวน 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ส่วนผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนและหลังการดำเนินการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้:

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต่ำกว่าและความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในระยะติดตามผลกว่าระยะก่อนได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามลดลงและความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์
4. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นภายหลังการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

**คำสำคัญ** การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยสูงอายุ, พื้นที่ปทุมธานี

## Abstract

The quasi-experimental research was aimed to compare depression and functional ability of older patients with major depression after receiving the collaborative nursing at the pretest posttest and follow-up within and between the experimental and the control group. The sample included 77 older patients with major depression, 38 caregivers, and 20 registered nurses. Older patients were randomly assigned to 38 the experimental group and 39 the control group. The experimental group received the collaborative nursing plan with cooperated by the general practice physicians, registered nurses, and caregivers. The registered nurses and caregivers were trained about the knowledge about depression and how to care for older patients with major depression by coaching and case management. Also, problem solving therapy and case consultant were provided by the researchers. The collaborative nursing plan was provided for six sessions, 45-60 minutes per each session for six weeks, while the control group received nursing care as usual. The collecting data tools were Thai geriatric depression scales and the Barthel ADL Index Thai version. Caregiving ability by registered nurses and caregivers were measured by the caregiving ability questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, and Repeated Measures Analysis of Variance.

The results of the study were as follows:

1. The mean scores of depression of the older patients with major depression after receiving the collaborative nursing group were significantly lower and the mean scores of functional ability were significantly higher than before receiving the collaborative nursing.
2. The mean scores of depression of the older patients with major depression at the follow-up were significantly lower than at the pretest of receiving the collaboration nursing. The mean scores of functional ability of the older patients with major depression at the follow-up were significantly higher than at the pretest of receiving the collaborative nursing.
3. The mean scores of depression of the older patients with major depression at the follow-up were significantly lower than at the posttest of receiving the collaborative nursing. The mean scores of functional ability of the older patients with major depression at the follow-up were significantly higher than at the posttest of receiving the collaborative nursing.
4. The mean scores of the caregiving ability of caregivers and registered nurses were significantly higher than after receiving the collaborative nursing.

Keywords: the collaborative nursing, depression, older patients, primary care settings

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน มีความชุกในหนึ่งปี ร้อยละ 10.4 (Kaneko, Motohashi, Sasaki, Yamaji, 2007) ในชุมชนระดับปฐมภูมิ การศึกษาพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 29.2 (Lotrakul & Saipanish, 2006) โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน พบอัตราชุกของโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 10-15 (Evans & Mottram, 2000) ในประเทศไทย พบความชุกหนึ่งปี ร้อยละ 7.27 (อรพรรณ ทองแดง และคณะ 2545) ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตในชุมชน การศึกษาพบผู้ป่วยวัยสูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 12- 22.4 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม (Burrows et al, 1995; Katz et al, 1995) โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแลในครอบครัว และชุมชน เนื่องจากนำไปสู่ความบกพร่องของการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ (NINR, 2006) การทำหน้าที่ของร่างกาย ปัญญาและด้านอื่นๆ ทำให้อยู่ในภาวะพึ่งพาสูง และเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงขึ้น (Alexopoulos, 1996) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้น ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านความคิด ความรู้สึก ที่มีต่อคนรอบข้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งลูกหลานของตน ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจนเป็นที่สังเกตโดยผู้อื่นได้ นับว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นปัญหารุนแรงและพบบ่อยในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ซึ่งเพิ่มภาระโรค ความพิการและความเจ็บปวด (Greenberg, Leong, Birnbaum, & Robinson, 2003) รวมทั้งความบกพร่องของประสาทการรับรู้ การฆ่าตัวตาย โรคทางกายอื่นๆซึ่งนำมาสู่อัตราตายที่เพิ่มขึ้น (Hickie, Burke, Tobin, & Mutch, 2000)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุนี้ มีผลต่อชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ คือ ไม่มีความสุข ทำงานไม่ได้ และเป็นโรคต่างๆตามมา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น เศร้า หงุดหงิด รู้สึกผิดหวัง หรือกดดัน พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยชอบหรือสนใจในสิ่งใด กลักลายเป็นไม่ชอบหรือทำในสิ่งที่เคยชอบหรือทำการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลงรวมทั้งความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ไม่มีค่า(รังสิมันต์ สุนทรไชยา 2550; Soonthornchaiya, 2006) การเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแสดงให้เห็นได้ชัดเจนจากการเคลื่อนไหวช้าลง การรู้คิดช้าลงไม่คล่องแคล่วเหมือนตอนอายุในวัยผู้ใหญ่ การประสานงานของการเคลื่อนไหว สายตา และการพูดไม่สัมพันธ์กันและอาจมีความพร่องในเรื่องของสมาธิและความจำ รวมทั้งการบ่นในเรื่องของความเจ็บปวดทั่วร่างกาย (RaccioRobak, McErlean, Fabache, Milano, & Verdile, 2002) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากอาการซึมเศร้าและความพร่องในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง และนำมาสู่ความคิดและการฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าประชากรกลุ่มนี้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดถึงแม้จะอยู่ในพื้นที่ปฐมภูมิหรือการดูแลที่บ้าน

การบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างพอเพียง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชวัยสูงอายุ การศึกษาพบความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช คือ สัมพันธภาพที่ดี การได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและยาจิตเวช การสังเกตอาการเตือนโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล การดูแลสุขภาพจิตต่อเนื่องที่บ้าน การให้คำปรึกษา การส่งต่อที่มีการสื่อสารสองทาง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการทำงานแบบทีม และการร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ (Bee, et al., 2008; Shattell, 2008; รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2552; สุพัตรา พุ่มพวง, 2547) จากการศึกษา พบว่า ลักษณะที่สำคัญของระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ได้แก่ การจัดการบริการตามความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ รวมทั้งองค์การที่เกี่ยวข้อง การบริการดูแลต่อเนื่องครบถ้วนที่บ้าน การจัดโปรแกรมพยาบาลเชิงรุก มีระบบสนับสนุนทั้งชุมชน และการประเมินคุณภาพด้วยผลลัพธ์และตัวชี้วัด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2552) นอกจากนี้ ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ลักษณะสำคัญของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ปฐมภูมิ มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติของโรคซึมเศร้าและการจัดการกับอาการ การตอบสนองความต้องการการดูแลด้านกายจิตสังคม และความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว สมาชิกชุมชนและบุคคลากรทีมสุขภาพ (Soonthornchaiya, 2013)

การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวหรือในชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยจึงเป็นการสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพพร้อมกันให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลเบื้องต้นในการจัดการกับอาการ การดูแลเรื่องยา และพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและให้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย การศึกษาครั้งนี้ได้นำลักษณะสำคัญของการจัดระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนอย่างเป็นระบบที่มีคุณภาพซึ่งได้จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2552) และลักษณะสำคัญของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการวิพากษ์จากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสำหรับพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระดับปฐมภูมิ และการประเมินผลลัพธ์

การจัดระบบการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสุขภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ผู้สนับสนุนทางสังคมและการเงิน เป็นต้น มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ คำนึงถึงการดูแลตนเองโดยการปรับตัว การแก้ปัญหาและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวัน การดูแลต่อเนื่อง การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา การดูแลผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวที่บ้าน รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยชุมชน



มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินผลลัพธ์ของการบูรณาการรูปแบบพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชนนี้ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ผู้ดูแลครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพการส่งต่อ ดังนั้น การศึกษาการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมโดยผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพในการลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยวัยสูงอายุ น่าจะนำมาสู่คุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลในที่สุด

### คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในระยะก่อน หลังและติดตามผลภายหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ปฐมภูมิจميعความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในระยะก่อน หลังและติดตามผลภายหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ปฐมภูมิจميعความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ความสามารถการดูแลของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ปฐมภูมิจميعความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

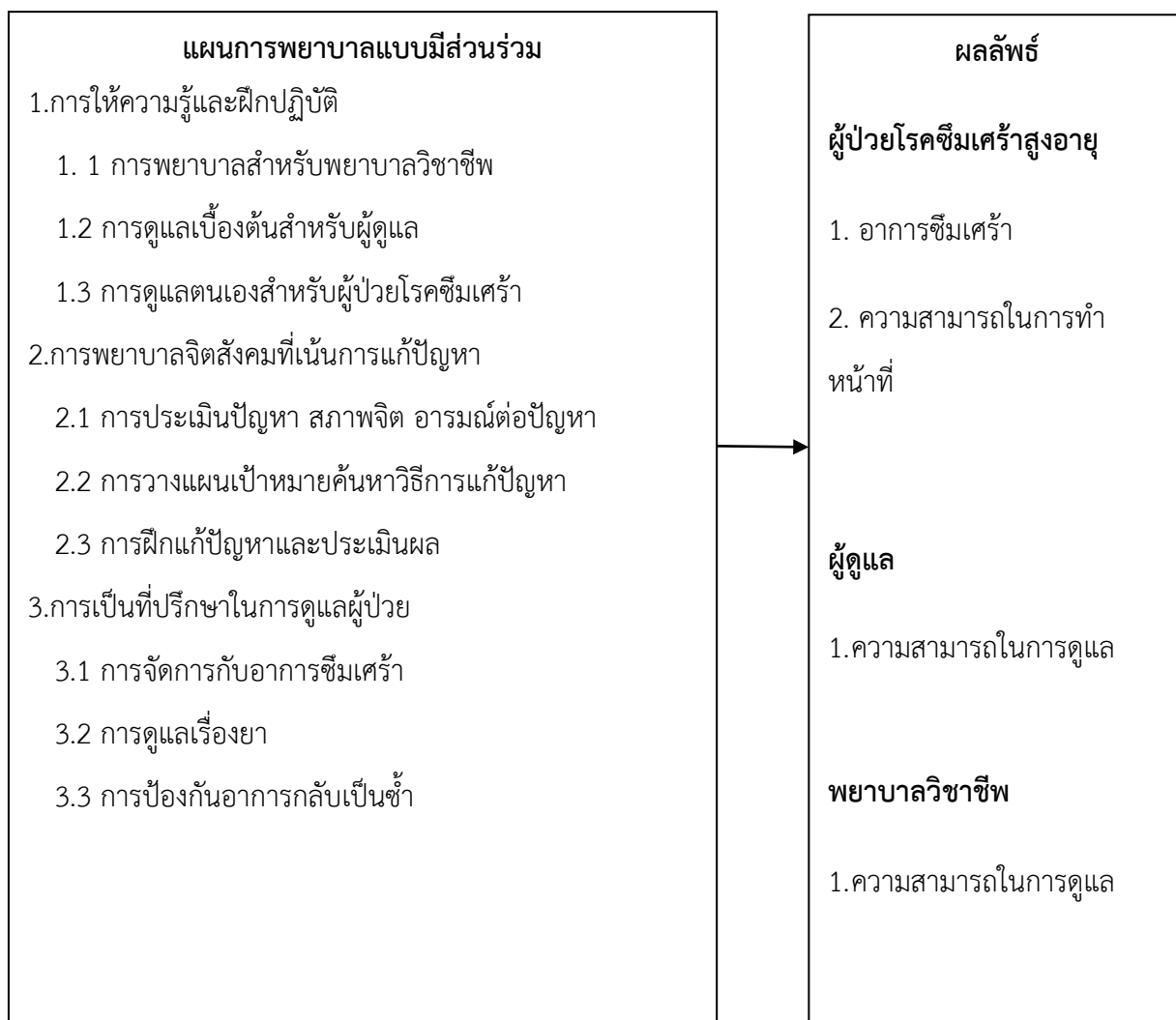
### วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ปฐมภูมิต่อการลดอาการซึมเศร้า การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Katon, Von Korff, Lin E, et al., 1995) ร่วมกับแนวคิดทางชีววิทยา ทางจิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรมวิทยา โดยเน้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของโรคซึมเศร้า สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้า รับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง สามารถทำกิจวัตรประจำวัน จัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ นำมาสู่การลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยพยาบาลและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ ดังภาพที่ 1

## ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม



### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการซึมเศร้ามลดลง และความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น ภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการซึมเศร้ามลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น ภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการซึมเศร้ามลดลงและความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์
4. ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการดูแล สูงขึ้นภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยในงานวิจัยนี้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัย อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของการได้รับความรู้และทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวหรือชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลที่เน้นการแก้ปัญหา การให้ข้อมูล การสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ปฐมภูมิ

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision (DSM-IV-TR) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ปฐมภูมิ

ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้า ความสามารถในการทำหน้าที่ และความสามารถในการดูแล

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**อาการซึมเศร้า** หมายถึง ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และ พฤติกรรม ซึ่งมีอาการกายเด่นชัด เช่น ปวดมีนศีรษะ นอนหลับๆ ตื่นๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น มีอารมณ์หดหู่ รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะใคร ไม่สนุกสนานเพลิดเพลินเหมือนเดิม น้อยใจง่าย หงุดหงิดง่ายมากกว่าปกติ พฤติกรรมเฉยๆ แยกตัว กระบวนการคิดช้า ตัดสินใจช้า ลังเล ไม่ค่อยมั่นใจ สมาธิและความจำลดลง รู้สึกไร้ค่าในตนเอง ต่ำห็นตนเอง คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย ประเมินโดยแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)

**ความสามารถในการทำหน้าที่** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระและกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่องเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน ได้แก่ ความสามารถในการรักษาความสะอาดร่างกายด้วยตนเอง การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การทำกิจกรรมต่างๆภายในบ้าน รวมทั้งการเดินทางไปนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตในชุมชน ประเมินโดยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล ฉบับภาษาไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ 2539)

**ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย** หมายถึง การประเมินการรับรู้ความสามารถในการจัดการของบุคคลต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ การเรียนรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และการดูแลผู้ป่วยในการรับประทานยา การแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ความมั่นใจในการจัดการดูแลผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการเป็นที่พึ่งหรือที่ปรึกษาสำหรับผู้ป่วย

และครอบครัว ประเมินโดยแบบวัดสมรรถนะการดูแลของญาติผู้ดูแลและแบบวัดสมรรถนะการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

**แผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม** หมายถึง การจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ส่วน ดังนี้

1) การอบรมความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้กับพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้คู่มือการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแล และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นระยะเวลา 4 วัน

2) การให้การพยาบาลจิตสังคมที่เน้นการแก้ปัญหาที่มีเป้าหมายเพื่อลดและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตและเพิ่มความผาสุก โดยช่วยให้เกิดการปรับตัว ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละ 30- 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ คือ ครั้งที่ 1 การประเมินการเจ็บป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ดูแลและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 การดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ ครั้งที่ 3 การสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา(Attitude) และการระบุปัญหา (Define) ครั้งที่ 4 การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Alternatives) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม และให้ฝึกหาทางเลือกการแก้ปัญหา ครั้งที่ 5 การพิจารณาทางเลือกและตัดสินใจแก้ปัญหา (Predict) และลองทำ (Try out) ครั้งที่ 6 การทบทวนและบทสรุป

3) การเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย โดยคณะผู้วิจัย มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในเรื่อง การจัดการกับอาการซึมเศร้า การดูแลเรื่องยาด้านเศร้าและการป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ โดยดำเนินการตั้งแต่การเริ่มอบรมเชิงปฏิบัติการจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในแผนการพยาบาล รวมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การจัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้และสาเหตุของโรคซึมเศร้า การแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การรับประทานยา การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษา รวมทั้งการเยี่ยมบ้าน ประเมินอาการซึมเศร้า และเป็นที่ปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามสภาพการณ์ในชุมชน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ เป็นการพัฒนาคู่มือการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

2. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชนเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลจิตเวชโดยเฉพาะที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ปทุมธานี

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ทบทวนเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.3 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.4 ระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.6 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. ความสามารถในการทำหน้าที่
  - 2.1 ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่
  - 2.2 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่
3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
  - 3.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
  - 3.2 บทบาทของผู้ดูแล
    - 3.2.1 ผู้ดูแลแบบวิชาชีพ
    - 3.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ
  - 3.3 การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
4. แนวคิดการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
  - 4.1 ความหมายของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
  - 4.2 แนวคิดทางชีววิทยา
  - 4.3 แนวคิดทางจิตวิทยา
  - 4.4 แนวคิดสังคมวัฒนธรรมวิทยา
  - 4.5 แผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

## 1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ส่งผลกระทบต่อสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุหลายประการ โดยเฉพาะสถานภาพหลักในครอบครัว นั่นคือสถานภาพการเป็นหัวหน้าครอบครัวเมื่อถูกลดบทบาทลงทำให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีคุณค่าและศักดิ์ศรีลดลง เป็นภาระให้กับครอบครัวเกิดภาวะฟุ้งฟิงและโรคซึมเศร้าตามมา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) ความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 0.9-42 (Djernes, 2006) ประเทศสวีเดน พบร้อยละ 5.6 (Palson, Ostling, & Skoog, 2001) ประเทศเกาหลีพบร้อยละ 5.8 (Han et al., 2008) และในประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 5.9 (เทพฤทธิ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, และ อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2554) และจากการศึกษาพบว่า โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในประเทศไทยพบความชุกช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 3.3 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 3.9 และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 5 (ธรรณิษฐ์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, และ จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, 2551)

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ (Late life depression) หมายถึง การได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ครั้งแรกในบุคคลอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) หรือระบบองค์การอนามัยโลก (WHO-ICD-10) โรคซึมเศร้ามีลักษณะอาการเด่นชัด ได้แก่ การสูญเสียความเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เคยชอบ ไร้อารมณ์ และมีอารมณ์ซึมเศร้าหดหู่เกือบตลอดทั้งวัน ผู้สูงอายุที่มีอาการอย่างหนึ่งอย่างใด เช่นขาดความเพลิดเพลินหรืออารมณ์ซึมเศร้าหดหู่ ร่วมกับอาการอื่น ๆ อีกอย่างน้อย 4 อาการ เช่น แบบแผนการนอนหลับ การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง รู้สึกเหนื่อยล้า การเคลื่อนไหวช้าหรืออยู่ไม่นิ่ง สมาธิลดลงหรือการตัดสินใจลดลง เป็นต้น เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 อาทิตย์

สมภพ เรื่องตระกูล (2544) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมากแต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มากและมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

ดังนั้นสรุปความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหมายถึงบุคคลอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้าครั้งแรก โดยมีอารมณ์เศร้าผิดปกติเกือบตลอดวัน ขาดความเพลิดเพลิน ไร้อารมณ์ เบื่อหน่าย ท้อแท้ที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ และมีอาการร่วมกับอาการสำคัญอื่น ๆ เช่น มีปัญหาการนอนหลับ ความอยากอาหารเพิ่ม/ลดความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่าง ๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ การเคลื่อนไหวช้า/ กระสับกระส่าย มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกเหงา หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เฉยชากับสิ่งแวดล้อมและถ้าอาการรุนแรงมากอาจมีความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง

## 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 4 ทฤษฎี ดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2544; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; Blazer, 1982 อ้างถึงในสุชาติ ภัณฑารักษ์สกุล, 2546)

### 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.1 ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) จากการศึกษาด้านชีวเคมีพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับระดับอารมณ์ของมนุษย์อย่างมาก เช่น พบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ามีระดับฮอร์โมนนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ต่ำ โดยพบว่าสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) ได้แก่การเปลี่ยนแปลงของระดับชีวเคมีในร่างกาย หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียม และโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วงเช้าตรู่ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ

1.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) มีการศึกษาในฝาแฝดพบว่า ในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 50 ในฝาแฝดไข่คนละใบอัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงร้อยละ 10-25 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่งถึง 3 เท่า

### 2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่าเป็นอาการเศร้า ไม่สนใจโลกภายนอก ขาดความรักและกิจกรรมต่างๆ มีความรู้สึกหึงหวงตัวเอง สนใจเฉพาะตนเอง หลงผิดและลงโทษตนเอง อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจาก หรือการถูกปฏิเสธ สำหรับผู้สูงอายุการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บทบาทหน้าที่การงาน ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ ไร้ค่า ขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

2.2 ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะการถูกแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า ความคิดและคาดหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ ทารกที่ถูกทอดทิ้งในขวบปีแรกของชีวิตทำให้เกิดความเศร้า (Analytic Depressions) จะพบว่ามีพฤติกรรมเศร้า ร้องไห้มาก รับประทานอาหารไม่ได้ พัฒนาการเคลื่อนไหวล่าช้า ซึม ท้อ การเจริญเติบโตหยุดชะงัก มีอาการเศร้าตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเศร้ามาก ในวัยสูงอายุประสบการณ์ความล้มเหลว การพรากจาก การเปลี่ยนสถานภาพทางครอบครัวและสังคมทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่า ล้มเหลว หมดหวังกับชีวิต

### 3. ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors)

ทฤษฎีด้านการรับรู้ พบว่า ความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1976) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการ คือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบ และความคาดหวังอนาคตในทางลบ ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ว่าตนเองต่ำต้อยและเศร้ามาก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตมีมากขึ้นเนื่องจากความสูญเสียและความเปลี่ยนแปลง

### 4. ปัจจัยทางสังคม (Social factors)

อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีต ประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพ ปรับตัวให้เข้ากับสังคมดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบ และแยกตัวตามมา สำหรับผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนสภาพ บทบาททั้งในครอบครัว และสังคม รวมทั้งรายได้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความเคารพ และยอมรับจากบุตรหลานหรือคนรอบข้างลดลง(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

## 1.3 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

Beck (1976) ได้จำแนกอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ 4 ด้านดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; สุชาติ ภัณฑารักษ์สกุล, 2546)

อาการแสดงทางด้านร่างกาย (physical symptom) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีอาการนอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดรุนแรงเฉพาะที่ (severe localized pain) ซึ่งสัมพันธ์กับการปวดแบบเรื้อรัง (chronic pain) นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า (retardation) ซึม ไม่พูด หรือในบางรายอาจมีอาการลุกลุกกลืน นั่งไม่ติด (agitation)

อาการแสดงทางด้านอารมณ์ (emotional symptom) มีอารมณ์เศร้าหรือไม่มีความสุข วิตกกังวล อยากรจะร้องไห้ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีความหมาย ไร้ค่า หมดหวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดความคิดต้องการทำร้ายตนเอง แต่ในบางรายอาจแสดงอาการออกทางอารมณ์ที่ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย

อาการแสดงทางด้านการรู้คิด (cognitive symptom) กระบวนการคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุเป็นกระบวนการคิดในแง่ลบ หรือการรับรู้ทางลบไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงทำให้ความคิดเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสังคมเปลี่ยนไปในทางลบ

อาการแสดงทางด้านแรงจูงใจ (volitional symptom) แรงจูงใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ มีลักษณะแบบถดถอย โดยมีลักษณะแยกตัว สนใจกิจกรรมที่ชอบน้อยลงหรือในบางรายไม่สนใจกิจกรรมเฉยเมย ซึม คิดหมกมุ่นเรื่องของตนเอง



#### 1.4 ระดับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1. ระดับซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้า เหงาหงอย ซ้ำคราว ซึ่งผู้สูงอายุทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. ระดับซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

3. ระดับซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆเฉย ๆ ในท่าเดียวกันนาน ๆ หรืออาจมุดลูกมุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างซ้ำ ๆ เจ็บ ซึม ผู้สูงอายุที่มีอาการเศร้ามระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะแยกตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากอาจมีอาการหลงผิด และประสาทหลอน

#### 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

มาโนช หล่อตระกูลและคณะได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอาการซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับ หรือหลับยาก กระวนกระวายมาก ไม่รับประทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อย ๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

2. การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

2.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้า ในระยะนี้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

การเลือกใช้ยาด้านเศร้า

ยาด้านเศร้าที่ใช้บ่อยสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีโครงสร้างเป็นแบบ Tricyclic (TCAs) และยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) ข้อดีของยาในกลุ่ม tricyclic คือเป็นยาที่ใช้ในการรักษามานานจนทราบกันดีถึงอาการข้างเคียงของยาแต่ละตัว มีประสิทธิภาพเป็นที่ยืนยันแน่นอนทั้งในการรักษาในระยะเฉียบพลันและการป้องกันระยะยาวและราคาถูก ประสิทธิภาพในการรักษาของยาด้านเศร้าแต่ละตัวนั้นไม่แตกต่างกัน ความแตกต่าง คือ ผลการออกฤทธิ์ข้างเคียง ในการเลือกใช้ยา ควรพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้ ตามลำดับ

(1) หากเป็นผู้ป่วยที่เคยป่วยและรักษาหายมาก่อน ประวัติการรักษาเดิมมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยมักตอบสนองต่อยาตัวเดิมและขนาดเดิมที่เคยใช้ ดังนั้นจึงควรใช้ยาขนาดเดิมเป็นตัวแรก

(2) ปัญหาทางร่างกายที่เป็นข้อห้ามหรือควรหลีกเลี่ยงในการใช้ยาบางตัว ผู้ป่วยที่มีโรคทางร่างกาย เช่น ต่อมลูกหมากโต ต้อหิน หรือมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่มที่มีผลข้างเคียงของ anticholinergic ต่ำ หรือ ยาที่มีผลต่อหัวใจน้อย เป็นต้น

(3) ความคุ้นเคยของแพทย์ในการใช้ยา การใช้ยาเพียงไม่กี่ตัว เช่น amitriptyline, nortriptyline และยากลับใหม่บางตัว แต่ให้คุ้นเคยกับทั้งฤทธิ์ข้างเคียงและการตอบสนองของผู้ป่วย จะเหมาะสมกว่าการเปลี่ยนชนิดของยาด้านเศร้าบ่อยๆ ข้อควรระวังในการให้ยาช่วงแรกคือผู้ป่วยอาจคิดฆ่าตัวตายโดยการกินยาได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้ไปครั้งละมากๆ หากนัดติดตามการรักษาทุกสัปดาห์ยาที่ให้จะไม่ถึงปริมาณที่ทำให้เสียชีวิต รายละเอียดการบริหารยาด้านเศร้า (antidepressant) รวมทั้งชนิดและปริมาณการ ดังเสนอในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงการจัดการรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Antidepressant)

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยา	วิธีการให้ยา
Tricyclics	Nortriptyline	75-150 mg.	เริ่มต้น 25 mg. ก่อนนอน (ผู้สูงอายุเริ่มที่ 10 mg.)
(TCA)	Amitriptyline	75-150 mg.	เพิ่มยา 25 mg. ทุก 2 สัปดาห์ ประเมินผลทุกครั้งที่เพิ่มยา ถ้ามีหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม ความดันต่ำ ปัสสาวะลำบาก ให้หยุดยาและเปลี่ยนเป็นยา Fluoxetine และให้ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ทุกเดือน <ul style="list-style-type: none"> <li>• ถ้าคะแนนลดลง <math>\geq 50\%</math> จากเดิมหรือคะแนนรวม <math>&lt; 7</math> ตอบสนองดีต่อยา ให้ยาขนาดเดิม แล้วนัดประเมินผลทุกเดือน</li> <li>• ถ้าคะแนนลดลง <math>&lt; 50\%</math> จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 25 mg. แล้วประเมินอีก 1 เดือน</li> <li>• หลังให้ยาเต็ม dose (150 mg.) แล้ว 2 เดือน ถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหรือคะแนนรวมยัง <math>\geq 7</math> แสดงว่า ไม่ตอบสนองต่อยาให้เปลี่ยนเป็นยา Fluoxetine</li> </ul>

กลุ่มยา	ชื่อยา	ขนาดยา	วิธีการให้ยา
Serotonin reuptake inhibitors (SSRI)	Fluoxetine	20-60 mg.	<p>เริ่มต้น 20 mg. ตอนเช้าหลังอาหาร นัดติดตาม ประเมินผลครั้งแรก 2 สัปดาห์ ด้วย 9 คำถาม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ถ้าคะแนนลดลง <math>\geq 50\%</math> จากเดิมหรือคะแนนรวม <math>&lt; 7</math> แสดงว่าตอบสนองดีต่อยา ให้ยาขนาดเดิม แล้วนัดประเมินผลด้วยแบบประเมินทุกเดือน</li> <li>• ถ้าคะแนนลดลง <math>&lt; 50\%</math> จากเดิม ให้เพิ่มยาอีก 20 mg. แล้วนัดประเมินอีก 1 เดือน</li> <li>• ถ้าคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงหลังให้ยาเต็ม dose แล้ว 2 เดือน แสดงว่าไม่ตอบสนองต่อยา ให้ส่งต่อ</li> </ul>

### อาการข้างเคียงของยาด้านเศร้า

#### 1.การรักษาด้วยยาด้านเศร้า อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อร่างกายได้ดังต่อไปนี้

1. อาการง่วงนอน (Sedation) ยากลุ่ม tricyclic ทุกตัวออกฤทธิ์ sedation โดยเฉพาะ amitriptyline และ doxepin ซึ่งบางครั้งเป็นปัญหาทำให้ปรับเพิ่มขนาดยาได้ลำบาก หากผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม ให้ปรับการให้ยาโดยให้ยาขนาดต่ำในช่วงกลางวัน และขนาดสูงในช่วงเย็นหรือก่อนนอน อย่างไรก็ตามควรระวังในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งอาจเกิดอาการวิงเวียน เดินเซ หรือความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) ได้ หากลุกขึ้นมาในตอนกลางคืน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถทนต่อผลข้างเคียงนี้ ทำให้อาการง่วงซึมลดลงในระยะหลัง

2. อาการ anticholinergic เป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ปากคอแห้ง ท้องผูก ตาพร่ามัว และปัสสาวะลำบาก บางอาการ เช่น accommodation disturbance และ blurred vision จะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป หากมีอาการปัสสาวะลำบาก อาจให้ bethanechol 25-50 มิลลิกรัม 3-4 ครั้งต่อวัน

3. อาการต้านหลอดเลือดหัวใจ ยากลุ่ม tricyclic ทุกตัวทำให้ภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติได้ จึงควรเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีระยะของการเต้นหัวใจช้ากว่าปกติ ยาที่ค่อนข้างปลอดภัยได้แก่ยาในกลุ่มใหม่ ได้แก่ mianserin, fluvoxamine และ fluoxetine

4. อาการต้านระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านเศร้า SSRI

5. อาการต้านระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) ซึ่งพบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ยา nortriptyline มีผลน้อยในการก่อให้เกิดอาการข้างเคียงนี้ การวัดความดันในท่านอนก่อนให้ยาอาจพอช่วยบอกได้

6. อาการอื่นๆ เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการทางประสาท สมรรถนะทางเพศบกพร่อง

**2. การรักษาในระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment)** เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการแล้วไม่ควร รับประทานยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องไปอีกนาน 4-6 เดือน จากการศึกษาพบว่าในช่วงนี้ผู้ป่วยที่ หายยาไปเกิดอาการกลับเป็นซ้ำ (relapse) สูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้ยาต่ออาการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 20 ในแง่ของขนาดยาปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปเนื่องจากพบว่าป้องกัน อาการกลับ เป็นซ้ำได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลลดยาเอง ซึ่งควรเตือนผู้ป่วยในเรื่องของการป้องกันว่า สำคัญในการหยุดยาควรค่อย ๆ ลดยาลง โดยใช้เวลาเป็นเดือน หากลดเร็วผู้ป่วยมักมีอาการขาดยา (withdrawal effects) เช่น หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นต้น

**3. การยุติการรักษาด้วยยา หลังการให้ยาต้านเศร้า (Antidepressant)** ถ้าคะแนนจากการ ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามน้อยกว่า 7 คะแนนเป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกันจะถือได้ว่าผู้ป่วยมีการ ตอบสนองของยาได้ผลเต็มที่ (full remission) แล้วจึงให้ค่อยๆ ลดขนาดยาลงประมาณ 25% ทุก ๆ 2 สัปดาห์ ขณะลดยาควรประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามทุกครั้งที่พบผู้ป่วย แต่ถ้าคะแนนมากกว่า 7 แสดงว่าผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำให้เพิ่มยาในขนาดที่ก่อนจะลดแล้วนัดติดตามประเมินอาการทุกเดือน (โดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองด้วยยาที่ดี สามารถลดขนาดจนถึงหยุดยาได้ ระยะเวลาลดยาจน หยุดได้นั้นประมาณ 1-2 เดือน)

การติดตามป้องกันการกลับซ้ำ เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีอัตราการกลับซ้ำสูงในช่วง 2 ปีแรกดังนั้น หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาดีจนสามารถหยุดยาได้แล้วให้ส่งต่อไปยังหน่วยงานบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเพื่อ ติดตามประเมินทุกเดือนด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี ถ้าคะแนนจากแบบ ประเมินน้อยกว่า 7 ทุกครั้ง ก็สามารถหยุดการติดตามประเมินได้ แต่ถ้าคะแนนจากการประเมินมากกว่า 7 ให้ ดำเนินการตามแนวทางจัดการตามที่กำหนดไว้ตามความรุนแรงของโรคหรือตามคะแนนที่ได้

การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความ เสี่ยงต่อการเกิด recurrence สูง มีผู้ป่วยบางคนมีประวัติการป่วยมาหลายครั้งในอดีต ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ควรให้รับประทานยาป้องกันต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลานานเป็นปี อย่างน้อย 2-3 ปี เป็นการให้ยากุ่มเดิม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) และการมีอาการกลับเป็นใหม่ภายหลังที่อาการซึมเศร้าหายไปแล้ว ติดต่อกันนาน อย่างน้อย 2 เดือน (Recurrent) โดยทั่วไปมีความเห็นว่าจะให้ยาต่อเนื่องต่อเมื่อผู้ป่วยมีประวัติ อาการที่ชัดเจนของโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2-3 ครั้งขึ้นไป

**4. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy:ECT)** ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการ รักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ในผู้ป่วยสูงอายุการรักษา ด้วยไฟฟ้ามักได้รับการเลือกเป็นลำดับหลัง ๆ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ

## 5. การบำบัดด้านจิตสังคม

5.1. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive - behaviour therapy) เชื่อว่าอาการของ ผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้อง กับความจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มี

ความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆเนื่องจากปัจจัยต่างๆมักใช้ได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรีย์ แสงสาย และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) เรื่องผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2. จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจปรับเปลี่ยนและแก้ไขปัญหาทางด้านสัมพันธ์ภาพในด้านใดด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้า ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าจากการสูญเสีย 2) ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ต่อสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล 3) การเปลี่ยนบทบาท 4) สัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลบกพร่อง หากปรับเปลี่ยนและแก้ไขจะส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ปัญญา, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2558) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังสามารถพัฒนาสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลและเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว สังคมเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่ง การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพในสถานการณ์ต่าง ๆ จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

5.3 การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (reminiscence therapy) เป็นการบำบัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอัตมโนทัศน์ การมีชีวิตที่มีคุณค่า การจัดการปัญหาชีวิต และเกิดรู้สึกความปลอดภัย ซึ่งเป็นการระลึกโดยคิดถึงเรื่องราวความหลังจากประสบการณ์ที่ผ่านมาที่มีคุณค่าและมีความหมายในชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้สึกถึงการมีคุณค่าและความภูมิใจในตัวเองและปรับตัวต่อการดำรงชีวิตได้ ซึ่งทำให้เกิดความสุขและเพลิดเพลินจากการระลึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาในอดีต ทั้งนี้การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (reminiscence therapy) มีพื้นฐานของแนวคิดมาจากทฤษฎีการพัฒนาทางจิตสังคมของอีริกสัน (Erikson) ที่เน้นความสำคัญของสภาวะทางจิตใจที่มั่นคงของขั้นพัฒนาการของผู้สูงอายุให้มีพัฒนาการที่มั่นคง และรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง โดยมีการทำงานในการระลึกถึงความหลัง 3 ข้อ ดังนี้ 1) หน้าที่ส่วนบุคคลในการรู้คิดการรักษาอัตมโนทัศน์ในช่วงที่ชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการค้นหาความหมายของชีวิต ส่งผลให้เกิดความเข้าใจตนเองและปรับสภาวะทางด้านจิตใจให้ยอมรับต่อสถานการณ์ 2) หน้าที่การชี้แนะ การแก้ไขความคับข้องใจในอดีตที่เป็นปัญหาและการวางแผนแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ จะนำไปสู่การเรียนรู้จากอดีตเพื่อปรับใช้ในปัจจุบัน 3) รักษาสัมพันธ์ภาพทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องทางอารมณ์ที่จะส่งผลต่ออารมณ์ที่สุขใจพร้อมทั้งปรับตัวให้เกิดคุณค่าและความหมายในชีวิต โดยการทำงานของการระลึกถึงความหลังนี้จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและมีคุณค่าในชีวิต พร้อมทั้งการดูแลตัวเองและมีแนวทางการจัดการ

และแก้ไขปัญหาในชีวิตที่ดีทำให้อาการซึมเศร้าลดลง (Lieberman & Tobin, 1983; Cappeliez, Rivard, and Guindon, 2007 อ้างถึงใน รังสิมันต์ สุทรไชยา, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา วรรณเกษม (2554) เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

5.4 การบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) เป็นรูปแบบการ บำบัดที่มีพื้นฐานทางจิตวิทยา ด้วยการบำบัดปัญหาทางทางด้านจิตใจให้ลดลงและส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตัวเอง รับรู้ถึงความสามารถเกิดความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตัวเองรวมทั้งทั้งมีการปรับสภาพจิตใจและเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้มีการรับรู้ของความรู้สึกและมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีกระบวนการบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินผู้รับการบำบัด รวมทั้งการแจ้งวัตถุประสงค์ อธิบายรูปแบบและขั้นตอนการบำบัดให้เกิดความเข้าใจในการรับการบำบัดที่ถูกต้อง 2) ระยะดำเนินการร่วมกัน การแสดงถึงความเข้าใจในด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมต่อผู้รับการบำบัด โดยการประคับประคองอารมณ์และความรู้สึก พร้อมทั้งให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นปัญหาและมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการยอมรับในตัวเอง เกิดความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง 3) ระยะสิ้นสุด คือการที่ผู้รับการบำบัดได้แนวทางการจัดการปัญหาและรับรู้ถึงประโยชน์ของการบำบัดรวมทั้งการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ของการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวนิ ล่องชุมพล (2547) เรื่องผลของการบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มบำบัดประคับประคองสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าปัจจุบันการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรักษาทางทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ซึ่งมีการรักษาด้วยการใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งหากรักษาพร้อมกันจะมีประสิทธิภาพในการรักษามากกว่าการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตตามปกติและลดระยะเวลาจากความทุกข์ทรมานในการเผชิญกับโรค

## 1.6 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเมื่อป่วยแล้วทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ดังนี้  
ผลกระทบทางตรง มีหลายประการ ดังนี้

1. ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆลดลง (cognitive impairment) ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดความคิดทำร้ายตนเองตามมา จากการศึกษาของ Conwell & Brent, 1995 พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงซึ่งมีร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุฆ่าตัวตายทั้งหมด (สุชาติดา ภัณฑารักษ์สกุล, 2546) นอกจากทำให้เกิดความพรัองในการทำหน้าที่ต่าง ๆแล้วยังส่งผล

ให้มีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มค่ารักษาทั้งในลักษณะเฉียบพลันและฟื้นฟู (Tsai, 2007)

2. อาการหลงลืม (memory impairment) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะทำให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงร่วมกับวัยสูงอายุที่มีความพร่องทางด้านความทรงจำซึ่งอาจทำให้มีโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย (นันทิกา ทวีชาติ, 2548)

ผลกระทบทางอ้อม มีหลายประการดังนี้ (สุชาติ ภัณฑารักษ์สกุล, 2546)

1. ทูพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง ความอยากอาหารลดลง ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร น้ำหนักลด

2. ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการดูแลตนเอง การรักษาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา (Conwell et al., 1990)

3. อุบัติเหตุ เนื่องจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือลุ่มลุ่มกล่นร่วมกับการขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมทำให้ขาดความระมัดระวัง

4. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากขาดความสนใจ ขาดแรงจูงใจ

5. สูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากแยกตัว ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความไม่เข้าใจผู้ป่วย ไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ

### 1.7 การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีหลายแบบดังนี้

**1.7.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของฮามิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression: HRS-D)** สร้างโดย ฮามิลตัน จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ใน ค.ศ. 1950 ต่อมามีการปรับปรุงใน ค.ศ. 1967 และแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง (2539) แบบประเมินนี้สร้างเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่และใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค ประกอบด้วย คำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆ 4 ข้อ มีความแม่นยำและความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ใช้เวลา 15.30 นาที แบบประเมินนี้มีข้อดี คือ มีจำนวนข้อไม่มาก มีความแม่นยำสูง ส่วนข้อจำกัด คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมิน และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะกับการใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีข้อจำกัดอีกข้อคือ มีคำถามที่มีอาการทางกายมากทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะกับผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุมากกว่า

**1.7.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS)** แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก

(Montgomery & Asberg, 1979) เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ทั้งนี้ได้ทำการหาความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ถึง 0.97 ข้อจำกัด คือ แบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

**1.7.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory: BDI)** สร้างขึ้นโดย Beck (1967) และได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยม ความซึมเศร้า ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ เป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่ายและสามารถประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนาในงานวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งธวัชชัย พลศาสตร์ (2558) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

**1.7.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Depression Inventory: TDI)** มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย มีจำนวน 20 ข้อ แปลโดย มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542) เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.858 และ หาค่าความเที่ยง (concurrent validity) โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของฮามิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression: HRS-D) โดยหาค่าสเปียร์แมน-บราวน์ (Spearman-brown formula) เท่ากับ 0.7189 ข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้เข้าใจง่ายใช้เวลาสั้นไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

**1.7.5 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)** สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิก ผู้สูงอายุโดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening: GDS) ของเยซาเวซและคณะ (Yesavage et al., 1983) สำหรับประเทศไทย อรรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้แปลเป็นภาษาไทย และนิพนธ์ พวงวารินทร์และคณะ(2544) ได้นำมาพัฒนามาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เพื่อประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิก ผู้สูงอายุมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุและสังคมวัฒนธรรมไทยและได้เรียบเรียงคำถามขึ้นใหม่ในบางหัวข้อเพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุไทย ผ่านการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 คนพบว่าเวลาเฉลี่ยในการประเมินการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาที ส่วนค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้จากการ



ทดสอบด้วยสูตร KR-20 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) พบว่าค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุ เพศหญิงเท่ากับ .94 และผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ .91 และมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ .93 แบบประเมินนี้ประกอบด้วยการประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในทางบวกและทางลบในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาทีการให้คะแนนนั้นข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนนสำหรับข้อที่เหลือถ้าตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนนการแปลผลผู้สูงอายุปกติคะแนน 0 - 12 คะแนนผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 13 - 18 คะแนนผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) 19 - 24 คะแนนและผู้สูงอายุมีความเศร้ายุนแรง (severe depression) 25 - 30 คะแนน ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองดังกล่าวจึงเป็นเพียงแนวทางในเบื้องต้นเท่านั้น อาจต้องส่งผู้สูงอายุไปพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าหรือไม่และให้การรักษาต่อไป ซึ่งแพทริค อยู่สุข และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2559) ได้นำแบบประเมินนี้ไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เนื่องจากแบบวัดมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุและสังคมวัฒนธรรมไทยและได้เรียบเรียงคำถามขึ้นใหม่ในบางหัวข้อ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุไทย และได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเที่ยงในเพศหญิงเท่ากับ .94 และเพศชายเท่ากับ .91 และมีค่าความเที่ยงรวมของเครื่องมือเท่ากับ .93

## 2. ความสามารถในการทำหน้าที่

### 2.1 ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่

พจนานุกรมทางการแพทย์ ได้กำหนดคำศัพท์ของความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการแสดงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัวและทักษะการใช้ชีวิตอย่างอิสระ เช่น การไปซื้อของ การทำงานบ้าน การทำหน้าที่ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ได้บูรณาการ ในด้านชีววิทยา จิตวิทยาและสังคม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตทั้งทางสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต

เบญญาภา พรหมชุก (2556) ให้ความหมายความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่กระทำการต่างๆในชีวิตประจำวันทั้งในกิจกรรมพื้นฐานและกิจกรรมที่ซับซ้อน

Leidy (2008) ให้ความหมายความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลาปกติของชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน แสดงบทบาทอย่างเหมาะสมและรักษาภาวะสุขภาพดี

Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim. (1994) หมายถึง กิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นกิจกรรมที่ต้องทำอยู่เป็นประจำในการดูแลตนเองและเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระในระดับที่ยอมรับได้ และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน การกระทำการต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง

ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการรักษาความสะอาดร่างกายด้วยตนเอง การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การทำกิจกรรมต่างๆภายในบ้าน รวมทั้งการเดินทาง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานต่างๆในชีวิตประจำวันตามศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน ได้แก่ ความสามารถในการรักษาความสะอาดร่างกายด้วยตนเอง การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การทำกิจกรรมต่างๆภายในบ้าน รวมทั้งการเดินทางไปนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตในชุมชน

## 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Mastery ความบกพร่องทางสุขภาพกาย และการสนับสนุนทางสังคม (Badger & Collins-Joyce, 2000) โดยที่ความบกพร่องทางกาย เช่น การมีโรคประจำตัว หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีความบกพร่องทางสุขภาพร่างกายมากอย่างเห็นได้ชัด เช่น การรู้คิดบกพร่อง มีภาวะอ่อน นำไปสู่ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง (Freitas, Fernandes, Coqueiro, Reis Júnior, Rocham & Brito, 2012)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ได้เช่นกัน ซึ่งหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการดูแลหรือการสนับสนุนให้มีปฏิสัมพันธ์หรือมีการติดต่อกับเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด จะนำไปสู่การทำหน้าที่ได้เพิ่มขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง (Badger & Collins-Joyce, 2000) รวมทั้งการร่วมกิจกรรมในวัดหรือโบสถ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การเพิ่มความคิด หรือการหยอกล้อกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อสุขภาพจิตเชิงบวกมากขึ้น ((Freitas, Fernandes, Coqueiro, Reis Júnior, Rocham & Brito, 2012)

นอกจากนั้น การมีงานทำ ลักษณะบ้านพักอาศัย สุขภาพทางกาย เวลาที่ใช้ในการนั่ง ภาวะบกพร่องทางสมองและอาการซึมเศร้าสามารถส่งผลถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ นั่นคือหากผู้สูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้เวลานั่งเป็นเวลานาน หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เกิดความเฉื่อยชา ย่อมนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (McKee, Kearney, & Kenny, 2015)

## 2.3 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถประเมินโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ ดังนี้

2.2.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เป็นแบบประเมินจากการสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อการจำแนกภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) ประกอบด้วย ข้อคำถามในการทำกิจกรรมต่างๆ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถรับประทานอาหารเองได้ 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) ไปห้องน้ำเองได้ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในแต่ละข้อมีการให้คะแนน 0-3 แตกต่างกันไปตั้งแต่ปฏิบัติไม่ได้ ปฏิบัติบางส่วนและปฏิบัติได้ ซึ่งมีคะแนนรวม 0-20 โดยแบ่งเป็น 0-4 คะแนน มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน มีภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน มีภาวะพึ่งพาปานกลาง 12-20 คะแนน ไม่มีภาวะพึ่งพา

2.2.2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Late-life function instrument) พัฒนาเครื่องมือโดย Jett, Haley, and Kooyoomjin (2002) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ และเครื่องมือนี้ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยโดยวิธี back translation โดย อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ในการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การแต่งตัว การเคลื่อนไหว เป็นต้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 32 ข้อ เป็นข้อคำถามประเมินค่า ตั้งแต่ 1-5 ถ้าตอบ 1 หมายถึง ไม่สามารถทำได้ ถ้าตอบ 5 หมายถึง ทำได้ดีมาก การแปลผลคะแนน ถ้าได้คะแนนรวมมาก หมายถึง สามารถทำหน้าที่ได้สูง เครื่องมือนี้ได้นำไปตรวจสอบความเที่ยงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ได้ค่าความเที่ยง .81

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล เนื่องจาก เป็นเครื่องมือมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย มีจำนวนข้อน้อยและระยะเวลาในการประเมินใช้เวลาไม่นาน เหมาะสมกับการประเมินผู้สูงอายุอย่างยิ่ง

### 3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

#### 3.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการแสดงบทบาทการดูแลสมาชิกครอบครัวหรือผู้พิการ ในการดูแลหลายมิติทั้งด้านการรู้คิด ความรู้ ทักษะ กาลังใจและความอดทน บุคคลที่สามารถแสดงบทบาทผู้ดูแล ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ และผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพแสดงความรู้ความสามารถในการดูแลตามความต้องการในการดูแลที่บ้าน การดูแลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในการดูแล (Coppetti, Girardon-Perlini, Andolhe, Gutiérrez, Dapper, Siqueira, 2018)

พจนานุกรม Oxford (2015) ได้ให้ความหมายของ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง คุณสมบัติของวิธีการหรือทักษะในการทำบางสิ่งบางอย่าง เช่น ความสามารถในการสังเกตอาการ การให้การดูแลและการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือในการป้องกันอาการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การให้

ความรู้ในเรื่องที่ต้องการดูแล ความรู้เรื่องอาการ ประสบการณ์ที่เจ็บป่วย การป้องกันอาการที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย และทักษะการดูแล เช่น การสอนการสื่อสารของผู้ดูแล การช่วยญาติผู้ดูแลในการดูแลเรื่องการรับประทานยา การสอนแนวคิดเชิงบวก การแสวงหาความช่วยเหลือ และการจัดการกับความเครียดในการดูแล (Sun & Long, 2008; Bryan et al. 2009; Morriss et al., 2013).

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการดูแลผู้ป่วยหลายมิติทั้งด้านการรับรู้การรู้คิด ความรู้ ทักษะคิด กำลังใจและความอดทนการสังเกตอาการ การให้การดูแล และการแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือในการป้องกันอาการเจ็บป่วย

### 3.2 บทบาทของผู้ดูแล

บทบาทของผู้ดูแล แบ่งเป็น ผู้ดูแลที่เป็นทางการ และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งบทบาทการดูแลย่อมแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม การรับรู้การดูแลอาจมีความคล้ายกันในประเด็นการรับรู้ ทักษะคิด ภาวะจิตใจต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายประการ การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงตามข้อจำกัดของร่างกาย ความพร้อมทางความคิด และสติปัญญา การจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลจัดเตรียมต่างๆที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับบุคลากรสุขภาพ ตัดสินใจในการรักษาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเช่น การแสวงหาแหล่งการรักษา เลือกวิธีการรักษา นอกจากนี้ยังต้องรับภาระงานอื่นๆ เช่น การเงิน งานบ้าน การจัดทำนิติกรรมต่างๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ญาติผู้ดูแลมีบทบาทในการทำกิจกรรมแตกต่างกันไปตามสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล

### 3.3 ประเภทของผู้ดูแล

การแบ่งประเภทของผู้ดูแลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2551)

3.3.1 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal carers/caregiver) หมายถึงกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาลหรือกลุ่มองค์กร ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทนซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant)

3.3.2 ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal carers/caregiver) หมายถึงกลุ่มผู้ที่ไม่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์เป็นแบบ 1 ต่อ 1 (Ungerson, 1990) และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่ (ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543: Bell & Gibbons, 1989: Parker, 1992)

ในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ อาจมีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุหลายคน Parker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

### 1. แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (family carers/ caregiver) หมายถึงผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุด ในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่นสมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางการเงิน และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง เป็นต้น

1.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (informal helper) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรักความผูกพันหรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

### 2. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ดูแลหลัก (main cares/caregiver หรือ primary caregiver) คือบุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลายาวนานหรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ดูแล (self-identified) ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล และช่วยเหลือในการขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ซึ่งผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือมีปัญหาด้านสุขภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดจากการดูแลแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีภาวะเครียดสูงกว่าผู้ดูแลสูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (Grafstrom et al., 1992) ดังนั้นกลุ่มผู้ดูแลหลักจึงควรได้รับความสนใจจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น จึงมุ่งเน้นไปที่การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลักเป็นพิเศษเช่นกัน

2.2 ผู้ดูแลรอง (secondary cares/caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราวหรือมีระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

### 3.4 การประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

สำหรับพยาบาลควรประเมินความพร้อมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามประเด็นดังนี้ (สายพิน, 2557)

3.4.1 ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและการดูแลตนเองตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบร่วมกับการเป็นผู้รับฟังให้กำลังใจและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของแต่ละราย

3.4.2 ประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตามสภาพอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (illness trajectory) โดยประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาและพยาบาล คลินิก เป้าหมายที่ต้องการ คือ ญาติผู้ดูแลสามารถ ประเมินอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปและตัดสินใจได้ว่า อาการแสดงของผู้ป่วยสูงอายุนั้น ญาติ ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเอง อาการใดเมื่อเกิดขึ้น แล้วควรต้องขอคำปรึกษาจากพยาบาล อาการใดที่ เกิดขึ้นแล้วควรนำผู้ป่วยมาพบแพทย์

3.4.3 ประเมินวิธีการจัดการกับความเครียด และผลลัพธ์ที่ตามมาพร้อมกับการส่งเสริมให้มีจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

3.4.4 ประเมินและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ การได้รับความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ญาติ ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวได้ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมในชุมชน เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน โดยเฉพาะญาติผู้ให้การดูแลเกิน 3 ปี ขึ้นไปเนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมจะลดน้อยลงตามลำดับ

### 3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

การที่สมาชิกคนใดในครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลหรือเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้น อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆได้แก่

3.5.1 บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมา โดยครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข โดยเฉพาะเพศหญิง ได้รับการหล่อหลอมทางสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ลูกต้องดูแลพ่อแม่ การละเลยเพิกเฉยหน้าที่ความรับผิดชอบจะถูกสังคมตำหนิได้

3.5.2 สัมพันธภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก มักเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอง

3.5.3 เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นกับปัจจัยภายในแต่ละบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ ระยะเวลาในการดูแลเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้

ความรับผิดชอบจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต(Orem, 2001) ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เกิดชำนาญในการปฏิบัติการดูแล แต่การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานก็ทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียด และปัญหากับตัวผู้ดูแลเองจากการศึกษาของ แก้วตา (2554) พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.23$ )

3.5.4 ศักยภาพของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วย และการดูแล รวมทั้งประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกอื่นๆ ประสบการณ์ในการดูแล ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานทำให้ได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถการดูแลเพิ่มทักษะในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของอำไพย (2550) ศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลจะรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กทำให้สามารถดูแลสุขภาพและมีทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น

3.5.5 การยอมรับของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยหรือมีแรงจูงใจในการดูแล เช่น พิจารณาว่าเป็นโอกาสได้ตอบแทนพระคุณได้ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น

3.5.6 การยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกบางคนในครอบครัวมักยินยอม โดยเฉพาะในกรณีที่มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตต่อไปอีกไม่นาน

3.5.7 ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักรับบทบาทการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวน้อยที่สุด รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมการดูแลของบุคคลที่มีต่อตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ เพราะรายได้สูงสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยและเอื้อต่อการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น และในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีรายได้ต่ำจำเป็นต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ทำให้ความสามารถในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้น้อยลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการแสวงหาปัจจัยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของสุวิมล (2550) และพัชรี (2551) พบว่ารายได้ครอบครัวที่เพียงพอจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถสนับสนุนและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

3.5.8 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับสูงกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.78$ ) (พัชรี, 2551) ทำให้เกิดประโยชน์ที่ได้รับคือ การหายจากโรคหรือควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้นได้ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันตรายที่เกิดขึ้นได้

#### 4. แนวคิดการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Katon, Von Korff, Lin E, et al., 1995) เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร่วมกับ การพยาบาลจิตเวชในชุมชน ซึ่งใช้หลักการพยาบาลจิตสังคมซึ่ง มี 3 องค์ประกอบ คือ แนวคิดทางชีววิทยา ทางจิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรมวิทยาในการดูแลต่อเนื่อง

##### 4.1 ความหมายของการดูแลแบบมีส่วนร่วม

การดูแลแบบมีส่วนร่วม หมายถึง วิธีการหรือกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาอุปสรรคในการดูแลหรือรักษาผู้ป่วยในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในโรคที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งกระบวนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโดยมีการร่วมมือของทีมสุขภาพ ในการให้ข้อมูล การสนับสนุนช่วยเหลือ การบำบัดจิตสังคม การสอนแนะเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของผู้ป่วย (Goodrich, Kilbourne, Nord et al., 2013)

การดูแลแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การจัดการช่วยเหลือดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการวางแผนการดูแล การพัฒนาการจัดการดูแลแบบรายกรณี การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ การเป็นที่ปรึกษาและการตัดสินใจสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Wagner, ) และกระบวนการฟื้นฟูในการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้มีความผูกพัน ความหวัง ความมีตัวตน ความหมายและการสร้างเสริมกำลังใจ

##### 4.2 องค์ประกอบของการดูแลแบบมีส่วนร่วม

การดูแลแบบมีส่วนร่วม เป็นการจัดการการดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบ ครอบคลุมองค์ประกอบดังนี้

1) ความเข้าใจในความหมายของปัญหาทางคลินิกที่เกิดขึ้นในการดูแลระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว (Simon, Katon, Von Korff, 2001)

2) การพัฒนาแผนการพยาบาลที่มีเป้าหมาย กำหนดกลยุทธ์ในการพยาบาลที่ชัดเจนต่อผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ญาติผู้ดูแล บุคลากรในชุมชน มีการจัดการรายกรณี การสอนแนะในด้านการดูแลผู้ป่วย การบำบัดด้านจิตสังคม การให้ความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแล และการแลกเปลี่ยนการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย (Baker, Gwerman-Jones, Britten, Cox, McCaby et al., 2019)

3) จัดให้มีการฝึกอบรมรวมทั้งฝึกฝนด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมในการดูแล นำไปสู่การสอนแนะให้กับพยาบาลวิชาชีพในทีมสุขภาพ ญาติผู้ดูแล และสหวิชาชีพอื่นๆ เป็นต้น



4) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ติดตามการดูแล เป็นต้น และการช่วยในการตัดสินใจ นอกจากนี้ การดูแลแบบมีส่วนร่วมทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น บุคลากรวิชาชีพ ญาติผู้ดูแล และบุคคลอื่นๆในชุมชน (Oishi et al., 2003; Simon, Katon, Von Korff, 2001)

กลุ่มบุคคลที่นำไปสู่ประสิทธิผลของคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ของการดูแล ได้แก่ 1) บุคลากรสุขภาพทางสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช 2) บุคลากรสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ 3) บุคลากรทีมสุขภาพ เช่น นักจิตบำบัดระดับปริญญาโท สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเน้นบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของโรคซึมเศร้า สามารถจัดการกับอาการ รับประทานยาต้านเศร้าอย่างต่อเนื่อง สามารถจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้น สามารถแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ พยาบาลสามารถส่งต่อและขอรับการปรึกษาจิตแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

#### 4.3 แนวคิดทางด้านชีววิทยา

แนวคิดทางด้านชีววิทยา หมายถึง การให้การพยาบาลตามความต้องการทางชีววิทยา สรีรวิทยา สารเคมีในสมอง หรือทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารและยาด้านเศร้า การนอนหลับ การออกกำลังกาย การขับถ่าย เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ได้รับยาที่หลากหลายชนิด พยาบาลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามหลักการให้ยา เช่น ถูกชื่อ ถูกทาง ถูกขนาด เป็นต้น รวมทั้งสามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาด้านเศร้าในเบื้องต้นได้

#### 4.4 แนวคิดทางด้านจิตวิทยา

แนวคิดทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เรื่องการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ของ Freud (1957) และ ทฤษฎีทางด้านความคิด (cognitive theory) โดย (Beck, 1967) Freud (1957) ได้อธิบายสัมพันธ์ภาพระหว่างการสูญเสียในวัยเด็กและการทดแทนในจิตใต้สำนึกในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจนำมาสู่อาการซึมเศร้า Freud อธิบายว่าการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลที่รักในวัยเด็กทำให้เกิดความเจ็บปวดทางจิต และนำมาซึ่งอาการ melancholia ในสมัยนั้น Freud ใช้คำว่า melancholia ซึ่งหมายถึง อาการซึมเศร้า ในปัจจุบัน Freud เสนอความคิดจากการสังเกตผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า โดยให้ข้อสังเกตว่า การสูญเสียของรักในวัยเด็กจะเป็นความรู้สึกที่ติดตัวในจิตใต้สำนึกในบุคคลนั้น เมื่อบุคคลนั้นได้รับความสูญเสียอีกครั้งในวัยผู้ใหญ่ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกรักและเกลียดตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า เจ็บปวด และผิดหวังมากกว่าปกติ

ทฤษฎีทางด้านความคิด (cognitive theory) โดย Beck (1967) กล่าวว่า การเกิดโรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีกระบวนการคิดในแง่ลบเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสภาพการณ์ในอนาคต การรับรู้ตนเองในแง่ลบมีผลต่อกระบวนการบิดเบือนความคิดต่อตนเอง ได้แก่ ความคิดที่ว่า ตนเองไม่สวย ไม่เก่ง ไม่ดีพอ ดังนั้น จึงไม่มีใครรัก การรับรู้

สภาพแวดล้อมในแง่ลบ ได้แก่ ความคิดที่ว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกในแง่ร้าย สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ไม่สามารถทนได้อีกแล้ว ดังนั้น การสภาพการณ์ในอนาคต ได้แก่ ความคิดในแง่ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ทำไม่มีสภาพหมตหวัง ไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ หมตอนาคต เป็นต้น ความคิดในแง่ลบดังกล่าว ก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหา หรือ ประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น

#### 4.5 แนวคิดทางด้านวัฒนธรรมสังคมวิทยา

แนวคิดหรือทฤษฎีทางด้านวัฒนธรรมสังคมวิทยา ทฤษฎีนี้ (Hahn, 1995) อธิบายถึงสัมพันธภาพระหว่างภาวะจิตใจของบุคคลและสภาพวัฒนธรรมทางสังคมวิทยา ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นกระบวนการภาวะของบุคคล ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมโดยมองว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมมีแนวโน้มของการเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากกว่า การกระทำของบุคคลนั้นผิดปกติ สภาพแวดล้อมทางสังคมหล่อหลอมลักษณะของบุคคลนั้น ๆ โดยผ่านกระบวนการต่อเนื่องในสังคม แนวคิดในทางมานุษยวิทยาชี้ให้เห็นว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความคิด และพฤติกรรมของบุคคล แนวคิดนี้ สนใจความเป็นบุคคล พัฒนาการของวัฒนธรรม และการเปลี่ยนแปลงรวมถึงรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มบุคคล แกนหลักของหลักการทางมานุษยวิทยา คือ การแลกเปลี่ยนความเชื่อและคุณค่าของวัฒนธรรมที่ให้ความหมายต่อบุคคลในชีวิตประจำวัน

#### 4.6 แผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

แผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีการดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ส่วน ดังนี้ คือ

1. การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สำหรับ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ โดยมีคู่มือการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแล และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการอบรมให้กับพยาบาลประจำการในพื้นที่ศึกษา คือ หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลอัมพวา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อีก 17 แห่ง รวมพยาบาลที่ได้รับการอบรม จำนวน 20 คน ระยะเวลาการอบรม จำนวน 2 วัน โดยมีการสอนแบบบรรยายร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในพื้นที่

2. คู่มือการใช้โปรแกรมการพยาบาลจิตสังคมที่เน้นการแก้ปัญหา การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการปรับความคิดที่เน้นการพัฒนาเจตคติและทักษะในการแก้ปัญหา ที่มีเป้าหมายเพื่อลดและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตและเพิ่มความผาสุก โดยช่วยให้เกิดการปรับตัว (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าการที่บุคคลจะแก้ปัญหาได้นั้น เนื่องมาจากบุคคลสามารถรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมชาติ มองปัญหาในทางบวกเป็นสิ่งท้าทายเปิดโอกาสให้ตนใช้เวลาและความพยายามแก้ปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองจนสำเร็จ กรณีที่ไม่สำเร็จมองว่าเป็นบุคคลธรรมดาที่ยังขาดประสบการณ์ ต้องได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติม (D'Zurilla & Nezu, 1999; D'Zurilla & Nezu, 2007)

คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (D’Zurilla & Nezu, 2007) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละ 30- 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง รวมทั้งหมด 6 ชั่วโมง มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประเมินการเจ็บป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ดูแลและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดย

1. สอบถามอาการซึมเศร้าและผลกระทบ / ปัญหาของการเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. ถามถึงความต้องการและความคาดหวังของการดูแล
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ การจัดการกับอาการและการรักษา และการป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วย (คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ)

ครั้งที่ 2 การดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดย

1. สอบถามการรับประทานยาต้านเศร้าและยาอื่นๆตามแผนการรักษาและผลข้างเคียงของยา สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านเศราร่วมกับยาอื่นๆ
2. สอนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าและอาการไม่พึงประสงค์ของยา
3. สอนการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแล (คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ)
4. ให้ข้อมูลเรื่องการขอปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น โทรศัพทหรือที่รพ.สต.

ครั้งที่ 3 การสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา(Attitude) และการระบุปัญหา (Define)โดย

1. ประเมินการแก้ปัญหาทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า
2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นว่าปัญหานั้นสามารถแก้ได้
3. จัดกิจกรรมการมองปัญหาในแง่บวก การทำความเข้าใจปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสนใจรายละเอียดการมองปัญหา
4. พิจารณาข้อเท็จจริง ประเมินปัจจัยพื้นฐานและกำหนดความต้องการการดูแลที่จำเป็น ระบุอุปสรรคที่ยับยั้งการบรรลุเป้าหมายและระบุจุดมุ่งหมาย กำหนดความต้องการได้รับการดูแล
5. ให้ผู้ป่วยระบุปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเอง บันทึกไว้ในตาราง ปัญหาทั้งหมดเรียงตามลำดับความสำคัญโดยและให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสำรวจปัญหาในการดูแล

ครั้งที่ 4 การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Alternatives) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม และให้ฝึกหาทางเลือกการแก้ปัญหาโดย

1. รวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น
2. ค้นหาทางเลือกการแก้ปัญหา และสร้างความหลากหลายของทางเลือกที่แตกต่างกันเพื่อเอาชนะอุปสรรค สามารถบรรลุเป้าหมายของการแก้ปัญหานั้น โดยการเขียนรายการวิธีต่างๆในการแก้ปัญหาหลายวิธีให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ลงในกระดาษ

ครั้งที่ 5 การพิจารณาทางเลือกและตัดสินใจแก้ปัญหา(Predict) และลองทำ(Try out) โดย

1. ฝึกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันพิจารณาทางเลือก ทั้งข้อดีและข้อเสียในการแก้ปัญหา รวมทั้งผลที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการแก้ปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา
2. ฝึกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสร้างทางเลือกและแผนการแก้ปัญหา วิธีการแก้ปัญหา ผลที่เกิดขึ้นและข้อสรุป เขียนลงในสมุดบันทึก โดยมีผู้บำบัดเป็นเพียงผู้สนับสนุน
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันเลือกประเด็นปัญหาจากสถานการณ์สมมติหรือจากประสบการณ์
4. ทดลองร่วมกันแก้ปัญหาจากสถานการณ์สมมติหรือจากประสบการณ์ โดยการให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องสถานการณ์หรือภาพสมมติ บอกขั้นตอนวิธีการแก้ปัญหาแล้วแสดงบทบาทสมมติ
5. กำหนดการบ้านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำไปแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 6 การทบทวนและบทสรุป

1. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าถึงการร่วมกันแก้ปัญหาจากการบ้าน ในประเด็นผลที่เกิดขึ้น ปัญหา/อุปสรรค/ความสำเร็จ/ความรู้สึกและการเรียนรู้ที่ได้รับ
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การจัดการกับอาการและผลข้างเคียงของยาต้านเศร้า การป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำและบอกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจในการมีtimสุขภาพเป็นที่ปรึกษาและสามารถให้ความช่วยเหลือได้

ภายหลังสิ้นสุดการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ตอบแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย และแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม 2 สัปดาห์

3. การเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย โดยคณะผู้วิจัย มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในเรื่อง การจัดการกับอาการซึมเศร้า การดูแลเรื่องยาต้านเศร้า และการป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ โดยดำเนินการตั้งแต่การเริ่มอบรมเชิงปฏิบัติการจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในแผนการพยาบาล รวมเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัวหรือชุมชน และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ปทุมภูมิของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### วิธีการวิจัย

แบบการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง สถานที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัยในเขตอำเภอเมือง อำเภออัมพวา และอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามและหน่วยบริการปทุมภูมิ โรงพยาบาลราชบุรี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวหรือในชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง อำเภออัมพวา และอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม และหน่วยบริการปทุมภูมิ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 77 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวหรือในชุมชน จำนวน 38 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยใช้โปรแกรม G \* Power 3.1.5 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) จากขนาดอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม (effect size) เท่ากับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .01 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ ร้อยละ 80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อย กลุ่มละ 33 คนและเพิ่ม 20% เพื่อลดการสูญหายระหว่างการศึกษานั้น ในการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน รวมเป็น 80 คน เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ได้มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ครบถ้วน จึงเหลือกลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน กลุ่มควบคุม 39 คน รวมเป็น 77 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) จำนวน 77 คน
2. ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชน เช่น ลูก หลาน พี่ น้อง อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 38 คน
3. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน

### กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มผู้ป่วย มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (ICD-10)
3. มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป (12 คะแนนขึ้นไป)
4. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มผู้ป่วย มีดังนี้

1. มีอาการทางจิต เช่น ได้ยินเสียงแว่ว มองเห็นภาพหลอน หรือมีพฤติกรรมแปลก ๆ อยู่ไม่นิ่ง
2. มีอาการทางกายรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

### กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มผู้ดูแลในชุมชน มีดังนี้

1. มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือเป็นญาติกับผู้ป่วย หรือเป็นอาสาสมัครอาศัยอยู่ในชุมชน
2. มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป

### กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้

1. อายุ 25 ปีขึ้นไป
2. มีประสบการณ์การทำงานด้านจิตเวชชุมชน อย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยขอนัดหมาย วันเวลาสถานที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ อธิบายขั้นตอน และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการศึกษา และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออก

จากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ระหว่างดำเนินการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจหรือต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ และขั้นตอนต่างๆของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยจึงให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ แผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ศึกษา การบำบัดเน้นการแก้ปัญหา และการเป็นที่ปรึกษา โดยในช่วงการบำบัดเป็นการบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะในการสำรวจ ระบุปัญหาที่แท้จริง พิจารณาทางเลือก ลงมือปฏิบัติและประเมินผลในการแก้ปัญหา และได้นำไปใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Areal, Shermer, Perri & Nezu, 1993)

ขั้นตอนการบำบัด ประกอบด้วย 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 50-60 นาที ดังนี้

1. สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา
2. ระบุปัญหาให้ชัดเจนและเป็นไปได้ ตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง
3. ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี
4. พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา
5. นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหา
6. ทบทวนและสรุป

#### ครั้งที่ 1 สำรวจและสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา

ขั้นนี้ เป็นการสำรวจเจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาคืออะไร วัตถุประสงค์คืออะไร พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะการจัดการแก้ปัญหา และเหตุผลประกอบ การสำรวจเจตคติต่อปัญหา คือการทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อปัญหาอย่างไร การมองปัญหาของบุคคลมีสองลักษณะคือ การมองปัญหาในเชิงบวกและเชิงลบ การมองปัญหาเชิงบวก ได้แก่ ปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ความเชื่อที่ว่าปัญหานั้นแก้ไขได้ ตนเองมีความสามารถแก้ปัญหาได้ เข้าใจว่าการแก้ปัญหาคือใช้เวลาและความพยายาม การใช้อารมณ์ที่เหมาะสม การมองปัญหาเชิงลบ ได้แก่ มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต มองตนเองมีความสามารถแก้ปัญหาได้ ใช้การแก้ปัญหาด้วยอารมณ์ไม่เหมาะสม นอกจากนั้น เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยมีมุมมองการแก้ปัญหาแบบใช้ปัญหาหรือใช้อารมณ์เป็นหลัก

ลักษณะการแก้ปัญหาแบ่งได้เป็นสามลักษณะ คือ 1) การแก้ปัญหาโดยขาดการไตร่ตรอง ไม่รอบคอบ หุนหันพลันแล่น พิจารณาริธีแก้ปัญหาเพียงสองสามวิธี ขาดการติดตามผลของการแก้ปัญหา 2) ลักษณะการ

หลีกเลี่ยงปัญหา การผลัดวันประกันพรุ่ง ยอมหรือพึ่งพาผู้อื่น ผลักภาระความรับผิดชอบให้ผู้อื่น หรือรอคอยให้ปัญหาคลี่คลายด้วยตัวเอง 3) ลักษณะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล สามารถบอกลักษณะของปัญหาได้ มีความคิดที่หลากหลายในการแก้ปัญหา ตัดสินใจโดยมีการวางแผน ลงมือปฏิบัติแก้ปัญหาและติดตามผลที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่า การแก้ปัญหาสองลักษณะแรกเป็นการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถแก้ปัญหาได้จริง ส่วนลักษณะที่สามเป็นการแก้ปัญหาที่ผู้บำบัดต้องการให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ได้ ในชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน

เทคนิคที่ใช้ 1. สมมติให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาได้ จะมองเห็นตนเองอย่างไร ให้ผู้ป่วยรู้สึกจริงๆ

2. บอกตนเองให้หยุดและคิดแก้ปัญหาที่เป็นเหตุเป็นผล

กิจกรรมในขั้นนี้ ได้แก่ การให้ผู้ป่วยอธิบายสั้นๆเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง รวมทั้ง ความคิด ความรู้สึก ก่อน ระหว่างและหลังจากปัญหาเกิดขึ้น อธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในการแก้ปัญหานั้น และสอบถามระดับความรู้สึกของการจัดการแก้ปัญหานั้นไปแล้ว เช่น ระดับ 1-5 ระดับ 1 หมายถึง ไม่พอใจที่สุด ระดับ 5 หมายถึง พพอใจที่สุด ให้ผู้ป่วยหรือผู้บำบัดเขียนลงในกระดาษ หรือเขียนลงในแบบรายการจำแนกกลุ่มปัญหา

**ครั้งที่ 2** ระบุปัญหาให้ชัดเจนและเป็นไปได้ กำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง

การทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาอย่างชัดเจนนั้น ผู้บำบัดช่วยค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นโดยถามคำถาม ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร ทำไม อธิบายโดยใช้ภาษาที่ชัดเจน แบ่งแยกความเป็นจริงออกจาก การคาดเดา หรือความเชื่อที่บิดเบือน กำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง เป็นรูปแบบของปัญหาหรืออารมณ์เป็นหลัก และสามารถทำได้โดยแบ่งเป็นปัญหาย่อยๆ ตั้งเป้าหมายเล็กๆ หรือตั้งจุดของปัญหา ระบุอุปสรรคที่มีต่อเป้าหมายได้ เช่น เป้าหมายที่คับข้องใจ แหล่งช่วยเหลือลดลง ไม่รู้จักหรือไม่คุ้นเคยกับเรื่องนั้น ปัญหา มีความซับซ้อน หรือมีปัญหาทางอารมณ์

กิจกรรมในขั้นนี้ ได้แก่ การเขียนคำจำกัดความของปัญหา เช่น ปัญหาคืออะไร อธิบายตามความเป็นจริง ทำไมปัญหานี้สำคัญต่อคุณ เป้าหมายที่เป็นจริงของคุณคืออะไร อุปสรรคที่มีต่อเป้าหมายนี้คืออะไร ให้อธิบายโดยใช้ภาษาที่เป็นรูปธรรม

**ครั้งที่ 3** ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลากหลายวิธี

ผู้บำบัดและผู้ป่วยร่วมระดมสมองค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ได้มากที่สุด การได้มาซึ่งวิธีการมีอะไรบ้าง ใช้เทคนิคอย่างไรบ้าง การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายจะช่วยให้หาแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากที่สุด เมื่อได้วิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลายแล้ว นำมาจัดกลุ่ม และถามเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังนั้น อย่างไรก็ตาม ผู้บำบัดอาจไม่สามารถมองหาวิธีการแก้ปัญหาได้เนื่องจากติดอยู่กับความคิดที่บิดเบือนไป ขาดข้อมูล หรือแหล่งช่วยเหลือ หรือมีอารมณ์ทางลบ เช่น หงุดหงิด โกรธ น้อยใจมาก เสียใจมาก เป็นต้น ผู้บำบัดจึงต้องช่วยในการรวบรวมความคิด ผสมผสานหรือปรับแนวทางแก้ปัญหาต่างๆ นึกถึงภาพที่จะแก้ปัญหา หรือนึกถึง หากเหตุการณ์นั้นเกิดกับบุคคลที่เป็นที่รู้จัก เช่น ดาราภาพยนตร์ เขาจะเป็นอย่างไร แก้ปัญหาวิธีใด



กิจกรรม ในขั้นนี้ ได้แก่ ให้เขียนรายการของการคิดแก้ปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ หลากหลายวิธีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ลงในกระดาษ

#### **ครั้งที่ 4** พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

ขั้นนี้เป็นการพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยคัดเลือกความคิดในการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมออกไป พิจารณาทบทวนข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละวิธี รวมทั้งผลที่จะตามมา วิเคราะห์ประโยชน์ ผลลัพธ์คุ้มค่าน่าลงทุนหรือไม่ อย่างไร ระบุการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาแผนปฏิบัติการจริงในการประเมินเพื่อตัดสินใจ ใช้เกณฑ์ ได้แก่ การคาดการณ์ว่าทำได้หรือไม่ ตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ใช้ระยะเวลาและความพยายามมากน้อยอย่างไร ผลต่ออารมณ์ ร่างกาย การเงิน หรือค่านิยม ความเชื่อ จริยธรรม เป็นอย่างไร มีผลต่อสังคม คู่ครอง ครอบครัว เพื่อนอย่างไรบ้าง ผลระยะสั้น ระยะยาวเป็นอย่างไร หลังจากนั้นจึงสรุปว่าจะเลือกหรือไม่เลือกวิธีการแก้ปัญหา ต่อจากนั้นจึงเขียนการพัฒนาแผนวิธีการแก้ปัญหา เช่น ระยะเวลา แผนสำรอง เป้าหมาย เทคนิคหลากหลายที่ใช้ ลำดับวิธีการทำหรือชุดวิธีคู่ขนาน

กิจกรรม ในขั้นนี้ ได้แก่ ใบบงานเขียนวิธีการแก้ปัญหา ผลที่เกิดขึ้น และข้อสรุป

#### **ครั้งที่ 5** นำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์

ผู้บำบัดประเมินว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการทดลองใช้วิธีการแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้ โดยให้ผู้ป่วยเล่าจากภาพที่เห็น บอกขั้นตอนวิธีการ พัฒนาคู่มือการแก้ปัญหา แสดงบทบาทสมมติให้ดู มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา แล้วให้ผู้ป่วยกลับไปลองใช้วิธีการแก้ปัญหา สังเกตติดตามผลที่เกิดขึ้น ประเมินผลตามความเป็นจริงว่าตรงกับผลที่คาดหวังหรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จให้ย้อนกลับไปสำรวจปัญหาใหม่เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสม ถ้าสำเร็จให้กำลังใจตนเอง

กิจกรรม ในขั้นนี้ ได้แก่

1. ใบบงานเปรียบเทียบผลของการไม่ทำอะไร กับการแก้ปัญหาเพื่อบรรลุเป้าหมาย
2. ใบบประเมินผลของการทดลองใช้วิธีการตามแผน อธิบายผลเป็นอย่างไร ระดับความพึงพอใจเป็นอย่างไร

ส่วนการเป็นที่ปรึกษา คณะผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมการดำเนินงานเป็นระยะๆ และมีการให้การปรึกษาในกรณีที่พยาบาลวิชาชีพมีข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงของการได้รับยาต้านเศร้าของผู้ป่วย เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ เป็นต้น ซึ่งพบเพียง 3 ราย และได้ขอรับการปรึกษาจากแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อปรับขนาดและช่วงเวลารับประทานยาจนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงต่อไป หรือการสนทนากับผู้ป่วยและญาติ คณะผู้วิจัยได้ทำการสนทนาเป็นตัวอย่างในการใช้คำถามหรือการสะท้อนความของคำพูดของผู้ป่วย เป็นต้น

## **2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ**

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้น

2.2 แบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(Thai Geriatric Depression Scale -TGDS) พัฒนาขึ้นในปี 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก GDS (Geriatric Depression Scale) ของ Yesavage และคณะ (Yesavage et.al, 1963) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยให้ตอบใช่ /ไม่ใช่ ใช้ระบบการให้คะแนนเป็น 0 และ 1 ลักษณะคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ด้านกาย ใจ และสังคม ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านบวกมี 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านลบมี 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 และ ข้อ 28 ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 เท่ากับ .93 (นภสร แก้วนิลกุล, 2551) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง(Reliability) ได้นำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง(2537) ไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Reliability) พบว่าได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 และเมื่อนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

2.3 แบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barhtel (1965) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ในแต่ละข้อมีการให้คะแนน 0-3 แตกต่างกันไปตั้งแต่ปฏิบัติไม่ได้ ปฏิบัติบางส่วนและปฏิบัติได้ ซึ่งมีคะแนนรวม 0-20 โดยแบ่งเป็น 0-4 คะแนน มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน มีภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน มีภาวะพึ่งพาปานกลาง 12-20 คะแนน ไม่มีภาวะพึ่งพา เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลาย จึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีก

2.4 แบบวัดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบวัดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเนื้อหาความรู้ของคู่มือเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการช่วยเหลือแก้ปัญหา โดยแบ่งเป็น 2 ชุด ชุดแรกสำหรับ พยาบาลวิชาชีพ และชุดที่สอง สำหรับผู้ดูแล แต่ละชุด มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบประมาณค่าตั้งแต่ 1-4 คะแนน 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านเลย 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านน้อยมาก 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านเป็นบางครั้ง 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านมากที่สุด คะแนนมาก

หมายถึง ความสามารถในการดูแลสูง คะแนนน้อย หมายถึง ความสามารถในการดูแลน้อย ภายหลังจากตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ปรับแก้ภาษาให้เข้าใจง่าย และนำไปตรวจสอบคุณภาพ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 และ .80 และความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ .82

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการเก็บแบบประเมินจากกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมโครงร่างวิจัยฉบับสังเขป เพื่อนำเสนอถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสมุทรสงคราม และหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลราชบุรีเพื่อขอความร่วมมือและอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอแจ้งประกาศรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการสุ่มอย่างง่าย และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยขออนัดหมาย วันเวลาสถานที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอม จึงเริ่มดำเนินการวิจัย

4. สำหรับผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม การพยาบาลเกิดขึ้นในขณะที่เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที รวม 6 สัปดาห์ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแลประเมินความสามารถในการดูแลก่อนการอบรมเพิ่มพูนความรู้ และหลังดำเนินการพยาบาลตามแผน ในสัปดาห์ที่ 6 ระยะเวลาในการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นรวม 10 เดือน หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สำหรับกลุ่มควบคุมเพื่อให้ได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้า ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 และ 10 และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Repeated Measures Analysis of Variance และในแต่ละระยะด้วยสถิติทดสอบที

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยสถิติทดสอบที

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 77 ราย ผู้ดูแล จำนวน 38 ราย และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่อำเภอบางคนที อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม และอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม 2555 ถึง 31 กรกฎาคม 2556 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้เสนอเป็นคำอธิบาย ตารางประกอบคำอธิบายและแผนภาพ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของอาการซึมเศร้า ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลของพยาบาลและของผู้ดูแล
- ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อน-หลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
- ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมทันทีและระยะติดตามผล
- 4 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของพยาบาล และของผู้ดูแล

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่ามีตัวอย่างจำนวน 77 คน ส่วนใหญ่ตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 60 คน (ร้อยละ 77.92) และเป็นเพศชาย จำนวน 17 คน (ร้อยละ 22.08) เมื่อพิจารณาช่วงอายุ พบว่า ตัวอย่างมีช่วงอายุ 70 - 79 ปี จำนวน 35 คน (ร้อยละ 45.45) รองลงมาคือ อายุ 80 - 89 ปี และ 60 - 69 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 25.97) และมีตัวอย่างอายุ 90 - 99 ปี น้อยที่สุด จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.6) เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 65 คน (ร้อยละ 84.42) เมื่อพิจารณาตามสถานภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างสมรส จำนวน 45 คน (ร้อยละ 58.44) รองลงมาคือ หย่าหรือหม้าย จำนวน 24 คน (ร้อยละ 31.17) และโสด จำนวน 8 คน (ร้อยละ 10.39) เมื่อพิจารณาจำแนกตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 3-5 คน จำนวน 48 คน (ร้อยละ 62.34) รองลงมาคือ มีสมาชิกในครอบครัว จำนวน 1-2 คน จำนวน 18 คน (ร้อยละ 23.38) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 14.29) เมื่อพิจารณารายได้ครอบครัวต่อเดือน พบว่า ผู้สูงวัยมีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 1,001-3,000 บาท มากที่สุด จำนวน 34 คน (ร้อยละ 44.16) รองลงมาคือ 5,000 บาทขึ้นไป

จำนวน 23 คน (ร้อยละ 29.87) และ 3,001 บาทขึ้นไป จำนวน 11คน (ร้อยละ 14.29 ) นอกจากนั้น 1,000 บาท น้อยที่สุด จำนวน 9 คน (ร้อยละ 11.69) นอกจากนั้นตัวอย่างในการศึกษาเป็นพยาบาล จำนวน 20 คน และผู้ดูแล จำนวน 38 คน

**ตารางที่ 4.1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ (n = 77)

ตัวแปร	Experiment		Control		รวม	
	n	%	n	%	n	%
<b>เพศ</b>						
ชาย	9	23.68	8	20.51	17	22.08
หญิง	29	76.32	31	79.49	60	77.92
รวม	38	100	39	100	77	100
<b>อายุ</b>						
60 - 69 ปี	7	18.42	13	33.33	20	25.97
70 - 79 ปี	15	39.47	20	51.28	35	45.45
80 - 89 ปี	15	39.47	5	12.82	20	25.97
90 - 99 ปี	1	2.63	1	2.56	2	2.6
รวม	38	100	39	100	77	100
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	1	2.63	3	7.69	4	5.19
ประถมศึกษา	34	89.47	31	79.49	65	84.42
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2.63	5	12.82	6	7.79
มัธยมศึกษาตอนปลาย,ปวช.	1	2.63	0	0	1	1.3
ปวส.,อนุปริญญา	1	2.63	0	0	1	1.3
รวม	38	100	39	100	77	100
<b>สถานภาพ</b>						
โสด	5	13.16	3	7.69	8	10.39
สมรส	20	52.63	25	64.1	45	58.44
หย่า/หม้าย	13	34.21	11	28.21	24	31.17
รวม	38	100	39	100	77	100
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>						
1-2 คน	16	42.11	2	5.13	18	23.38
3-5 คน	18	47.37	30	76.92	48	62.34
มากกว่า 5 คน	4	10.53	7	17.95	11	14.29
รวม	38	100	39	100	77	100
<b>รายได้ครอบครัวต่อเดือน</b>						
ต่ำกว่า 1,000 บาท	7	18.42	2	5.13	9	11.69
1,001-3,000 บาท	7	18.42	27	69.23	34	44.16
3,001 บาทขึ้นไป	4	10.53	7	17.95	11	14.29

ตัวแปร	Experiment		Control		รวม	
	n	%	n	%	n	%
5,000 บาทขึ้นไป	20	52.63	3	7.69	23	29.87
รวม	38	100	39	100	77	100

### ผลการความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับกลุ่มทดสอบ

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับกลุ่มทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ Chi-Square พบว่า เพศและสถานภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือน และอายุมีความสัมพันธ์กับกลุ่มทดสอบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามกลุ่มทดลองและควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=38)	กลุ่มควบคุม (n=39)	รวม	Pearson Chi-Square			Fisher's Exact Test
				Value	df	P-value	P-value
เพศ	เพศชาย	9	8	17			0.79
	เพศหญิง	29	31	60	-		
	รวม	38	39	77			
สถานภาพ	โสด/หย่า/หม้าย	18	14	32			0.36
	สมรส	20	25	45	-		
	รวม	38	39	77			
ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว	มีโรค	23	3	26			0.00
	ไม่มีโรค	15	36	51	-		
	รวม	38	39	77			
จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว	1-2 คน	16	2	18			0.00
	มากกว่า 3 ขึ้นไป	22	37	59	-		
	รวม	38	39	77			
รายได้ครอบครัว ต่อเดือน	ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	43	14			0.00
	3,001 บาทขึ้นไป	10	34	24	-		
	รวม	39	77	38			
อายุ	60 - 69 ปี	7	13	20			7.05 2 0.03
	70 - 79 ปี	15	20	35			
	80 ปีขึ้นไป	16	6	22			
	รวม	38	39	77			

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างอาการซึมเศร้าก่อนทดลองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลที่ประกอบไปด้วย เพศ สถานภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ ครอบครัวต่อเดือนและ อายุ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) พบว่า อาการซึมเศร้าก่อนทดลองตามเพศ สถานภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือนและ อายุ ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 4.3)

**ตารางที่ 4.3** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนทดลองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
เพศ	0.99	1	0.99	0.06	0.81
อายุ	17.37	2	8.69	0.52	0.60
ประวัติโรคประจำตัว	6.63	1	6.63	0.39	0.53
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	3.43	1	3.43	0.20	0.65
สถานภาพ	2.23	1	2.23	0.13	0.72
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	2.46	1	2.46	0.15	0.70
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	69.89	1	69.89	4.16	0.06

นอกจากนั้นการเปรียบเทียบความแตกต่างความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนทดลองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ประกอบไปด้วย เพศ สถานภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือนและ อายุ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนทดลองแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัวต่อเดือนและ อายุ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.4)

**ตารางที่ 4.4** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนทดลองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
เพศ	3.10	1	3.10	0.11	0.74
อายุ	97.57	2	48.78	1.80	0.17
ประวัติโรคประจำตัว	15.20	1	15.20	0.56	0.46
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	17.80	1	17.80	0.66	0.42
สถานภาพ	50.60	1	50.60	1.87	0.18
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	4.22	1	4.22	0.16	0.70
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	0.53	1	0.53	0.02	0.89

## ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรอาการซึมเศร้า ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลของพยาบาลและผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เมื่อพิจารณาตัวแปรอาการซึมเศร้า พบว่า ก่อนการทดลองมีอาการซึมเศร้ามากที่สุด ( $M=20.13$ ,  $SD=4.14$ ) รองลงมาคือ หลังการทดลอง ( $M=17.06$ ,  $SD=3.74$ ) และระยะติดตามผลมีอาการซึมเศร้าน้อยที่สุด ( $M=17.22$ ,  $SD=3.65$ ) เมื่อพิจารณาตัวแปรความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า ระยะติดตามผลตัวแปรความสามารถในการทำหน้าที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $M=14.36$ ,  $SD=4.25$ ) รองลงมาคือ หลังการทดลอง ( $M=14.69$ ,  $SD=4.87$ ) และก่อนการทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่น้อยที่สุด ( $M=14.08$ ,  $SD=5.15$ )

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของพยาบาล พบว่า ความสามารถในการดูแลของพยาบาลหลังการทดลอง ( $M=34.50$ ,  $SD=3.15$ ) มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง ( $M=27.25$ ,  $SD=1.80$ ) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ดูแล พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลหลังการทดลอง ( $M=26.37$ ,  $SD=3.65$ ) มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง ( $M=12.71$ ,  $SD=3.93$ ) (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรจำแนกตามตัวอย่าง

ตัวอย่าง	ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตามผล	
		M	SD	M	SD	M	SD
ผู้ป่วย ซึมเศร้า	อาการซึมเศร้า	20.13	4.14	17.06	3.74	17.22	3.65
สูงอายุ	ความสามารถในการทำหน้าที่	14.08	5.15	14.69	4.87	14.36	4.25
พยาบาล	ความสามารถในการดูแลของ พยาบาล	27.25	1.80	34.50	3.15		
ผู้ดูแล	ความสามารถในการดูแลของ ผู้ดูแล	12.71	3.93	26.37	3.65		

### การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนทดลองจำแนกตามกลุ่มในการทดสอบ

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบอาการซึมเศร่าก่อนทดลองจำแนกตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ t-test independent พบว่า อาการซึมเศร่าก่อนทดลองแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=1.44$ ,  $p=0.15$ ) และ ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ( $t=-0.40$ ,  $p=0.69$ ) แสดงให้เห็นว่าทุกกลุ่มในการทดสอบมีความเท่าเทียมกัน (ตารางที่ 4.6)



**ตารางที่ 4.6** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	t-test for Equality of Means		
	t	df	P-value
อาการซึมเศร้าก่อนทดลอง	1.44	75	0.15
ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนทดลอง	-0.40	75	0.69

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อน-หลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการซึมเศร้ามลดลง และความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ด้วยสถิติทดสอบ t-test dependent พบว่า อาการซึมเศร้ามลดลงหลังภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=6.43$ ,  $p=0.00$ ) และความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=-1.93$ ,  $p=0.06$ ) (ตารางที่ 4.7)

**ตารางที่ 4.7** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	M	SD	t	df	p-value
อาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง	20.82	4.28	8.35	37	0.00
อาการซึมเศร้าหลังการทดลอง	15.00	2.55			
ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนการทดลอง	13.84	5.04	-5.14	37	0.00
ความสามารถในการทำหน้าที่หลังการทดลอง	15.82	4.21			

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมทันทีและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1 ผลการศึกษาผู้ป่วยวัยสูงอายุมีอาการซึมเศร้ามลดลง และความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มและเวลาปฏิบัติสัมพันธ์ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=17.47$ ,  $p=0.00$ ) อีกทั้งคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=28.48$ ,  $p=0.00$ ) โดยภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ( $M=15.00$ ,  $M=14.95$ ) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=19.08$ ,  $M=19.44$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-5.72$ ,  $p=0.00$  และ  $t=-6.86$ ,  $p=0.00$ )

เมื่อพิจารณาความสามารถในการทำหน้าที่ พบว่า กลุ่มและเวลามีปฏิสัมพันธ์ต่อความสามารถในการทำหน้าที่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=2.15, p=0.12$ ) เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่แตกต่างกันจำแนกตามเวลาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=0.34, p=0.71$ ) และคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=4.76, p=0.03$ ) แต่ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลพบว่า คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-5.72, p=0.00$  และ  $t=-6.86, p=0.00$ ) ดังตารางที่ 4.8

**ตารางที่ 4.8** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า และความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

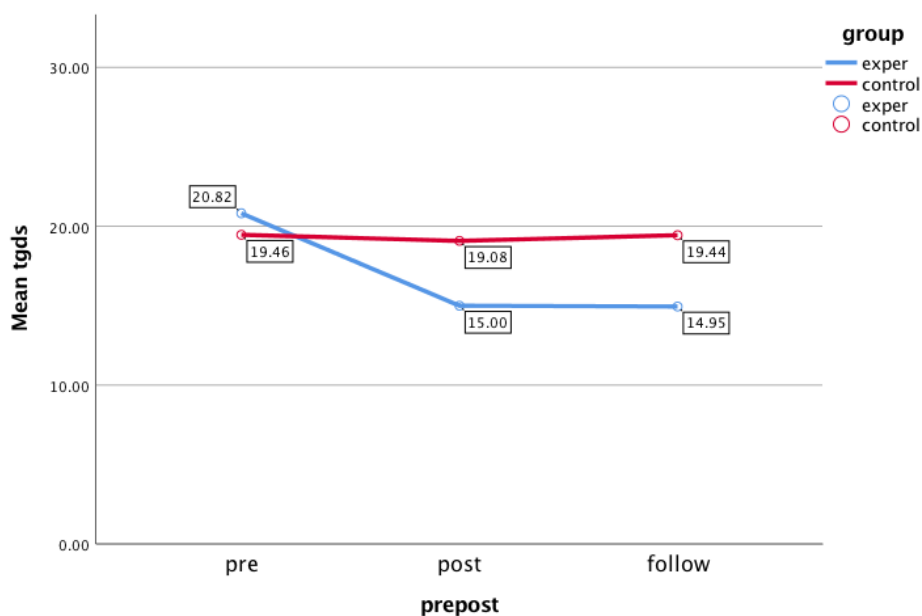
ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=39)		t	p-value	ANOVA Test			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			Variable/ effect	MSF	F	p-value
<b>อาการซึมเศร้า</b>										
ก่อนการทดลอง	20.82	4.28	19.46	3.95	1.44	0.15	ระหว่างกลุ่ม	333.62	28.48	0.00
หลังการทดลอง	15.00	2.55	19.08	3.63	-5.72	0.00	ภายในกลุ่ม (เวลา)	235.06	20.07	0.00
ระยะติดตามผล	14.95	2.16	19.44	3.45	-6.86	0.00	ปฏิสัมพันธ์ กลุ่ม*เวลา	204.67	17.47	0.00
<b>ความสามารถในการทำหน้าที่</b>										
ก่อนการทดลอง	13.84	5.04	14.31	5.31	-0.39	0.69	ระหว่างกลุ่ม	105.54	4.76	0.03
หลังการทดลอง	15.82	4.21	13.59	5.26	2.05	0.04	ภายในกลุ่ม (เวลา)	7.59	0.34	0.71
ระยะติดตามผล	15.53	3.51	13.23	4.63	2.46	0.02	ปฏิสัมพันธ์ กลุ่ม*เวลา	47.71	2.15	0.12

4.2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในระยะสิ้นสุดการทดลองและในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรต้น 1 ตัว คือ กลุ่มในการทดสอบ (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ โดยวัดความก้าวหน้าจำนวน 2 ครั้ง เมื่อพิจารณาอาการซึมเศร้า พบว่า เมตริกซ์ความแปรปรวนของแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกัน โดยใช้สถิติ Mauchly's W จะพิจารณาด้วย Greenhouse-Geisser พบว่า ตัวแปรกลุ่มในการทดสอบและอาการซึมเศร้าแต่ละครั้งมีเมตริกซ์ความแปรปรวนแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.9 การวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มในการทดสอบ

สถิติทดสอบ	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Greenhouse-Geisser	458.94	1.26	363.62	34.12	0.00

นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาภาพรวมการวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มในการทดสอบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมลดลงและเมื่อติดตามผล 4 สัปดาห์พบว่า มีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงเล็กน้อย โดยกลุ่มการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังภาพที่ 2



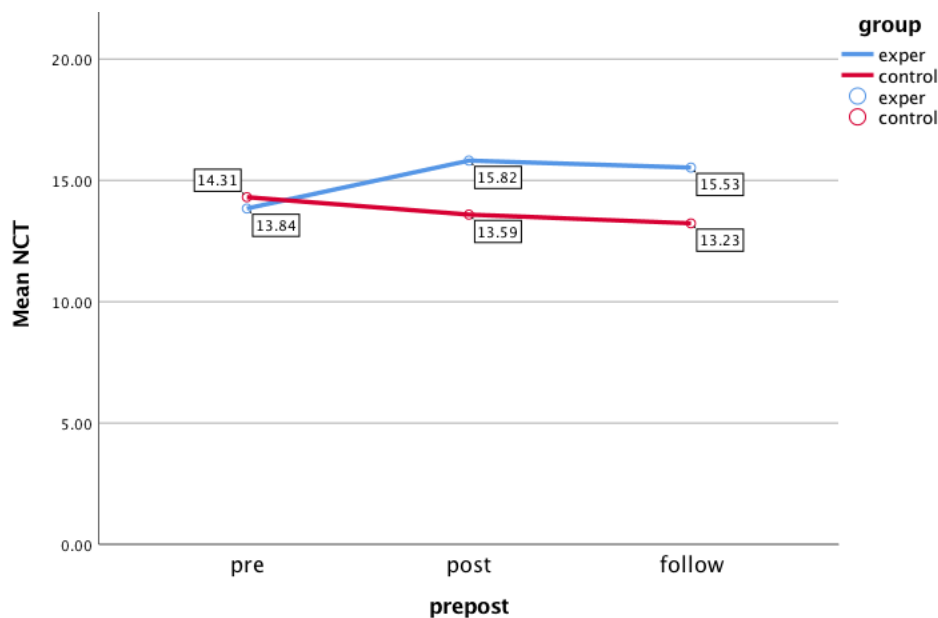
ภาพที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาความสามารถในการทำหน้าที่ พบว่า เมตริกซ์ความแปรปรวนของแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันจาก โดยใช้สถิติ Mauchly's W จะพิจารณาด้วย Greenhouse-Geisser พบว่า ตัวแปรกลุ่มในการทดสอบและความสามารถในการทำหน้าที่แต่ละครั้ง มีเมตริกซ์ความแปรปรวนแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.10 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ ในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มในการทดสอบ

สถิติทดสอบ	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Greenhouse-Geisser	14.36	1	9.82	1.73	0.19

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาภาพรวมการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่แต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มในการทดสอบ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในระยะสิ้นสุดการทดลอง แต่มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงเล็กน้อยเมื่อระยะติดตามผล แต่ในกลุ่มการพยาบาลปกติมีแนวโน้มความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ดังภาพที่ 3



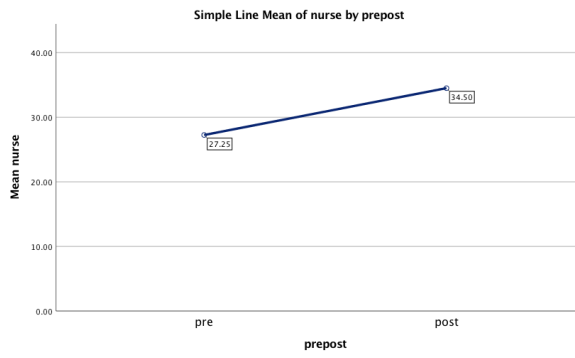
ภาพที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของพยาบาลและผู้ดูแล

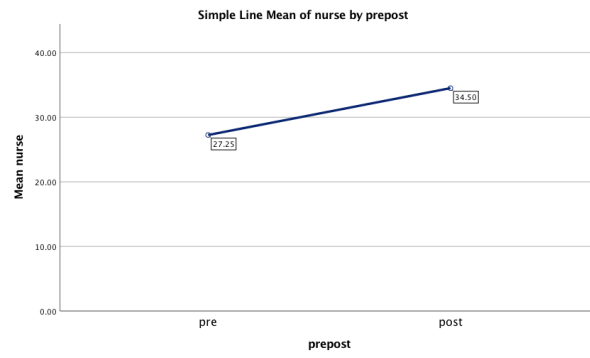
ผลการวิเคราะห์พยาบาลและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสูงขึ้นภายหลังให้การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ด้วยสถิติ t-test dependent พบว่า ความสามารถในการดูแลของพยาบาลสูงขึ้นภายหลังให้การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=-9.32, p=0.00$ ) และ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสูงขึ้นภายหลังการให้การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=-18.72, p=0.00$ ) ดังตาราง 4.11 และภาพที่ 4

ตารางที่ 4.11 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของพยาบาลและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ตัวแปร	M	SD	t	df	p-value
ความสามารถในการดูแลของพยาบาลก่อนทดลอง	27.25	1.80	-9.32	19	0.00
ความสามารถในการดูแลของพยาบาลหลังทดลอง	34.5	3.15			
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลก่อนทดลอง	12.24	2.71	-18.72	36	0.00
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มหลังทดลอง	26.16	3.47			



ความสามารถในการดูแลของพยาบาล



ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ภาพที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของก่อนและหลังการทดลองของตัวแปรความสามารถในการดูแลของพยาบาลและ  
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังได้รับแผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และติดตามผล 4 สัปดาห์ และเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 77 คน ผู้ดูแล จำนวน 38 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ ในระยะ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ส่วนผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ ได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนและหลังการดำเนินการพยาบาลมีส่วนร่วม ตัวแปรต้น คือ แผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ตัวแปรตาม คือ อาการซึมเศร้า และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ความสามารถในการดูแลผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance)

#### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในระยะติดตามผลหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าลดลงและความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์
4. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นภายหลังการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสามารถอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานได้ดังต่อไปนี้

**สมมติฐานที่ 1** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการซึมเศร้ามลดลง และความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 สามารถอภิปรายได้ดังนี้ กล่าวคือ การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมเป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลและหรือบุคคลในชุมชนหรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการคัดกรอง ประเมินอาการซึมเศร้าและให้การพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พยาบาลและญาติผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ การประเมินอาการ ความรู้เรื่องการรับประทานยา ผลข้างเคียงและการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเมื่อเกิดผลข้างเคียง รวมทั้งการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองรวมทั้งการขอรับการปรึกษาและส่งต่อไปยังแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เมื่อญาติได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทำให้เกิดความมั่นใจและอบอุ่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากสามารถปรึกษาพยาบาลได้ทุกครั้งที่สงสัยหรือมีปัญหาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจอาการ สภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงลดการใช้อารมณ์และการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว ซึ่งแสดงถึง การที่พยาบาลได้มีการดูแลต่อเนื่อง เป็นการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดให้ครอบคลุมอาการและด้านจิตสังคม รวมทั้งการจัดการกับปัญหาทั้งในสถานการณ์จริงและในสถานการณ์จำลองโดยมีขั้นตอนของการแก้ปัญหา (Areal, Shermer, Perri & Nezu, 1993) จึงนำมาสู่การลดอาการซึมเศร้า (Wells, Sherbourne, Schoenbaum, et al., 2000; Simon, Bower, Fletcher, Richards, & Sutton, 2006). การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมจึงสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้ ซึ่งผลของการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของการดูแลอย่างมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ปฐมภูมิ(Katon, Robinson, Von Korff, et al., 1996; Katon, Von Korff, Lin, et al., 1999)

นอกจากนั้น การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม นอกจากญาติผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจากพยาบาลแล้ว พยาบาลสามารถช่วยฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง รวมทั้งฝึกการจัดการกับปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง การสวมใส่เสื้อผ้าได้ หรืออย่างน้อยสามารถบอกผู้ดูแลให้พาไปเข้าห้องน้ำ บอกความต้องการปัสสาวะหรืออุจจาระได้ ซึ่งการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมช่วยให้พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลได้รับความรู้และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุร่วมกัน เป็นกระบวนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลได้รับการสอนแนะนำในการดูแลผู้ป่วย การบำบัดด้านจิตสังคมในการจัดการกับปัญหา การร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย (Goodrich, Kilbourne, Nord et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการดูแลที่บ้านแบบหลายมิติใช้เวลา 6 เดือน สามารถลดความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอัมพฤกษ์อเมริกันได้ดีกว่า 12 เดือน (Gitlin, Winter, Dennis, & Hauck, 2008) และการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ผลของการดูแลแบบมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าและภาวะเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 387 คน ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจที่มีอาการซึมเศร้า เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างนักจิตวิทยาและพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้านจิตสังคม เช่น การปรับพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิด การให้คำปรึกษาในการดำเนินชีวิต การจัดการในการรับประทานยาที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการทดลอง 6-8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีสุขภาพทางกายดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น และอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และในระยะติดตามผล (Coventry, Lovell, Dickens, Bower, Chew-Graham, 2015)

**สมมติฐานที่ 2** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการซึมเศร้ามลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น ภายหลังจากได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะติดตามผลเมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที (ตารางที่ 4.8, 4.9 และ 4.10) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ในตัวแปรความสามารถในการทำหน้าที่ สามารถอธิบายได้ดังนี้ กล่าวคือ ความเข้มข้นของการการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมน่าจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า โดยที่ในระยะก่อนและหลังได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม อาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และในระยะสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล อาการซึมเศร้ามลดลงเล็กน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากในกระบวนการพยาบาลมีส่วนร่วมมีการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล พยาบาลสามารถให้การบำบัดด้านจิตสังคม เป็นการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลแบบมีส่วนร่วมในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Knight, & Houseman, 2008; Katon, Von Korff, Lin, et al., 1999; (Unutzer, Katon, Callahan, Williams, Hunkeler, Harpole, et al., 2002)

ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นภายหลังจากได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 สามารถอธิบายได้ดังนี้ กล่าวคือ เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่เป็นการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยวัยสูงอายุ การเคลื่อนไหวร่างกายส่วนต่างๆ ซึ่งในวัยสูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายส่วนใหญ่ จำเป็นต้องมีการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอและในความเข้มข้นที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต จะเห็นได้ว่า ในช่วงที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ทำให้



คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 4.7) แต่จากระยะสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ ถึงระยะติดตามผลอีก 4 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงเล็กน้อย นั้นแสดงว่า การให้ความรู้และการดำเนินการดูแลและการบำบัดด้านจิตสังคมให้ประสิทธิผลอย่างดีในระยะ 6 สัปดาห์ แต่ไม่สามารถคงอยู่ได้นานถึง 10 สัปดาห์ อาจเป็นเพราะการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการศึกษารุ่นนี้ ยังขาดกลยุทธ์ในการดำเนินการ ได้แก่ การโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล หรือการให้กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยบันทึกตารางกิจกรรมที่กระตุ้นในการรับประทานยาหรือทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยเพลิดเพลินใจ ปรับอารมณ์ให้สบายใจ เป็นต้น (Unutzer, Katon, Callahan, Williams, Hunkeler, Harpole, et al., 2002) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆที่ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการจูงใจ ให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ปัญหาของตนเอง ใส่ใจในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (Rakhshan, Ganjalivand, Zarshenas, Majdinasab, 2018) ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งเน้นในเรื่องภาวะโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Wilkins, Skinner, Boyer, Morrow-Howell, Smith, & Birge, 2019)

**สมมติฐานที่ 3** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการซึมเศร้าลดลงและความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงและความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 สามารถอธิบายได้ดังนี้ กล่าวคือ การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เป็นความร่วมมือระหว่างพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ทั่วไปและผู้ดูแลผู้ป่วย ในที่นี้ คณะผู้วิจัย ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี เป็นที่ปรึกษาในการดูแลให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และประสานกับแพทย์ทั่วไปในการรักษาหรือส่งต่อ รวมทั้งการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้าน ซึ่งคณะผู้วิจัยทำการสอนให้ความรู้และสอนแนะในเรื่องทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสำหรับพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล ทำให้เกิดทักษะในการดูแล การสังเกตอาการซึมเศร้า หรืออาการเตือนก่อนซึมเศร้า เช่น อารมณ์หงุดหงิด ไม่รักษาความสะอาดร่างกาย การสังเกตอาการข้างเคียงของยาด้านเศร้า เช่น ง่วงนอนมากผิดปกติ หรือปวดท้อง ปวดศีรษะในบางราย นอกจากนั้น ทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลเกิดความรูสึกมั่นใจ มีกำลังใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถร่วมกันประเมิน ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา ตัดสินใจร่วมกันในการแก้ปัญหา และลงมือแก้ปัญหาร่วมกันซึ่งส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงทั้งในระยะก่อน หลังและติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยการจัดการดูแลแบบมีส่วนร่วม ส่งผลถึงอาการซึมเศร้าลดลง ความบกพร่องการทำหน้าที่ลดลง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (Unutzer, Katon, Callahan, Williams, Hunkeler, Harpole, et al., 2002; Richards, Lovell, Gilbody, Gask, et al., 2006; Gilbody, Lewis, Adamson, Atherton, Bailey, et al., 2017) ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มของอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลอง ทั้งนี้

เนื่องจากการพยาบาลปกตินั้น พยาบาลได้จัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การให้ความรู้และสาเหตุของโรคซึมเศร้า การแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การรับประทานยา การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต รวมทั้งการเยี่ยมบ้าน ประเมินอาการซึมเศร้า และเป็นที่ปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว แต่พยาบาลวิชาชีพไม่ได้มีการไปจัดการดูแลที่ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรับรู้ ตระหนักรู้ การเจ็บป่วยตั้งแต่แรกและติดตามเป็นระยะๆอย่างใกล้ชิด หรือการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล หรือพยาบาลวิชาชีพไม่ได้แสดงบทบาทการจัดการรายกรณี รวมทั้งกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จึงอาจส่งผลกระทบต่อผลการลดอาการซึมเศร้าได้น้อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง แต่ลดลงในระยะติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติมีแนวโน้มความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่มีแนวโน้มของความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น (Unutzer, Katon, Callahan, Williams, Hunkeler, Harpole, et al., 2002; Coventry, Lovell, Dickens, Bower, Chew- Graham, 2015; Gilbody, Lewis, Adamson, Atherton, Bailey, et al., 2017)

**สมมติฐานที่ 4** ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการดูแล สูงขึ้นภายหลังการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น ภายหลังการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 สามารถอภิปรายได้ดังนี้ กล่าวคือ การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากทำให้พยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงซึ่งรวมถึงการประเมิน คัดกรองอาการซึมเศร้า การสังเกตอาการ การสนทนากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุและการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแล้ว พยาบาลวิชาชีพ ยังสามารถเป็นผู้สอน แนะนำให้กับผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลตามศักยภาพของผู้ดูแลได้อีกด้วย ซึ่งกระบวนการในการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ ความเข้าใจที่ดีระหว่างกันระหว่างบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พยาบาลวิชาชีพสามารถจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในความดูแล การประสานงาน การส่งต่อการดูแลระหว่างทีมสุขภาพเป็นระบบ มีความชัดเจน เป็นที่พึ่งที่ปรึกษาสำหรับผู้ป่วย/และครอบครัว พยาบาลรู้สึกได้ใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและเกิดความมั่นใจในการดูแล เช่นเดียวกับผู้ดูแล รู้สึกว่าตนเองได้เรียนรู้ทักษะในการดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รู้สึกมีพลังมีความเข้มแข็งทางใจในการที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้การจัดการรายกรณีร่วมกับชุดการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคไตเรื้อรังต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามชุดการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทัศนียา ไข้วชว วิชาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์, 2558)

## ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดซึ่งอาจส่งผลถึงการสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องในการรวบรวมข้อมูล ต้องปรับแผนงานตามบุคลากรในพื้นที่ งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะในพื้นที่ชุมชนที่ห่างไกลในจังหวัดแห่งหนึ่งและหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งส่งผลให้การดำเนินการไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย และความล่าช้าของการดำเนินการวิจัย

2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กในแต่ละกลุ่มทดลองและควบคุม

ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อจำกัดในความสามารถสรุปข้อค้นพบที่จะนำไปสู่การอ้างอิงไปยังประชากรเป้าหมาย

## ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะ 2 ด้าน ดังนี้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดการพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนี้

1.1 การจัดระบบบริการการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ควรมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแล โดยการจัดอบรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การรักษาและการพยาบาล รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน เพื่อป้องกันความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

1.2 การเป็นที่ปรึกษาโดยการนิเทศ การสอนแนะในพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีเป็นอยู่อย่างยั้งระหว่างพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลในพื้นที่ สามารถส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

1.3 การปฏิบัติพยาบาลควรเพิ่มระยะเวลาของแผนการดูแลจากระยะก่อนทดลองถึงสิ้นสุดการทดลองประมาณ 2 เดือน ตั้งแต่การประเมินคัดกรอง การให้ความรู้ การสอนแนะหรือการฝึกให้พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลจับคู่ในการดูแล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลในระยะยาว และติดตามผลในระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือน

### 2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

2.1 การศึกษาในลักษณะการดำเนินการทดลอง ควรทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และในพื้นที่ศึกษาหลายแห่ง รวมทั้งแบบวิจัยในลักษณะเชิงทดลองแบบสุ่ม แบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อเพิ่มความตรงของการศึกษาและสามารถอ้างอิงไปยังประชากรเป้าหมายได้

2.2 ควรมีการศึกษาผลกระทบหรือประสพการณ์เชิงลึกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ในลักษณะวิจัยโดยวิธีผสมผสาน เพื่อประเมินความสอดคล้องของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมกับผลการวิจัย รวมทั้งการนำข้อมูลมาปรับปรุงคุณภาพของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อไป

### บรรณานุกรม

- Badger, T. A., Collins-Joyce, P. (2000). Depression, psychosocial resources, and functional ability in older adults. *Clinical Nursing Research*, 9(3), 238-255.
- Banghwa L. Casado, B. L., Quijano, L. M., Stanley, M. A., Cully, J. A., Steinberg, E. H., & Wilson, N. L. (2008). Healthy IDEAS: Implementation of a Depression Program Through Community-Based Case Management. *The Gerontologist* 48, 828-838.
- Bee, P., Playle, J., Lovell, K., Barnes, P., Gray, R., & Keeley, P. (2008). Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: A systematic review of empirical research. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 442-457.
- Coventry P, Lovell K, Dickens C, Bower P, Chew-Graham C, McElvenny D, et al. (2015). Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ*, 350, doi: 10.1136/bmj.h638
- Evans, M., & Mottram, P. (2000). Diagnosis of depression in elderly patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 49-56.
- Freitas, R.S., Fernandes, M.H., Coqueiro, R.S., Reis Júnior, W. M., Rocha, S. V. & Brito, T.A.. (2012) Functional capacity and associated factors in the elderly: a population studies. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 933-9.
- Fuentes, D., & Aranda, M. P. (2012). Depression interventions among racial and ethnic minority older adults: A systematic review across 20 years. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 915-931. doi:10.1097/JGP.0b013e31825d091a
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2008). Variation in response to a home intervention to support daily function by age, race, sex, and education. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, 63, 745-750.
- Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM, et al. (2013). Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Curr Psychiatry Rep*. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0383-2>.
- Greenberg, P. E., Leong, S. A., Birnbaum, H. G., & Robinson, R. L. (2003). The economic burden of depression with painful symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(Supp. 7), 17-23.

- Haverkam, R., Arean, P., Hegel, M. T., & Unutzer, J. (2004). Problem-solving treatment for complicated depression in late life: A case study in primary care. *Perspectives in Psychiatric Care, 40*(2), 45-52.
- Hickie, I., Burke, D., Tobin, M., & Mutch, C. (2000). The impact of the organisation of mental health services on the quality of assessment provided to older patients with depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 748-754.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing, 23*(2), 97-101.
- Katon, W., Robinson, P., Von Korff, M., et al. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry, 53*, 924-932.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., et al. (1999). Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized general trial. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1109-1115.
- Knight, M. M., & Houseman, E. A. (2008). A collaborative model for the treatment of depression in homebound elders. *Issues in Mental Health Nursing, 29*, 974-991.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A. (2011). conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry, 199*, 445-52.
- Lotrakul, M., & Saipanish, R. (2006). Psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. *BMC Family Practice, 7*, 48-54.
- Manley, K. (1997). A conceptual framework for advanced practice: An action research project operationalizing an advanced practitioner/consultant nurse role. *Journal of Clinical Nursing, 6*, 179-190. , 6, 179-190.
- McKee, G., Kearney, P. M., & Kenny, R. A. (2015). The factors associated with self-reported physical activity in older adults living in the community. *Age and Ageing, 44*, 586-592.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). Problem-solving, social competence, and mental health *Problem-solving therapy for depression* (pp. 27-43). New York: John Wiley & Sons.
- Raccio-Robak, N., McErlean, M. A., Fabache, D. A., Milano, P. M., & Verdile, V. P. (2002). Socioeconomic and health status differences between depressed and nondepressed elders. *American Journal of Emergency Medicine, 20*(2), 71-73.

- Rakhshan, M., Ganjalivand, S., Zarshenas, L., Majdinasab, N. (2018). The Effect of Collaborative Care Model-Based Intervention on Hope in Caregivers and Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Clinical Trial. *IJCBNM*, 6(3), 218-226.
- Richards, D., Lovell, K., Gilbody, S., Gask, L., Torgerson, D., Barkham, M., Bland, M., Bower, P., & Richardson, R. (2006). Collaborative care for depression in UK primary care: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 38(2), 279-287.  
doi:10.1017/S0033291707001365
- Saur, C. D., Harpole, L. H., Steffens, D. C., Fulcher, C. D., Porterfield, Y., Haverkamp, R., et al. (2002). Treating Depression in Primary Care: An Innovative Role for Mental Health Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(5), 159-167.
- Simon G, Katon W, Von Korff M, et al. (2001). Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1638–1644.
- Simon, G. (2006). Collaborative care for depression. *BMJ*, 332, 249-250.
- Simon, G., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A.J. (2006). Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of long-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166(27), 2314-2321.
- Shattell, M. M., Hamilton, D., Starr, S. S., Jenkins, C. J., Hinderliter, N. A. (2008). Mental health service needs of Latino population: A community-based participatory research project. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 351-370.
- Unutzer, J., Katon, W., Sullivan, M., & Miranda, J. (1999). Treating depressed older adults in primary care: Narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 77(2), 225-256.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W. Jr, Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noël PH, Lin EH, Areán PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836-2845
- Wells, K. B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M. et al. (2000). Impact of disseminating quality improvements for depression in managed primary care: a randomized control trial. *JAMA*, 283, 212-220.
- Wilkins, C. H., Skinner, J. S., Boyer, A. P., Morrow-Howell, N., Smith, J. M., & Birge, S. J. (2019). A community-based collaborative care model to improve functional health in

underserved community-dwelling older adults. *Journal of Aging and Health*, 31(3), 379-396.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ อรพรรณ ลีอนุวัชชัย (2552). ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพัตรา พุ่มพวง (2547). ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2541). *การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ภาคผนวก



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี หัวหน้ากลุ่มงานคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. นางอรวรรณ วงศ์สุรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

๑.๓

โรงพยาบาลอัมพรฯ	รับ	๒๕๖๖
เลขรับ	๒๕๖๖	๒๕
วันที่	๑๕	๑๑
เวลา		

ที่ ศบ 0512.11/ 1584

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
 ถนนพระราม 1 เขตปทุมวัน  
 กรุงเทพฯ 10330

๘ ตุลาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้อาจารย์ในสังกัด  
 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพรฯ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงการวิจัย

เนื่องด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา อาจารย์ในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม  
 สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในพื้นที่ปทุมธานี ในการมีเครือข่ายความอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
 ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล  
 การวิจัย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 180 คน โดยใช้แผนกรพยาบาล  
 แบบมีส่วนร่วม แบบวัดการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ และแบบวัดความรู้  
 และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ ผู้ดำเนินการวิจัยจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวม  
 ข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา  
 เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว  
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ  
 ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการ

แจ้ง

ติดประกาศ

16 ต.ค. 56

ขอแสดงความนับถือ

*สุวิพร อนุศิลป์*

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร อนุศิลป์)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ผู้ประสานงาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา  
 โทร. 0-2218-1159

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1129  
 โทรสาร. 0-2218-1130

*11/๑๐*

*15/๑๐*



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี(กลุ่ม พรล.) โทร.๑๒๔๕  
ที่ รบ.๐๐๓๒.๑๐๒.๓/ ๓๐๓๗ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖  
เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สืบเนื่องจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ซึ่งผลงานวิจัย "ผลของการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในพื้นที่ปทุมธานี" ผู้วิจัยหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณา **อนุมัติ** ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรีตามโครงร่างงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระราชวโร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลราชบุรี

ID.....

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ( / ) ลงหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 

( ) 1. ไม่ได้เรียน	( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช
( ) 2. ประถมศึกษา	( ) 5. ปวส., อนุปริญญา
( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	( ) 6. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
4. สถานภาพสมรส
 

( ) 1. โสด	( ) 3. หย่า/หม้าย
( ) 2. สมรส	
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
 

( ) 1. 1-2 คน	
( ) 2. 3-5 คน	
( ) 3. มากกว่า 5 คน	
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน
 

( ) 1. ต่ำกว่า 1,000 บาท	
( ) 2. 1,001 – 3,000 บาท	
( ) 3. 3,001 บาทขึ้นไป	
( ) 4. 5,000 บาทขึ้นไป	
7. ประวัติโรคประจำตัว
 

( ) 1. ไม่มี	
( ) 2. มี ระบุ.....	
8. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
 

( ) 1. ไม่มี	
( ) 2. มี ระบุ.....	

ID.....

แบบประเมินความเครียดในผู้สูงอายุไทย (TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537 )

ชื่อ.....อายุ.....HN.....

วันที่.....ที่อยู่.....โทร.....

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ขีด ( / ) ลงในช่องที่ตรงกับ “ ใช่ ” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีด ( / ) ลงในช่องที่ตรงกับ “ ไม่ใช่ ” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้*			
2. คุณไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า*			
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี*			
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ			
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข*			
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ			
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น			
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่*			
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก*			
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ			
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น*			
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง			

ID.....

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ			
24. คุณอารมณ์เสี้ง่ายกับเรื่องเล็กๆน้อยๆ อยู่เสมอ			
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน			
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า*			
28. คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว*			
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน*			
<b>รวมคะแนน</b>			

#### หมายเหตุ

ลักษณะคำถาม เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านกาย ใจ และสังคม

ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านบวก มี 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่ ” ให้ 1 คะแนน

ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านลบ มี 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, และ ข้อ 28 ถ้าตอบว่า “ใช่ ” ให้ 1 คะแนน

#### การแปลผล

คะแนน	0 - 12	เป็นค่าปกติ
คะแนน	13 - 17	มีความเล็กน้อย
คะแนน	18 - 24	มีความเศร้าปานกลาง
คะแนน	25 - 30	มีความเศร้ารุนแรง

### แบบวัดการทำหน้าที่/กิจกรรมประจำวัน

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของท่านมากที่สุด

คำชี้แจง: โปรดกากบาท (X) ทั้หน้าข้อความที่ตรงกับท่านที่สุด

#### 1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อยแล้ว

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้
- 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

#### 2. การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำได้เอง (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

#### 3. การขึ้น/ลงเตียง หรือลุกจากที่นอนไปยังเก้าอี้

- 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนคอยช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. ทำได้เอง

#### 4. การใช้ห้องสุขา

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2. ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยแล้ว หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อยแล้ว)

#### 5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

## 6. การสวมใส่เสื้อผ้า

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 50
2. ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

## 7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

## 8. การอาบน้ำ

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำได้เอง

## 9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์)
2. กลั้นเป็นปกติ

## 10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั้นได้เป็นปกติ

รวมคะแนน.....

## ผลการประเมิน

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
0 - 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home



## การพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### บทนำ

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความสำคัญและเป็นการดูแลที่ต้องการความใส่ใจสำหรับผู้ดูแล รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุแล้ว ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีเจตคติที่ดี มีความสนใจ เอาใจใส่ต่อการเปลี่ยนแปลงอาการ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยสูงอายุด้วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ นอกจากมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ได้แก่ มีความรู้สึกเศร้า หดหู่ใจ และขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบหรือทำได้มาก่อน ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง นอนตื่นเช้ากว่าปกติ ทำอะไรช้ากว่าปกติ เป็นต้น รวมทั้งการดำเนินของโรคซึมเศร้านั้น มีลักษณะอาการกลับเป็นซ้ำได้และอาจมีอาการอย่างต่อเนื่องกลายเป็นโรคเรื้อรัง ในวัยนี้ ยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย การรู้คิดในลักษณะช้ากว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และการเปลี่ยนบทบาททางสังคมจากผู้นำหรือผู้ที่มีบทบาทสำคัญกลายเป็นบุคคลทั่วไป การติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความซับซ้อนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่เพียงอย่างเดียว สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จึงจำเป็นต้องใช้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การดูแลในเรื่องยาต้านเศร้าและยาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดสภาพแวดล้อมในครอบครัว ชุมชน กระบวนการพยาบาลและการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ดังนั้น การดูแลให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำเป็นต้องเป็นการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่อาศัยความร่วมมือระหว่างบุคคลหลายกลุ่ม เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช แพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เป็นต้น แผนการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้งๆ ละ 30-60 นาที รวมทั้งหมด 6 ชั่วโมง

**ครั้งที่ 1** การประเมินการเจ็บป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ดูแลและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าโดย

1. สอบถามอาการซึมเศร้าและผลกระทบ/ปัญหาของการเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. ถามถึงความต้องการและความคาดหวังของการดูแล
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ การจัดการกับอาการและการรักษา และการป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วย (คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ)

ID.....

**ครั้งที่ 2** การดูแลเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดย

1. สอบถามการรับประทานยาต้านเศร้าและยาอื่นๆตามแผนการรักษาและผลข้างเคียงของยา สังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านเศร้าวร่วมกับยาอื่นๆ
2. สอนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าและอาการไม่พึงประสงค์ของยา
3. สอนการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแล (คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ)
4. ให้ข้อมูลเรื่องการขอปรึกษาจากพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น โทรศัพท์หรือที่รพ.สต.

**ครั้งที่ 3** การสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหา(Attitude) และการระบุปัญหา (Define)โดย

1. ประเมินการแก้ปัญหาทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า
2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นว่าปัญหานั้นสามารถแก้ได้
3. จัดกิจกรรมการมองปัญหาในแง่บวก การทำความเข้าใจปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจสนใจรายละเอียดการมองปัญหา
4. พิจารณาข้อเท็จจริง ประเมินปัจจัยพื้นฐานและกำหนดความต้องการการดูแลที่จำเป็น ระบุอุปสรรคที่ยับยั้งการบรรลุเป้าประสงค์และระบุจุดมุ่งหมาย กำหนดความต้องการได้รับการดูแล
5. ให้ผู้ป่วยระบุปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเอง บันทึกไว้ในตาราง ปัญหาทั้งหมดเรียงตามลำดับความสำคัญโดยและให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสำรวจปัญหาในการดูแล

**ครั้งที่ 4** การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Alternatives) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลค้นหาทางเลือกที่เหมาะสม และให้ฝึกหาทางเลือกการแก้ปัญหาโดย

1. รวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น
2. ค้นหาทางเลือกการแก้ปัญหา และสร้างความหลากหลายของทางเลือกที่แตกต่างกันเพื่อเอาชนะอุปสรรค สามารถบรรลุเป้าหมายของการแก้ปัญหานั้น โดยการเขียนรายการวิธีต่างๆในการแก้ปัญหาหลายๆวิธีให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ลงในกระดาษ

**ครั้งที่ 5** การพิจารณาทางเลือกและตัดสินใจแก้ปัญหา(Predict)และลองทำ(Try out) โดย

1. ฝึกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันพิจารณาทางเลือก ทั้งข้อดีและข้อเสียในการแก้ปัญหารวมทั้งผลที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการแก้ปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

ID.....

2. ฝึกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสร้างทางเลือกและแผนการแก้ปัญหา วิธีการแก้ปัญหา ผลที่เกิดขึ้น และข้อสรุป เขียนลงในสมุดบันทึก โดยมีผู้บำบัดเป็นเพียงผู้สนับสนุน
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันเลือกประเด็นปัญหาจากสถานการณ์สมมติหรือจากประสบการณ์
4. ทดลองร่วมกันแก้ปัญหาจากสถานการณ์สมมติหรือจากประสบการณ์ โดยการให้ผู้ป่วยเล่าเรื่อง สถานการณ์หรือภาพสมมติ บอกขั้นตอนวิธีการแก้ปัญหาแล้วแสดงบทบาทสมมติ
5. กำหนดการบ้านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำไปแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน

### ครั้งที่ 6 การทบทวนและบทสรุป

1. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าถึงการร่วมกันแก้ปัญหาจากการบ้าน ในประเด็นผลที่เกิดขึ้น ปัญหา/อุปสรรค/ความสำเร็จ/ความรู้สึกและการเรียนรู้ที่ได้รับ
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทบทวนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การจัดการกับอาการและผลข้างเคียงของยาต้านเศร้า การป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำและบอกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจในการมีทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษาและสามารถให้ความช่วยเหลือได้

## แบบวัดความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ของ พยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง : ให้อ่านข้อความแล้วกาเครื่องหมาย  หรือ  ตามความเข้าใจของท่านในช่อง ....  
หน้าข้อความ

### ข้อคำถาม

- .....1. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ต้องประกอบด้วยอาการหลักอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) มีอารมณ์เศร้าทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น หรือ 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
- .....2. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV อาการของโรคต้องเกิดขึ้นแทบทุกวันเป็นเกือบทุกวัน ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 4 สัปดาห์ และทำให้เสียหน้าที่ทางสังคม
- .....3. อารมณ์หดหู่ รู้สึกไร้ความหมาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เบื่ออาหาร เป็นอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- .....4. โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่น่ากลัวและไม่มีโอกาสรักษาให้หายได้ ต้องเป็นตลอดชีวิต
- .....5. การส่งเสริมกำลังใจ การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติกับผู้ป่วยได้
- .....6. หากเราเป็นพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าวัยสูงอายุและพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความรู้สึกท้อ ไม่อยากพูดคุย กับผู้อื่น เก็บตัวเงียบ บอกว่าอยากตาย ให้สังเกตอาการ โดยไม่ต้องรายงานแพทย์ เพื่อปรับยา
- .....7. ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่ได้บ่งชี้ในผู้สูงอายุ จึงไม่จำเป็นต้องรีบรักษาเพราะว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ
- .....8. พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วย เพราะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้
- .....9. แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มี 2 ทาง คือ การรักษาด้วยยา และ การทำจิตบำบัด
- .....10. การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นไม่จำเป็นต้องดูแลและให้ความรู้กับครอบครัวของผู้ป่วย

### แบบวัดความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าของผู้ดูแล

คำชี้แจง :ให้อ่านข้อความแล้วกาเครื่องหมาย  หรือ  ตามความเข้าใจของท่านในช่อง .....  
หน้าข้อความ

---

#### ข้อความ

---

- .....1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก  
ไม่มีความสุข หดหู่หมดความกระตือรือร้น แยกตัวเอง ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิต  
ไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น
- .....2. หากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี จะทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้
- .....3. หากพบว่าบุคคลในครอบครัวมีอาการ ซึมเศร้า หดหู่ ท้อแท้ มีพฤติกรรมแยกตัว ให้สังเกต  
อาการต่อไปโดยไม่ต้องพบแพทย์
- .....4. โรคซึมเศร้าเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว  
สมาชิกคนอื่นจะเป็นโรคซึมเศร้าด้วย
- .....5. หากผู้ป่วยพูดถึงเรื่องอยากตาย ควรบอกกับผู้ป่วยว่า "อย่าคิดมาก" "ให้เลิกคิด" หรือ "อย่าสร้างความ  
เดือดร้อนให้คนอื่น"
- .....6. โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้
- .....7. การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว
- .....8. การให้กำลังใจ การยอมรับความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า  
ในผู้สูงอายุได้
- .....9. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะสมองเสื่อม หลอดเลือดสมองอุดตัน โรคพาร์กินสัน  
โรคต่อมธัยรอยด์ มะเร็งของตับอ่อน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า
- .....10. หากในครอบครัวมีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ควรพาไปรักษาที่โรงพยาบาลเพราะหากปล่อยไว้  
นานอาจมีอาการรุนแรงส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและอาจทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้

### แบบวัดสมรรถนะการดูแลของญาติผู้ดูแล

**คำชี้แจง** จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของท่าน

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านมากที่สุด
บางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านเป็นบางครั้ง
น้อยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านน้อยมาก
ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด 4	บางครั้ง 3	น้อยมาก 2	ไม่เลย 1	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านเชื่อว่าท่านสามารถเรียนรู้ในการจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากมากๆ ได้					
2	ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีคนหนึ่ง					
3	ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้					
4	ท่านสามารถจัดการกับปัญหายุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้					
5	ท่านมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย					
6	ท่านมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหายุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้					
7	ท่านรู้ตัวว่ามีความเข้มแข็งภายในจิตใจของท่านเกิดขึ้นจากการที่ท่านให้การดูแลผู้ป่วย					
8	ท่านมีความเชื่อมั่นตนเองเพิ่มขึ้น					
9	ท่านคิดว่าท่านเติบโตเป็นผู้ใหญ่หรือมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น					
10	ท่านได้เรียนรู้ในการทำสิ่งต่างๆ ที่ไม่เคยทำมาก่อน					
<b>รวมคะแนน</b>						

## แบบวัดสมรรถนะการดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

**คำชี้แจง** จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของท่าน

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านมากที่สุด
บางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านเป็นบางครั้ง
น้อยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านน้อยมาก
ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด/ความรู้สึกของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด 4	บางครั้ง 3	น้อยมาก 2	ไม่เลย 1	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านสามารถจัดการสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในความดูแลของท่าน					
2	ท่านให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาล					
3	ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง					
4	ท่านสามารถจัดการกับปัญหายุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้					
5	ท่านมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย					
6	ท่านมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหายุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้					
7	ท่านสามารถเป็นที่พึ่ง/ที่ปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว					
8	ท่านมีความเชื่อมั่นตนเองเพิ่มขึ้นต่อการดูแลผู้ป่วย					
9	ท่านเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยของท่านเกิดผลดีต่อผู้ป่วย					
10	ท่านได้นำความรู้ไปใช้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ					
<b>รวมคะแนน</b>						

# คู่มือดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สำหรับญาติ

---



จัดทำโดย



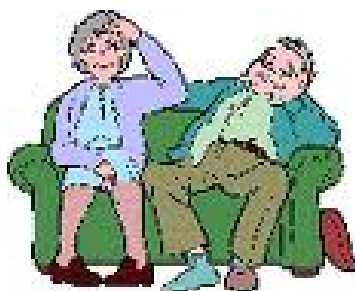
## สารบัญ

เรื่อง

หน้า

### บทนำ

1. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากอะไร
3. การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็็นโรคซึมเศร้า
4. สังเกตอย่างไร จึงรู้ว่าผู้สูงอายุมีกำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้า
5. สิ่งทีญาติควรปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
6. คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับญาติ



## บทนำ

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัว ปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม บุคคลทั่วไปมักเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุ จึงมักละเลย ไม่สนใจ ทำให้ผู้สูงอายุยังมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่เราพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ในการที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือหรือจะดูมองว่าเป็นเรื่องปกติที่พบในผู้สูงอายุได้นั้น ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจของบุคคลรอบข้าง ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าก็สามารถรักษาหายได้และทำให้ผู้สูงอายุกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้อีกครั้งหนึ่ง แต่ถ้าถูกละเลย ภาวะซึมเศร้าในระยะรุนแรงอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองในผู้สูงอายุได้มากเป็นอันดับหนึ่ง ดังนั้น คณะผู้จัดทำจึงได้รวบรวมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการดูแลสำหรับญาติไว้ในคู่มือเล่มนี้เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจในอาการเจ็บป่วย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

## 1. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งที่ต้องสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้าเป็นโรคจิตทางอารมณ์ ซึ่งจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยเฉพาะวัยเกษียณเพราะเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหาการเสื่อมของวัยและต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อม เช่น คู่ชีวิตครอบครัว บุตรหลาน ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจไม่มากหรือน้อย แต่ส่วนใหญ่เรามักจะมองข้ามปัญหานี้ โดยเฉพาะบุตรหลานอาจคิดว่าเป็นเรื่องปกติจึงไม่ได้รับการแก้ไขให้ถูกต้องและเหมาะสม พฤติกรรมที่แสดงออกส่วนใหญ่ก็คือ การขาดความสนใจ และความพอใจในตนเอง อาจมีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า บุคลิกภาพถดถอย วิตกกังวล หวาดระแวง หมกมุ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย แยกตัวเองจากครอบครัว เป็นต้น บางรายที่อารมณ์รุนแรงมาก ๆ จนไม่สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงได้ ขาดความรู้จักตนเอง ประสาทหลอน หลงผิด เหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้สูง อย่างไรก็ตาม มีบางรายที่แสดงออกด้วยการหงุดหงิดโมโหง่าย ทะเลาะกับบุตรหลานบ่อยครั้ง น้อยใจง่าย มักมาพบแพทย์ด้วยอาการใจสั่น ปวดหัว ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ หรือท้องอืด ท้องเฟ้อ เมื่อแพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติใด ๆ ที่รุนแรง

## 2. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากอะไร

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งสาเหตุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. สาเหตุทางด้านร่างกาย** ที่พบบ่อย ได้แก่ พันธุกรรมหรือการมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางตัวในสมอง การมีพยาธิสภาพในสมอง เช่น มีการเสื่อมของเซลล์ประสาท หรือมีการฝ่อของสมองบางส่วน หรือเป็นโรคทางกายที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม



โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคต่อมไทรอยด์ ฯลฯ หรือเป็นผลข้างเคียงจากยาที่รับประทานเป็นประจำ เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาขับปัสสาวะ หรือยารักษาโรคเมเร็ง เป็นต้น

**2. สาเหตุทางด้านจิตใจ** ที่พบบ่อย ได้แก่ การไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสีย เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความผิดหวัง เสียใจ น้อยใจ หรือมีความเครียดในเรื่องต่างๆ ทำให้เกิดเป็นความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ โดยสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท การสูญเสียหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว การย้ายที่อยู่ เจ็บป่วยทางกายที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด หรือเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคข้อ โรคมะเร็ง เป็นต้น บุตรหลานไม่ปรองดองกัน ไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลาน เนื่องจากเห็นว่าอายุมากแล้ว ไม่ทันต่อเหตุการณ์ หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการมีบุคลิกภาพดั้งเดิมเป็นคนที่ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองในด้านลบบ่อยๆ หรือชอบฟังพวผู้อื่น

**3. สาเหตุทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม** ที่พบบ่อย ได้แก่ การปรับตัวไม่ได้ต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย การประสบความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การทะเลาะเบาะแว้งของคนในครอบครัว เป็นต้น

### 3. การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้ำดังที่จะกล่าวต่อไปนี้อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเดือนๆ หรือเป็นเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์เลยก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย เช่น มีเหตุการณ์มากระทบรุนแรงมากน้อยเพียงใด บุคลิกเดิมของเจ้าตัวเป็นอย่างไร มีการช่วยเหลือจากคนรอบข้างมากน้อยเพียงใด เป็นต้น และผู้ที่เป็นอาจไม่มีอาการตามนี้ไปทั้งหมด แต่อย่างน้อยอาการหลัก ๆ จะมีคล้าย ๆ กัน เช่น รู้สึกเบื่อเศร้า ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนหลับไม่ดี เป็นต้น

#### ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ที่มักพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป** ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจน แต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิมบางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยเคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่ยอมทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น บ้างก็รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเข้ามา บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

**2. ความคิดเปลี่ยนไป** มองอะไรก็รู้สึกว่าย่ำไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกว่าจะอะไรก็ดูแย่มากๆ ไม่มีใครช่วยอะไรได้ ไม่เห็นทางออก มองอนาคต

ไม่เห็น รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต บางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไป จะตัดสินใจอะไรก็ลังเลไปหมด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ทั้งๆ ที่ญาติหรือเพื่อนๆ ก็ยืนยันว่ายินดีช่วยเหลือ เขาไม่เป็นภาระอะไรแต่ก็ยังคงคิดเช่นนั้นอยู่ ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อย ๆ แรก ๆ ก็อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้น ๆ จากสภาพตอนนี้ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่ได้คิดถึงแผนการอะไรที่แน่นอน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

**3. สมาธิความจำแยลง** จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ๆ วางของไว้ที่ไหนก็นึกไม่ออก ญาติเพิ่งพูดด้วยเมื่อเข้าก็นึกไม่ออกว่าเขาสั่งว่าอะไร จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นานเนื่องจากสมาธิไม่มี ดูโทรทัศน์นาน ๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ไม่ได้ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิดพลาด ๆ

**4. มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วม** ที่พบบ่อยคือจะรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบ ร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากทำอะไร ก็จะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ ปัญหาด้านการนอนก็พบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับๆ ตื่นๆ บางคนตื่นแต่เช้ามีดแล้วนอนต่อไม่ได้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงหลายกิโลกรัมภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก อืด แน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว

**5. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป** ดังกล่าวข้างแล้วข้างต้น ผู้ที่เป็นโรคนี้มักจะดู ซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม แม่บ้านอาจทนที่ลูกๆ ซนไม่ได้ หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ

**6. อาการโรคจิต** จะพบในรายที่เป็นรุนแรงซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้ว จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือ ประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อารมณ์เศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

## 4. สังเกตอย่างไร จึงรู้ว่าผู้สูงอายุมีกำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้า

ญาติหรือผู้ดูแลควรสังเกต หรือสอบถามผู้ป่วยหากพบอาการจากข้อมูลข้างล่างนี้ จำนวน 5 ข้อ หรือมากกว่า โดยอาการนี้เป็นมานานกว่าสองสัปดาห์ ก็บ่งชี้ว่ามีปัญหาภาวะเศร้า

- รู้สึกเซ็ง หรือเศร้า หรือเสียใจ หรือหงุดหงิด โดยไม่มีเหตุผล
- รู้สึกเบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ ที่เคยชอบ หรือเคยทำ หรือความต้องการทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ลดลงหรือมากขึ้น)
- รู้สึกเบื่ออาหารหรือกินมากขึ้น น้ำหนักตัวลดลงหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น
- นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป
- รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า ไม่มีแรงโดยไม่มีสาเหตุ
- รู้สึกหมดหวัง มองตนเองไม่มีค่า หรือคอยตำหนิกล่าวโทษตนเอง
- สมาธิไม่ดี ซ้ำลืม หรือไม่มั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจ
- รู้สึกกระวนกระวายใจ นั่งไม่ติด ทูรนทูราย โดยไม่มีสาเหตุ
- เบื่อหน่ายหรือเบื่อชีวิต หรือคิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

### เศร้าแล้วทำอย่างไร

ควรรีบพามาพบจิตแพทย์ เพราะโรคนี้รักษาให้ดีขึ้น หรือหายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษา จะทำให้ระยะเวลาป่วยยาวนานขึ้น โอกาสที่จะป่วยซ้ำหรือกำเริบอีกจะมีสูง ในรายที่เป็นรุนแรง อาจทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหากไม่ได้การรักษาจะทำให้อาการทางกายต่าง ๆ แย่ลง เกิดภาวะทุพพลภาพได้มากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้สูงกว่าในวัยอื่น ๆ



## 5. ดูแลอย่างไร ไม่ให้ซึมเศร้าเพิ่ม?

ญาติผู้ดูแลสามารถช่วยลดปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้โดย

- ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือลดปัญหาทุพพลภาพต่าง ๆ โดยการพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี และเร่งรักษาฟื้นฟูสุขภาพโดยดูแลให้ได้รับการรักษาโรคทางกายอย่างต่อเนื่องแก้ไขความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น ใส่แว่นตา หรือเพิ่มแสงสว่างในกรณีที่ตามองไม่เห็น ใช้เครื่องช่วยฟังในรายที่หูตึง เป็นต้น
- ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ให้เกิดการแยกตัวจากสังคม



- หากกิจกรรมให้ทำส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น
- เผื่อระวังภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยต่างๆในผู้สูงอายุรวมทั้งผลข้างเคียงจากการใช้ยา

## 6. สิ่งที่ยุติควรปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- ใส่ใจ ให้ความสนใจ ให้กำลังใจ
- เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจไม่ซ้ำเติม เข้าใจและสนใจรับฟังเรื่องราวของผู้สูงอายุอย่างสงบ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดจากการสูญเสีย
- สนับสนุนในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ลดความคาดหวัง ยอมรับ อดทนต่อการแสดงออกของผู้ป่วยซึมเศร้า
- ควรหลีกเลี่ยงให้เขาตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญจนกว่าจะดีขึ้น
- เผื่อระวังการทำร้ายตัวเองและไม่ควรปล่อยให้อยู่คนเดียว
- ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงแรกที่ซึมเศร้ายาก อาจคิดอยากตาย
- ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตัวเอง โดยช่วยให้ผู้สูงอายุได้รำลึกถึงความหลังในสิ่งที่ดี เช่น การดูแลครอบครัว งานอดิเรก สิ่งที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่ามีชีวิตที่ไม่มีสิ่งที่เลวร้าย และชี้ให้เห็นสิ่งที่ดีเกี่ยวกับตนเองเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเอง

## 7. คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับญาติ

ญาติมักจะรู้สึกห่วงผู้ที่เป็น ไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงได้ซึมเศร้ายากขนาดนี้ ทั้งๆที่เรื่องที่มากกระทบก็ดูไม่หนักหนานัก ทำให้บางคนพาลรู้สึกโกรธ ชุ่นเคือง เห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนอ่อนแอ เป็นคน "ไม่สู้" ทำไมเรื่องแค่นี้ถึงต้องเศร้าเสียใจขนาดนี้ ท่าทีเช่นนี้กลับยิ่งทำให้ผู้ที่เป็นรู้สึกว่าตัวเองยิ่งแย่ขึ้นไปอีก เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น ทำให้จิตใจยิ่งตกอยู่ในความทุกข์ แต่ทั้งนี้ ภาวะที่เขาเป็นนี้ไม่ใช่อารมณ์เศร้าธรรมดา หรือเป็นจากจิตใจอ่อนแอ หากแต่เป็นภาวะของความผิดปกติ เขากำลัง "เจ็บป่วย" อยู่ หากจะเปรียบกับโรคทางกายเช่น โรคปอดบวม อาจจะทำให้พอเห็นภาพชัดขึ้น คนเป็นโรคปอดบวมจะมีการอักเสบของปอด เสมหะเหนียวอุดตันตามหลอดลม ทำให้มีอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก มีไข้ สิ่งที่เขาเป็นนั้นเขาไม่ได้แกล้งทำ หากแต่เป็นเพราะมีความผิดปกติอยู่ภายในร่างกาย เขากำลังเจ็บป่วยอยู่ กับโรคซึมเศร้าก็เป็นเช่นเดียวกัน ความกดดันภายนอกที่รุมเร้าร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลายๆ อย่างในตัวเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและระบบฮอร์โมนต่างๆ ในสมอง เกิดมีอาการต่างๆ ตามมาทั้งทางกายและใจ นอกเหนือไปจากความเศร้าโศก ณ ขณะนั้น นอกจากอารมณ์ที่เปลี่ยนไปแล้ว ยังพบมีอาการทางร่างกาย ต่างๆ ร่วมด้วย ความคิดเห็น มุมมองต่อสิ่งต่างๆ ก็เปลี่ยนไปด้วย การมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ ก็กลับจะยิ่งไปส่งเสริมให้

จิตใจเศร้าหมอง กลัดกลุ้มมากขึ้นไปอีก เขาห้ามให้ตัวเองไม่เศร้าไม่ได้ ทั้งหมดนี้เป็นปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาหายแล้ว อารมณ์เศร้าหมองก็จะดีขึ้น จิตใจแจ่มใสขึ้น การมองสิ่งรอบตัวก็จะเปลี่ยนไป อาการต่างๆ จะค่อยๆ หายไป หากญาติมีความเข้าใจผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้า มองว่าเขากำลังไม่สบาย ความคาดหวังในตัวเขาก็จะลดลง ความหงุดหงิด คับข้องใจก็ลดลง เรามักจะให้ญาติคนที่กำลังไม่สบาย มีช้อยกเว้นให้บางอย่าง เพราะเราทราบดีว่าเขาไม่ได้แกล้งทำ ไม่มีใครอยากป่วย บางครั้งผู้ป่วยดูเงียบขรึม บอกไม่ยอมพูดกับใคร ก็อาจต้องตามเข้างาน แต่ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ใช่ว่าจะปล่อยให้เขาไปหมด หากสังเกตว่า ช่วงไหนเขาพอมีอารมณ์แจ่มใสขึ้นมาบ้างก็ควรชวนเขาพูดคุยถึงเรื่องที่เขาเคยชอบ เคยสนใจ อาจเริ่มด้วยการคุยเล็กๆ น้อยๆ ไม่สนทนนานานๆ เพราะเขายังไม่มีสมาธิพอที่จะติดตามเรื่องยาวๆ ได้นาน และยังเป็นเบื่อง่ายอยู่ การที่ญาติมีท่าทีสบายๆ ใจเย็น พร้อมที่จะช่วย และในขณะที่เดียวกันก็ไม่กระตุ้นหรือคะยั้นคะยอเกินไปเมื่อสังเกตว่าเขายังไม่พร้อม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายลง ไม่เครียดไปตามญาติ หรือรู้สึกว่าเขาเองแต่ที่ไม่สามารถทำตามที่ญาติคาดหวังได้

ผู้ที่กำลังซึมเศร้าบางครั้งอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ ไม่เห็นหนทางแก้ปัญหา อาจรู้สึกอยากตายได้ ผู้ที่มีความรู้สึกเช่นนี้แม้ว่าบางคนจะไม่บอกใคร แต่ส่วนใหญ่ก็มักจะบอกคนใกล้ชิดเป็นนัยๆ ญาติควรใส่ใจ หากผู้ป่วยพูดจาในทำนองเสีย ร่ำลา หรือพูดเหมือนกับจะไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะถ้าเขาไม่เคยมีท่าทีทำนองนี้มาก่อน ผู้ป่วยบางคนไม่รู้ว่า จะบอกคนอื่นอย่างไรถึงเรื่องอยากตายของตน รู้สึกสองจิตสองใจ ใจหนึ่งอยากตาย ใจหนึ่งเป็นห่วงคนใกล้ตัวจะปรึกษาใครก็กลัวคิดว่าคิดเหลวไหล การบอกเป็นนัย ๆ นี้แสดงว่าจิตใจเขาตอนนั้นกำลังต้องการความช่วยเหลือ ต้องการคนเข้าใจอย่างมาก เรื่องหนึ่งที่มีคนเข้าใจผิดกันคือ คนมักไม่ค่อยกล้าถามผู้ป่วยถึงเรื่องความคิดอยากตาย เพราะเกรงว่าจะเป็นการไปชี้โพรงให้กระรอก แต่จริงๆ แล้วๆ ไม่เป็นเช่นนั้น ความคิดอยากตายมักเกิดจากการครุ่นคิดของผู้ป่วยจากมุมมองต่อปัญหาที่บิดเบนไปมากกว่า ไม่ได้เป็นเพราะคำถามเรื่องนี้ ในทางตรงกันข้าม การถามกลับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความตึงเครียด คับข้องใจลดลง

หากผู้ป่วยพูดถึงเรื่องอยากตาย อย่าบอกว่า "อย่าคิดมาก" "ให้เลิกคิด" หรือ "อย่าสร้างความเดือดร้อนให้คนอื่น" คำพูดทำนองนี้อาจทำให้เขารู้สึกว่าญาติไม่สนใจรับรู้ปัญหา เห็นว่าเขาเหลวไหล ญาติควรให้ความสนใจ เปิดโอกาสให้เขาได้พูดถึงความคับข้องใจ จากประสบการณ์การเป็นแพทย์ของผู้เขียนพบว่า ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ไม่มีโอกาส หรือไม่ได้พูดความคับข้องใจหรือปัญหาของตนเองให้คนใกล้ชิด เพราะมีความรู้สึก ว่า "เขาคงไม่สนใจ" "ไม่อยากรบกวนเขา" "ไม่รู้ว่า จะเล่าให้เขาฟังตอนไหน" ในช่วงภาวะวิกฤตินั้นสิ่งที่ผู้ที่ทุกข์ใจต้องการมาก คือ ผู้ที่พร้อมจะรับฟังปัญหาของเขาด้วยความเข้าใจ อย่าเพิ่งรีบไปให้คำแนะนำโดยที่เขา



ยังไม่ได้พูดอะไร การที่เขาได้พูดระบายออกมาเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติได้เห็นชัดเจนขึ้นว่าปัญหา หรือสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่าสำคัญคืออะไร ซึ่งอาจจะแตกต่างจากที่ญาติเคยคิดมาก่อนก็ได้ เมื่อผู้ป่วยได้พูดระบายความคับข้องใจออกมา จิตใจจะผ่อนคลายลง สภาพจิตใจตอนนี้เริ่มจะเปิดกว้างพร้อมที่จะรับฟังผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ที่เขาเกิดความไว้วางใจ ซึ่งก็คือผู้ที่รับฟังปัญหาของเขายามที่เขาทุกข์ใจมากที่สุดนั่นเอง ณ จุดนี้ ญาติจะสามารถชี้ให้ผู้ป่วยได้มองปัญหาจากแง่มุมอื่นๆ ได้เห็นทางเลือกอื่นๆ ในการแก้ปัญหา หากได้พูดคุยกแล้วเห็นว่าผู้ป่วยยังมีความรู้สึกท้อแท้อยู่สูง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากก็อย่าได้ไว้วางใจ ควรพาไปพบแพทย์

ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากนั้น หากเขายังทำอะไรไม่ได้ก็ควรจะให้พักผ่อนไปจะดีกว่าการไปบังคับให้เขาทำโดยที่ยังไม่พร้อม หากอาการเริ่มดีขึ้นก็อาจค่อยๆ ให้งานหรือชวนให้เขาร่วมกิจกรรมที่พอทำได้บ้าง เป็นงานที่ไม่ต้องอาศัยสมาธิมากนัก หากเป็นงานที่มีการเคลื่อนไหว เคลื่อนที่ก็จะดีกว่างานที่ผู้ป่วยนั่งอยู่เฉยๆ เพราะการมีกิจกรรมจะทำให้ความคิดฟุ้งซ่าน การอยู่กับตนเองลดลง

#### ❖ ข้อควรทราบ

โรคนี้ไม่ได้มีอาการดีขึ้นทันทีที่กินยา การรักษาต้องใช้เวลาบ้าง ส่วนใหญ่จะเป็นสัปดาห์ อาการจึงจะดีขึ้นอย่างเห็นชัด จึงไม่ควรคาดหวังจากผู้ป่วยมากเกินไป การรักษาด้วยยามีความสำคัญ ควรช่วยดูแลเรื่องการกินยา โดยเฉพาะในช่วงแรกที่ผู้ป่วยยังซึมเศร้ามาก หรืออาจมีความคิดอยากตาย การตัดสินใจในช่วงนี้จะยังไม่ดี ควรให้ผู้ป่วยเลี่ยงการตัดสินใจในเรื่องสำคัญๆ ไปก่อน จนกว่าจะเห็นว่าอาการเขาดีขึ้นมากแล้ว



## ประวัติคณะผู้วิจัย

### ผู้วิจัยหลัก

1. ชื่อ (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา  
(ภาษาอังกฤษ) Assistant Professor Dr. Rangsiman Soonthornchaiya
2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3101400123686
3. ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)  
ที่อยู่ปัจจุบัน 3056 ถนน ดินแดง เขต ดินแดง กรุงเทพมหานคร 10320 โทรศัพท์ 02-247-8414  
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ โทรศัพท์ 02-218-9810 E-mail: Rangsiman.S@Chula.ac.th
5. ประวัติการศึกษา
  - B.S. (Nursing and Midwifery) Mahidol University, Thailand, ปีพ.ศ. 2529
  - M.A. (Developmental Psychology) Chulalongkorn University, Thailand ปีพ.ศ. 2536
  - M. S. ( Psychiatric Mental Health Nursing) Virginia Commonwealth University, USA ปีพ.ศ. 2542
  - Ph.D. (Nursing) University of Illinois at Chicago, USA ปีพ.ศ.2547
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการการวิจัยเชิงคุณภาพ การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย
  - 7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อโครงการวิจัย
    - 7.1.1 เรื่อง “การรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง”
    - 7.1.2 เรื่อง “ระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน”
  - 7.2 ผู้ร่วมวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย
    - 7.2.1 เรื่อง “ประสบการณ์การดูแลตนเองภายหลังการบำบัดทางจิตสังคมของผู้ติดยาเสพติด”
    - 7.2.2 เรื่อง “ผลของการพยาบาลจิตสังคมต่อบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย”
    - 7.2.3 เรื่อง “ปัญหาด้านจิตวิทยา การจัดการความเครียดจากภัยพิบัติธรรมชาติและพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ: การศึกษาเชิงคุณภาพของผู้สูงอายุ ไทย 4 ปีหลังจากภัยพิบัติสึนามิ พ.ศ. 2547”
  - 7.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน (อาจมากกว่า 1 เรื่อง)

- 7.3.1 รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). การรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(1): 67-80. แหล่งทุน ทุนพัฒนาอาจารย์ใหม่ กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 7.3.2 สาลวิน สิทธิวงษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2551). ประสบการณ์การดูแลตนเอง ภายหลังการบำบัดทางจิตสังคมของผู้ติดยาเสพติด. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1): แหล่งทุน ทุนโรงพยาบาลหัวหิน
- 7.3.3 Lueboonthavatchai, O & Soonthornchaiya, R. Effects of Psychosocial Nursing on Depression and Suicide Ideation. *Journal of Psychosocial Nursing (Manuscripts)* แหล่งทุน กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 7.3.4 Tuicomepee, A. & Soonthornchaiya, R. Psychological Problems, Coping with Stress due to Natural Disaster, and Self-care Behaviors of Older Adult Survivors: A Qualitative Study of Thai Elder Four Years After the 2004 Tsunami. (Manuscripts) แหล่งทุน คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 7.3.5 รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพยาบาลด้วยการระลึกถึงความหลังและการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่ออาการซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน แหล่งทุน: แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่2 (2551-2553)

7.4 งานวิจัยที่กำลังทำ: ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัยว่าได้ทำการวิจัย ล่วงแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

ชื่อข้อเสนอการวิจัย การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว แหล่งทุน มสผส ทำการวิจัยล่วงแล้วประมาณร้อยละ 40

ชื่อข้อเสนอการวิจัย การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แหล่งทุน มสผส ทำการวิจัยล่วงแล้วประมาณร้อยละ 10

#### ผู้วิจัยร่วม

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นาง วิลาสินี ดุษฎีเสณีย์  
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. Wilasinee Dussadeesanee
- เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3 3014 00221 94 5
- ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก โรงพยาบาลอัมพวา อำเภ่อัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์ 034 -702112-4 โทรสาร034 -702115 และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) sinee999@hotmail.com

## 5. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีพ.ศ. 2533

ปริญญาตรี ศึกษาศาสตรบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีพ.ศ. 2531

ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีพ.ศ. 2549

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการการทำจิตบำบัดตามแนวคิด ซาเทียร์ รายบุคคลและรายกลุ่ม

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการ ทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

7.1 ผู้ร่วมวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย เรื่อง “การแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย โดยการให้การปรึกษา รายกลุ่มและรายครอบครัว”

7.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว: ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน (อาจมากกว่า 1 เรื่อง)

วิลาสินี ดุษฎีเสนีย์. (2550). *การให้การปรึกษารายครอบครัวสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย*. นำเสนอปากเปล่าในการประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2550 กรมสุขภาพจิต เรื่อง การป้องกันการฆ่าตัวตาย ณ จังหวัดเชียงราย

7.3 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัยว่าได้ทำการวิจัย ลุล่วงแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

เรื่อง การประเมินโครงการ การสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ขณะนี้ได้ทำการวิจัยลุล่วงแล้วประมาณร้อยละ 50