

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า



ร้อยตำรวจโทหญิงยุวดี แตรประสิทธิ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON LATE-LIFE DISABILITY AMONG
OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER

Police Lieutenant Yuwadee Traprasit



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพล
โดย	ภาวีย์ท่ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
สาขาวิชา	ร้อยตำรวจโทหญิงยุวดี แตรประสิทธิ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ลินเดชารักษ์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ยวดี แตรประสิทธิ์ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัย
 ท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. (THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON
 LATE-LIFE DISABILITY AMONG OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE
 DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 152 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อ
 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ก่อนหลังและ
 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่ม
 ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 ครอบครัว
 และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลอง
 ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการการ
 สนับสนุนทางสังคม และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน
 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัว จำนวน 5
 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ใน
 การวิจัย ได้แก่ 1) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับ
 ภาษาไทย 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบวัดภาวะทุพพลภาพวัยท้ายในผู้สูงอายุ
 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88, .82 ,.87 และ .86 ตามลำดับ
 วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับ
 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง และ
 กลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำไปใช้ลดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ
 โรคซึมเศร้าสามารถได้

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477182036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: DISABILITY / OLDER PERSONS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS /
SOCIAL SUPPORT PROGRAM

YUWADEE TRAPRASIT: THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON LATE-LIFE DISABILITY AMONG OLDER PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF.RUNGSIMAN SUNTORNCHAIYA, Ph.D., 152 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the effect of the social support program on late-life disability among older persons with depressive disorder. The sample included forty older persons, age 60 years and older, whose diagnosed as depressive disorder and their family were recruited from the outpatient department. The potential subjects, were randomly assigned to the experimental and the control group, 20 subjects in each group.

The experimental group received 5 sessions, 60 minutes of the social support program, while the control group received nursing care as usual. The concepts of social support concept were derived into the program and validate for content validity by five professional experts. The research instruments in data collection included:1) Thai Geriatric Depression Scale(TGDS) 2)Mini Mental State Examination – Thai 2002, 3) The social support Questionnaire, and 4) The late life disability Questionnaire. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the questionnaire for instruments was .88, .82, .87and .86. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test

Major findings were as follows:

1. The mean scores late-life disability among older persons with depressive disorder in control group after the experiment higher than before experiment were significantly different ($<.05$).

2. The mean scores of late-life disability in the experimental and control groups after the experiment were significantly different ($<.05$).

Implementation

The social support program could be decreased disability of older persons with depressive disorder.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ความรู้พร้อมให้คำแนะนำในการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ ให้คำชี้แนะ พร้อมทั้งเป็นกำลังใจ ให้ผู้วิจัยมีความตั้งใจ ความมุ่งมั่นในการดำเนินการให้ตรงต่อเวลาที่วางแผนงานไว้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในความกรุณาของท่าน และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและเป็นกำลังใจเสมอมา และ อาจารย์ ดร. อีระ สินเดชาภิรักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย พล.ต.ต.สัณชัย วสุนธรา อาจารย์ ดร.นุจนาถ บรรทมพร คุณกัญญาพิชญ์ จันทรนิยม และคุณบุษบา คล้ายมุข ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

ขอบพระคุณ คุณวาสนา วรรณเกษม ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้วิจัยในการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งดูแลผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยมา ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวทุกคนที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน ให้ความร่วมมือในการวิจัยทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโททุกคนที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงานตามลำดับขั้นตอนการวิจัยที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเสมอมาจนประสบผลสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้

ขอบคุณมารดา บิดา และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ประสบความสำเร็จในการศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนสำเร็จในการดำเนินงานวิจัยด้วยดี อีกทั้งยังให้กำลังใจ ห่วงใย และเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ในตัวผู้วิจัยเสมอมา ครอบครัวจึงถือเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีพลังในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เชื่อมั่นในความคิดที่ดี จนกระทั่งประสบความสำเร็จที่มุ่งหวังไว้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัยดังนี้.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ.....	12
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ (Disability).....	25
3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	31
4. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลด.....	34
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรที่ใช้ในการศึกษา.....	41
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา.....	42
เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria).....	42
เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว.....	42
การกำหนดกลุ่มขนาดตัวอย่าง.....	43

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	52
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม	54
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	66
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	84
สรุปผลการวิจัย	88
อภิปรายผลการวิจัย	89
ข้อเสนอแนะ	96
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	96
รายการอ้างอิง	97
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	106
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	108
ภาคผนวก ค หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	136
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	152

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	68
ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....	69
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง	70
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ของกลุ่มควบคุม (N = 20)....	72
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลองกลุ่มควบคุม.....	74
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับคุณค่าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	75
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	76
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือ บริการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	77
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	78
ตารางที่ 10 คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มทดลอง	79
ตารางที่ 11 คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มควบคุม	80
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	81
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดงบทบาททางสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	82
ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	82
ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดงบทบาททางสังคม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	83

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Nagi, 1991)..... 26



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และ Havard School Of Public Health (Murray,L.,Lopez, 1996 อ้างใน ธรณินทร์ กองสุข, 2550) ในการคาดการณ์ภาระโลก (Burden Of Disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลกโดยวัดความสูญเสียเป็นปีที่ดีดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่า โรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระ จากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งหมายถึง โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว ทำให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต และพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years - DALYS) สูงที่สุดเมื่อเทียบเฉพาะกลุ่มโรคสุขภาพจิตและจิตเวช โดยพบอันดับ 1 ในผู้หญิงและอันดับ 10 ในผู้ชาย และพบว่าจำนวนปีที่มีความพิการหรือการเจ็บป่วย (Years Lived With Disability - YLDS) ในผู้หญิงอยู่ในอันดับที่ดับ 1 และในผู้ชายอยู่ในอันดับที่ 2 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ,2552) ซึ่งตัวเลขนี้บ่งบอกถึงการทำหน้าที่ทางสังคม (Subjective Function) ที่เสียไป

จากการสำรวจภาวะบาดเจ็บทางจิตเวชในประเทศไทยการสำรวจ ปี พ.ศ.2551 ความชุกของโรคซึมเศร้าต่อประชากร 1,000 คน ผู้ที่มีอายุ 55-59 ปี เท่ากับ 41.95 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เท่ากับ 34.58 (กรมสุขภาพจิต,2551) ตามสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาเข้ารับบริการอยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 7.2 จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2552 ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ F30-F39 จำแนกตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ International Classification of Diseases (ICD-10) ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในเพศชาย พบจำนวน 16,373 คน คิดเป็นร้อยละ 22.15 ในเพศหญิง พบจำนวน 23,965 คน คิดเป็นร้อยละ 24.86 (กรมสุขภาพจิต,2552) ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้า โดยกำหนดให้ปี พ.ศ. 2552 ถึงพ.ศ. 2563 เป็นปี ทศวรรษแห่งการป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคซึมเศร้าอาจกลายเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่การทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลผิดปกติ และส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติใน ด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ความสนใจต่อกิจกรรมรอบตัวลดลง (Beck,1967) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเสื่อมต่อสุขภาพ การเสื่อมของความคิด ความจำ และความสามารถทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด (Blazer,2003) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุนำมาสู่ภาวะทุพพลภาพ (Disability) หรือการมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Steffens, Hays and Krishnan, 1999; Kiosses, Klimstra, Murphy and Alexopoulos, 2001; Karp Et al. , 2009)

นอกจากนี้ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในคลินิกจิตเวชแห่งหนึ่งมีภาวะทุพพลภาพในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ร้อยละ 46.6 (Karp et al., 2009) และจากการศึกษาของ Kiosses et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในจำนวน 126 ราย มีภาวะทุพพลภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเฉลี่ย 24.81 (ช่วงคะแนน 14 - 27) ซึ่งภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยขาดอิสระและต้องเปลี่ยนบทบาทไปสู่สถานะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ภัทรภรณ์ วิริยวงศ์, 2551) รวมถึงสูญเสียการแสดงบทบาททางสังคม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค (Karp et al., 2009)

ภาวะทุพพลภาพวัยท้อในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และสังคม ผลกระทบต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถดำเนินชีวิตหรือแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคมได้อย่างปกติ (Karp et al., 2009) ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและสังคมเป็นผลกระทบในด้านการดูแลผู้ป่วย เพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัว และต้องเสียเวลาในการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วย เพราะโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นนานเรื้อรัง และเป็นซ้ำได้บ่อย เป็นปัญหาต่อหน้าที่การงาน ครอบครัวและสังคม (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547) การที่มีอาการเรื้อรังทำให้คุณภาพการทำงานลดลง และ สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และส่งผลให้กลายเป็นภาระพึ่งพิงสูงต่อคนในสมาชิกในครอบครัว ดังจะเห็นได้จาก เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ จะพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ขณะเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ดูแลได้รับแรงกดดันจากการที่ไม่สามารถประกอบกิจกรรม หรือทำงานอื่นเป็นปกติได้ เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ และสุขภาพจิตตามมา (จิรวรรณ อินคัม, 2549) ดังนั้นภาวะทุพพลภาพ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่ควรได้รับการป้องกันและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถคงสภาพของการทำหน้าที่ได้โดยชะลอความผิดปกติให้นานที่สุด

จากทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะทุพพลภาพเป็นความจำกัด หรือการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ เกี่ยวกับการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคมที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป ทำให้มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ (Function Limitation) และเกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองและกิจกรรมที่เกี่ยวกับสังคม (Nagi, 1991) การศึกษาในญี่ปุ่นที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Social Role Performance) ร้อยละ 3.22 และสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน (Instrumental Activity Daily Living) หรือการแสดงบทบาทส่วนบุคคลในชีวิตประจำวัน (Personal Role) ร้อยละ 2.41 (Kendo et al., 2008) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีภาวะทุพพลภาพทั้งทางด้านบทบาทส่วนบุคคล ร้อยละ 25.67 และบทบาททางสังคมร้อยละ 20.67 ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพมีหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และลักษณะทางสังคม (Kopeck, 1995, Vehmas, 2004) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้แนวคิดใดแนวคิดหนึ่งอธิบายการเกิดภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Karp et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลายประการ ได้แก่ เพศ ในการศึกษาพบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะทุพพลภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าเพศชาย (Kiosses et al.,2001) อายุ จากการศึกษพบว่า อายุของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Kiosses et al.,2001) การเจ็บป่วยเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถทำนายภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า(Karp et al., 2009) ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าจากการศึกษาพบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01 (Karp et al., 2009) และการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในบริบทของประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์ กับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม(นภา จิรัฐจินตนา,2554)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นพบว่า มีปัจจัยหลายประการดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่ปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถจัดกระทำให้ลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะของโรคและการดำเนินชีวิตประจำวันเนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้านั้นเกิดความรู้สึกมีอารมณ์ เศร้า หดหู่ และขาดความสนใจในการทำกิจกรรมจนส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ (Kondo et al,2008) ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคม และมีอิทธิพลสูงสุดต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล การที่สมาชิกในครอบครัวเข้าใจกันและกัน ใส่ใจกันจะส่งผลทำให้สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมได้มากขึ้น

ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้า หงุดหงิดง่าย และทำให้พร่องด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสมาชิกในครอบครัว (Kondo et al,2008) สมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและได้รับผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยตรง การช่วยลดภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และสามารถทำหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น (เพ็ญพิศ ปลื้มสุข,2551) นอกจากนี้แนวทางการรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีแนวทางการรักษา ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิต ซึ่งเป็นการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชหรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่วนการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ การพยาบาลที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการไปรักษาโดยทั่วไปนั้นจะเป็นการประเมินอาการผู้ป่วยและครอบครัวด้านร่างกาย และจิตใจ การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงเกี่ยวกับการใช้ยา และอาการของโรคซึมเศร้า รวมไปถึงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่(พรพรรณ สุดใจ . 2552) การรักษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการป้องกันหรือลดภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ด้วยเหตุผลดังกล่าวในฐานะพยาบาลจิตเวช ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการลดปัญหาภาวะทุพพลภาพวัย

ท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และเพื่อเพิ่มคุณภาพของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้วิจัยจึงได้จัดทำ “โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมให้บุคคลในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและสามารถลดภาวะทุพพลภาพ มีแนวทางในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพวัยท้าย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะทุพพลภาพเป็นการสูญเสียหรือมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยแสดงออกในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคม (Nagi, 1991) ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากภาวะทุพพลภาพจากตัวผู้ป่วยและยังต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง การสูญเสียภาพลักษณ์ อีกทั้งความเสื่อมทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้มาก ซึ่งส่งผลต่อการเกิดความเครียด ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มักแยกตัวจากสังคม (อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ญ, 2554) การมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง (Heo et al, 2008) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการตอบสนองการทำงานของสภาพจิตทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวมักจะมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง รู้สึกไร้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และทำให้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์สูงทางลบกับภาวะทุพพลภาพ (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการดูแลจากครอบครัวต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ และเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและมีความหมาย (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) การสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุ โรคซึมเศร้า ได้รับการตอบสนองตามความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลใน

สังคมของตน (Cobb,1976) จากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ (นภา จิรัฐจินตนา 2554)

การศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าที่ผ่านมาผู้วิจัยพบว่า นอกจากนั้นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดภาวะทุพพลภาพคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ด้านต่าง ๆ (Karp et al.,2009) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสัมพันธ์ในทางลบระดับสูงกับภาวะทุพพลภาพ นอกจากนั้น ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากครอบครัว ต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกและเศรษฐกิจซึ่งจะทำให้เกิดกลไกการป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ และช่วยเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความหมาย การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับกิจกรรมหรือพฤติกรรมช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) (Coob,1976 , Schaefer, Coyne, & Lazarus ,1981)

ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของCobb (1976) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของSchaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ประกอบกับข้อมูลหลักฐานที่กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร่ายังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเท่าที่ควรจึงส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพขึ้น ดังนั้น หากต้องการแก้ปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องจัดกระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ อย่างครบถ้วนและเพียงพอเพื่อลดภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นนั้นจำเป็นต้องมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ ครอบครัว บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ (Pender,1996) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์และมีความเกี่ยวพันกันที่เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ช่วยบรรเทาผลกระทบจากอารมณ์ซึมเศร้า อีกทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ (Jonhson, 1998) และสามารถลดภาวะทุพพลภาพ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงออกแบบกิจกรรมต่างๆ ให้มีเนื้อหาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของCobb (1979) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support)

4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรง ด้วยการให้สิ่งของเงินทอง หรือบริการ

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสารหรือ คำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล เป็นข้อมูลที่บอก ให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็น สมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของใน สังคมของตน

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 5 ด้านดังกล่าวข้างต้น มาพัฒนาเป็นโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 45 – 60 นาที ดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว สัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1. **การส่งเสริมความรักความใส่ใจในสมาชิกในครอบครัว** เป็นการนำแนวคิดการสนับสนุน ทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotionnal Support) โดยจัดกิจกรรมมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ สมควร

2. **รู้ทันโรคไว้ ห่างไกลทพพลาภาพ** เป็นนำแนวคิดการสนับสนุนการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (information support) โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และสาเหตุการเกิดภาวะทพพลาภาพ ของ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่มากขึ้น

3. **การยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกในครอบครัว** เป็นการนำแนวคิดการสนับสนุนทาง สังคมด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) โดยจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการให้สมาชิกใน ครอบครัวยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจกัน และรับฟังความคิด รวมถึงปรับทัศนคติให้ตรงกันระหว่าง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

4. **ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่ชุมชน** เป็นการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมด้านการ เป็น ส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) โดยทำกิจกรรม ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสื่อสาร การพูด เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เตรียมพร้อมให้กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อมีความ พร้อมในการดูแลผู้ป่วยและ ส่งเสริมให้พาผู้ป่วยไปร่วมกิจกรรมของชุมชน

5. **เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน** เป็นการนำแนวคิดการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือ บริการ (tangible support) โดยจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนแหล่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ รวมถึงหน่วยงาน ที่ให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ

สมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทพพลาภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทพพลาภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากร คือ

1. ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี
2. สมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพกายวิสัยของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยการ บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ซึ่งการที่บุคคลรับรู้การช่วยเหลือจากผู้อื่นด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ได้รับความรักความเอาใจใส่การยอมรับยกย่อง การแสดงออกให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางด้านทรัพยากร และการบริการด้านข้อมูลข่าวสาร ก่อให้เกิดความมั่นคงทางสภาพจิตใจ ส่งผลไปสู่การลดภาวะสุขภาพ เนื้อหาของกิจกรรม ได้แก่ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) 3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) 4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) 5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที ดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวสัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานแต่ละครั้งมีดังนี้

ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัว สมาชิกในครอบครัว หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 30 นาที โดย (1) พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง (2) ใช้ระยะเวลา 30 นาที โดยพยาบาลได้ตั้งสถานการณ์ขึ้นและตั้งคำถามว่าหากเกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้นผู้ป่วยจะเลือกปรึกษาใคร และ หลังจากนั้น พอร์รับทราบปัญหาจะแก้ไขหรือนำผู้ป่วยอย่างไร กิจกรรมนี้เพื่อประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในสมาชิกในครอบครัว ประโยชน์ของการ

วาดภาพนั้นเป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยระบายความรู้สึกทางอารมณ์อีกด้วย (ชววิทย์ รัตนพลแสนย์, 2551)

ครั้งที่ 2 รู้ทันโรคไว้ ห่างไกลภาวะทุพพลภาพ หมายถึง การดำเนินการของพยาบาล ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60 นาที กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้และร่วมกันวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยวัยสูงอายุ โรคซึมเศร้า พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการ ให้ความรู้เรื่องยาและผลข้างเคียงในการรับประทานยาต้านเศร้า เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดยพยาบาลเสริมความมั่นใจ ในการนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย

ครั้งที่ 3 การยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) ในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลา 30 นาที โดยการให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และความรู้สึกยอมรับยกย่องซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ส่งเสริมการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกมั่นใจและเป็นสุขใจ ตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และใช้ระยะเวลา 30 นาที ในการเล่นเกมส์ อุ่นใจรัก โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและเสริมคุณค่าในตนเองและหลังจากทำกิจกรรมสำเร็จกระตุ้นให้สมาชิกสมาชิกในครอบครัวชื่นชมผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม หลังจากนั้น ผู้วิจัยสรุป และพูดคุยกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำกิจกรรมร่วมกัน และกล่าวชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่สังคม หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 ใช้ระยะเวลา 30 นาที โดยการฝึกทักษะการสื่อสารให้ผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลา 30 นาที ในการแสดงการจำลองสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการออกไปในชุมชนของผู้ป่วยเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนที่จะไปทำกิจกรรมในชุมชนหลังจากนั้นให้สมุด ตารางทำกิจกรรม โดยให้สมาชิกในครอบครัวพาผู้ป่วยไปทำกิจกรรมที่มอบหมายไว้ เช่น การพาผู้ป่วยไปตลาด เพื่อฝึกการสื่อสาร การพาผู้ป่วยไปเดินเล่น และการออกกำลังกายกับบุคคลในชุมชน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความแปลกแยกและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคม ส่งผลให้สามารถลดภาวะทุพพลภาพได้

ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) ในสัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 ใช้เวลา 30 นาที เล่นเกมส์ จับคู่ เกี่ยวกับสถานการณ์และแหล่งที่ต้องขอความช่วยเหลือและหลังจากนั้น ใช้ระยะเวลา 30 นาที โดยการให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แลกเปลี่ยนแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ที่ตนเองคิดว่ามีอยู่และตนเองได้รับจากชุมชน หลังจากนั้นผู้วิจัยมูลและคำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรใน

ชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ในระยะอาการทุเลา และระยะฟื้นฟูสภาพจิต ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ หน่วยงานฝึกอาชีพการค้นหายาที่อยู่อาศัย และสถานที่ที่เป็นที่พึ่งทางจิตใจ เช่น วัด องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น

ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป ลักษณะอาการและอาการแสดงได้แก่ ซึมเศร้า ความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง นอนไม่หลับ หรือหลับมากกว่าปกติ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกตนเองไร้ค่า สมาธิลดลง ลังเลใจ คิดถึงเรื่องความตาย หรือการฆ่าตัวตาย ประเมินโดยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537)

สมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

ภาวะทุพพลภาพวัยท้อ หมายถึง การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยแสดงออกในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคม ประกอบด้วย 2 ประการได้แก่

1. การแสดงบทบาทเกี่ยวกับสังคม (Societal) หมายถึง การอยู่ร่วมกัน การไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำด้วยตนเองในสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้แก่ การเขียนจดหมาย การเยี่ยมเยียนเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว การดูแลจัดการตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การไปจ่ายตลาด การทำความสะอาดบ้าน และการซ่อมแซมบ้าน การใช้เวลาบางส่วนสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ การดูแลเรื่องการเงิน รายรับ- รายจ่ายภายในสมาชิกในครอบครัว การไปเที่ยวต่างจังหวัดหรืออย่างน้อยการพักผ่อนที่บ้านคนอื่น การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียกร้องสิทธิ์ตามบทบาทของตน

2. การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal Role) หมายถึงการกระทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living) ได้แก่ การเดิน การวิ่ง การขึ้น-ลงบันได การถือของการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การกลั่นปัสสาวะ การยกน้ำหนัก การเดินแอโรบิค เป็นต้น

ภาวะทุพพลภาพวัยท้อสามารถประเมินได้จากแบบประเมิน Late - Life Disability Instrument ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคม ข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ประเมินใน 2 ด้าน คือ ความสม่ำเสมอในการแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal Role) และความสม่ำเสมอในการแสดงบทบาททางสังคม (Social Role)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง บริการซึ่งพยาบาลวิชาชีพดำเนินการแก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และครอบครัว ซึ่งมารับการบำบัดรักษา ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาการข้างเคียง การใช้ยา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว โดยบุคคลกรสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะการได้รับการดูแล การสนับสนุน และการช่วยเหลือ จากสมาชิกในครอบครัว พยาบาลจิตเวช และแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในการลดภาวะทุพพลภาพนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดรูปแบบบริการการพยาบาลที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อลดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อของ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.1 โรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.2 วิทยาการระบาดของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.3 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.5 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การรักษาโรคซึมเศร้า
 - 1.7 ผลกระทบของภาวะทุพพลภาพต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.8 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ
 - 2.1 ความหมายของภาวะทุพพลภาพ
 - 2.2 กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ
 - 2.3 ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 2.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ
 - 2.5 การประเมินภาวะทุพพลภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3 กลไกการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
4. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านสังคม
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความเสื่อมสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) ถึงแม้การแสดงออกของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักแสดงออกโดยมีความเสื่อมทางกายเพิ่มขึ้น เช่น การทำหน้าที่ต่างๆและการดูแลตนเองลดลง ทำให้มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยโรคและการรักษา (Cooke and Tucker, 2001 อ้างใน พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2552) โดยสรุป โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ และมีอาการร่วมกับอาการสำคัญอื่น ๆ เช่น มีปัญหาการนอนหลับ ความอยากอาหารเพิ่ม หรือลดลง ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ การเคลื่อนไหวช้า หรือกระสับกระส่าย มีความรู้สึกว่าตนไร้ค่า รู้สึกเหงา หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เฉยชากับสิ่งแวดล้อม และถ้าอาการรุนแรงมากอาจมีความรู้สึกอยากทำร้ายตัวเอง (พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2552) แต่ถ้าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม การพยากรณ์ของโรคก็สามารถเป็นไปได้ในทางบวก เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม อีกทั้งยังสามารถลดภาวะทุพพลภาพและลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้ (นภา จิรัฐจินตนา, 2554)

1.1. ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

Roose and Sackeim (2004) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด พฤติกรรม การนอนหลับ และความอยากอาหาร โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องจากว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

ดวงใจ กสานติกุล (2542) อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ถูกปัญหาต่างๆรุมเร้าก่อให้เกิดความเครียดเพราะคับแคบใจ น้อยใจ โดยอาการอาจแสดงออกทางประสาทอัตโนมัติตามส่วนต่างๆของร่างกายเช่น ใจหวิว ใจสั่น วิงเวียน มึนศีรษะ จุกเสียดท้อง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร บางรายมีอาการมากจะรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก ไม่อยากพบหรือพูดกับใคร บ่อยครั้งที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่อยากอยู่เป็นภาระของลูกหลาน

สมภพ เรื่องตระกูล (2544) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมากแต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มากและมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

พูลสิน เฉลิมวัฒน์ (2552) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีความผิดปกติทางอารมณ์โดยมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ มีปัญหาการนอนหลับ ความอยากอาหารเพิ่ม/ลด ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ และถ้าอาการรุนแรงมากอาจมีความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการผิดปกติด้านอารมณ์ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ดังนั้น สรุปความหมายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าเป็นการศึกษาด้านความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุ ในการศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแห่งหนึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมากคิดเป็นร้อยละ 24 และผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ความชุกร้อยละ 5-13 ในการศึกษาของ Jacoby and Oppenheimer (2002) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 10-15 จะมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

สำหรับในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในเขตภาคเหนือ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) แบบสั้น 15 ข้อ พบว่ามีความชุกร้อยละ 29.3(เกษราภรณ์ คุณธราวัฒน์เดช,2543) การศึกษาความชุกในภาคในภาคภาคใต้ของ ประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544) พบว่าวัยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41 และการศึกษาระดับประเทศ ของปรีชา ศตวรรษธำรงและ(2544) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 14

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นที่มีความแตกต่างกัน อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การใช้เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พบว่าเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ในต่างประเทศถ้าอายุมากกว่า 80-84 ปี ในผู้ชายจะเป็นมากกว่า) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัจจัยทางจิต เช่น ความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหา รวมทั้งความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ปัจจัยทั่วไปที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ด้าน (Blazer, & Hybels, 2005) ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Hereditary) จากการศึกษาผู้สูงอายุในสแกนดิเนเวีย สนับสนุนว่าพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า เช่นในผู้สูงอายุผาแฝดในสวีเดนพบระดับคะแนนซึมเศร้าสัดส่วน 16 % ที่มีอิทธิพลมาจากกรรมพันธุ์โดยศูนย์ระบาดวิทยาได้เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) และพบ 19 % ที่มีอาการทางกายที่มีอิทธิพลมาจากพันธุกรรม นอกจากนั้นการมีโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าด้วย (Blazer, & Hybels, 2005)

1.2 เพศหญิง (Female sex) ผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า (Buschmann et al., 1995; Blazer, & Hybels, 2005)

1.3 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Underactivity of serotonergic neurotransmission) เช่น ซีโรโทนิน (Blazer, & Hybels, 2005) เป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญที่สุดและมีผลต่ออารมณ์ โดยการศึกษาพบตัวรับสารซีโรโทนินลดลง 70 % ในวัยกลางคน และลดการจับตัวกันระหว่างสารซีโรโทนินกับตัวรับสารซีโรโทนินในวัยสูงอายุ เมื่อร่างกายขาดสารซีโรโทนินทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk) ได้แก่

2.1 ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เช่น บุคลิกภาพผิดปกติชนิดย้ำคิดย้ำทำ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (Dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2550) ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพพบว่า มีประสบการณ์หรือเกิดอาการซึมเศร้าได้สูงเป็น 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ (Blazer, & Hybels, 2005) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น มีอาการทางประสาทเป็นระยะเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้มากกว่า ถึงแม้ไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายในชีวิต (Ormel et al, 2001) โดยบุคลิกภาพของแต่ละคนจะสะท้อนให้เห็นว่าแต่ละคนมีลักษณะนิสัย การตัดสินใจ อารมณ์และความพอใจเป็นอย่างไรในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตของแต่ละคน (บุญศรี นฤเกต , 2550)

2.2 การเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว (Learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วยการอยู่เฉยๆ ไม่รุก ถอนตัวและทำกิจกรรมลดลง (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2550)

2.3 มีความผิดปกติด้านการคิด (Cognitive distortions) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดผิดปกติ เช่น การตอบสนองต่อเหตุการณ์เกินกว่าความเป็นจริง หรือมีการตีความที่ผิด บิดเบือนไป ส่งผลถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Blazer, & Hybels, 2005) และมักมีความคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเองหรือ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล, 2552)

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) ได้แก่

3.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and daily hassles) จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตเช่น การสูญเสีย การเป็นโรค การเจ็บป่วยร้ายแรง และปัญหาสังคมเช่น ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy, 1982)

3.2 การสูญเสีย (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รัก อาการที่พบเช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจไม่อิ่ม ถอนหายใจบ่อยๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร คิดถึงคนที่เสียชีวิตเป็นอย่างมาก บางครั้งคิดอยากตาย

โดยเฉพาะในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) หากนานเกิน 2 เดือนแล้วยังไม่ดีขึ้นจะทำให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) ในการสูญเสียอาชีพ การงาน อาจเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ในการดำเนินชีวิตของตนเอง และครอบครัว ขาดการยอมรับในสังคม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

3.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน หาเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจนทำให้อยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย เกิดความเครียด จนหนทางรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550)

3.4 การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จากสังคมรอบตัวของผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้างมีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากพจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ระบุว่า คำว่า “ภาวะ” มีความหมายว่า ความมี ความเป็น ความปรากฏ เช่น ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ภาวะน้ำท่วม ส่วน คำว่า “อาการ” มีความหมายว่า ความเป็นไป ความเป็นอยู่ สภาพ เช่น อาการไข้; กิริยาท่าทาง เช่น อาการพิรุณ เป็นต้น เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็น สามารถสังเกตได้ วัดได้ และ Larson et al., 1994 อ้างถึงใน นุสรรา วรภัทรารุท (2547) ให้ความหมายของ อาการ ว่า เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลต่ออาการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความทุกข์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้คำว่า “อาการซึมเศร้า”

Buckwalter & Piven, (1999) ได้ให้ความหมายของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา

Kunz & Soltys, (2007) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ ไม่กระชุ่มกระชวย ไม่สนใจการทำหน้าที่ หลับยาก ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย รู้สึกไร้ความหวัง ไม่ยินดีในชีวิต ต่ำหนหรือรู้สึกว่าคุณเองผิดมาก มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ปวดศีรษะ ปวดหลัง การย่อยอาหารผิดปกติ อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์น้อยกว่าความเป็นจริงโดยมีสาเหตุดังนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

1. ทั้งแพทย์และผู้ป่วยคิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นจากการมีอายุสูงขึ้น
2. ผู้ป่วยมักเน้นที่อาการไม่สบายทางกายมากกว่าอาการซึมเศร้า
3. อาการซึมเศร้านักพบร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางสมอง ซึ่งอาการจะ

เหมือนกับโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับ ประเสริฐ อัสสันตชัย (2552) กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรก เนื่องจากอารมณ์เศร้าไม่ค่อยชัดเจน และมักมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ความจำเสื่อม เป็นต้น

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งเป็นอาการด้านต่างๆ ดังนี้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

1. อาการทางกาย (vegetative) ในผู้สูงอายุ อาจมีอาการแสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ใจหวิว ใจสั่น วิงเวียน มีน้้ำขี้ระจก เสียดท้อง อาการนอนไม่หลับพบได้บ่อยมาก หลับไม่สนิทเหมือนสมองตื่นอยู่ทั้งคืน รู้สึกเบื่ออาหารเหมือนลิ้นไม่ ร้้ำรสชาติ รับประทานอาหารได้น้อย ส่วนอาการซึมเศร้าในที่พบในวัยอื่น ได้แก่ น้ำหนักลดลง ไม่มี เรี่ยวแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ วยหนุ้่มสาวอาจมีรับประทานอาหารมากนอน มาก

2. พฤติกรรมค่าพูด (psychomotor) ในผู้สูงอายุ มักมีอาการหลงลืมง่าย หรือ ซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปเดิน มา รู้สึกทรมานใจอย่างมาก ส่วนผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (retardation) เหมือนล่อย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวไม่ยอมกพบหน้าหรือพูดจกกับใคร

3. ด้านความคิดกังวล (cognitive) เป็นอาการที่ผู้ป่วยคิดเรื่องร้ายๆ ขาดสมาธิ และ ขาดความมั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กๆน้อยๆ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดุกดงตนเอง คิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีอาการ คือ คิดมาก ท้อแท้ใจ รู้สึกหงา ใจคอ หดหู่ ร้องไห้ง่าย บ่นหมดอาลัยตายอยากในชีวิต เบื่อหน่ายไปหมด คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย ไม่ อยากอยู่เป็นภาระของลูกหลาน (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) สอดคล้องกับ อรพรรณ ทองแดง (2542) กล่าวว่ อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ว่ มีความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ มองชีวิตไม่มีคุณค่า เป็นภาระต่อคน อื่น เบื่อหน่ายชีวิต คิดฆ่าตัวตาย และความรู้สึกเบื่อหน่าย เศร้าเสียใจ โม่โห่ง่าย น้อยใจง่าย ไม่มี คุณค่าในตนเอง หมดหวัง คิดอยากตาย รวมทั้งนอนไม่หลับ หรือตื่นนอนเร็วกว่ปกติ อาการ อ่อนเพลีย สมาธิไม่ดี เบื่ออาหาร มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (อรพรรณ แผนคง, 2553) นอกจากนั้นอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ยังพบว่า มีข้อแก้ตลอดเวลา ความรู้สึกผิด หรือการมอง โลกในแง่ร้าย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีผลต่อการทำหน้าที่ การคิด และอารมณ์ ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอ่อนเพลีย ร่างกายอ่อนแอลง มีความเสี่ยงสูงต่อการติด เชื้อ การบาดเจ็บและภาวะขาดสารอาหารได้ (Buschmann et al., 1995)

1.5 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV มีดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2541)

1. มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมีมากกว่า) ร่วมกันอยู่สองสัปดาห์และแสดงถึง การ เปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่เป็นจากภาวะความเจ็บปวดทางกาย หรือ mood-in-congruent delusion หรือ hallucinations

1.1 มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยไม่ได้จากการ บอกล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า รู้สึกว่างเปล่า) ก็จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่ร้องไห้)

1.2 ความสนใจหรือความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

1.3 น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ ได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน (หรือมีการเบื่ออาหารหรือมีการเจริญอาหารแทบทุกวัน)

1.4 นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

1.5 Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่นมิใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

1.6 อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มิใช่เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

1.8 สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

1.9 คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

2. อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

3. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

4. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

5. อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

Diagnostic difficulties ความยากลำบากในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อยู่ที่ความชราภาพของผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างวัย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และอาการที่เกิดร่วมกันระหว่างอาการทางร่างกายและอาการของโรคซึมเศร้า

อุปสรรคที่ยากต่อการวินิจฉัย

1. อาการทางร่างกายที่แยกยากกว่ามีพยาธิสภาพจริง ๆ หรือเป็นอาการทางจิตเวช
2. ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ซึมเศร้าชัดเจน
3. อาการโรคซึมเศร้านั้นมักจะพบปน ๆ กันกับอาการทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรงในคนไข้โรคเบาหวาน

4. มีอาการทางด้านโรคประสาทวิตกกังวล

5. ละเลยการดูแลตนเอง เช่นไม่ทำตามแพทย์สั่ง

6. แสดงอาการออกทางด้าน Pseudo dementia ผู้ป่วยที่สนใจอาการไม่สบายทางด้านร่างกาย เช่น ผู้ป่วยจะพูดและบ่นถึงอาการท้องอืด จุกเสียด ปวดหลังมากทำให้ญาติและ

แพทย์นำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มากมายโดยไม่ได้คิดถึงโรคซึมเศร้า อาการโรควิตกกังวลที่ตรวจพบ เช่น ย้ำคิดย้ำทำมากกว่าปกติจนรบกวนชีวิตประจำวัน หรือบ่นถึงอาการทางด้านร่างกายที่ไม่มีสาเหตุแน่ชัด ให้ตรวจละเอียดว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ (Baldwin ,1988)

7. แสดงออกทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพที่ไม่ดีที่เคยมีอยู่ แต่มากขึ้น การชักประวัติอย่างละเอียด ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย อาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น นอนไม่หลับที่มีอยู่เดิมจากการเจ็บป่วย แต่มีอาการตื่นเช้ากว่าเดิม อาการเหนื่อยมากกว่าเดิมจากการเดินหรือทำกิจกรรมจะมีมากขึ้นแม้ว่านั่งอยู่เฉย ๆ การชักประวัติควรจะได้ประวัติจากคนใกล้ชิดที่บ่งบอกถึงความสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่เคยสนใจแล้วลดน้อยถอยไป ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะมีโรค เมื่อถามถึงอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ และมักปฏิเสธอารมณ์ที่ผิดปกติไป อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่หาสาเหตุทางร่างกายไม่พบ หรือมีอาการผิดปกติ อาการปวดต่าง ๆ ที่ไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางร่างกาย

ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม และแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง (Beck, 1979) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.1 ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเองรู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.2 ระดับปานกลาง มักคิดว่าตัวเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพมองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตัวเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

1.3 ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

2. ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจต่อผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.1 ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลง ขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่มีอารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2.2 ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องอย่างยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกกดดัน รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากสิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

3.1 ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตาม ปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

3.3 ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

4.1 ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

4.2 ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1 - 2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

4.3 ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4 - 5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศอ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ

1.6 การรักษาโรคซึมเศร้า

มานิซ หล่อตระกูลและคณะ (2544) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับหรือหลับยาก กระวนกระวายมาก ไม่ทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อย ๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

2. การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ remission ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้อักเสบในระยษนี้ยาแก้อักเสบได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 การรักษาในระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลา que ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยาการรักษาาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrence สูง

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy:ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ในผู้ป่วยสูงอายุการรักษาด้วยไฟฟ้ามักได้รับการเลือกเป็นลำดับหลัง ๆ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ

4. จิตบำบัด

4.1 การบำบัดทางกระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากปัจจัยต่างๆมักใช้ได้ดีผลดี

4.2 สัมพันธภาพบำบัด (Interpersonal therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุปัญหาการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว สังคมเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่ง การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพในสถานการณ์ต่างๆจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

1.7 ผลกระทบของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวลดลง นอกจากนี้ยังทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่แล้วมีอาการมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพเกิดขึ้นได้ (นภา จิรัฐจินตนา, 2554)

โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีผลกระทบที่สำคัญทั้ง 3 ด้าน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552)ได้แก่

1) ผลกระทบในด้านอารมณ์สัมพันธภาพเกิดจากการแยกตัวเองออกจากสังคมและทำให้โดดเดี่ยว มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ผลร้ายนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นรอบ ๆ ตัว เช่น ครอบครัวและเพื่อน เป็นการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญและทัศนคติเกี่ยวกับชีวิต ผู้ป่วยอาจคิดว่าปัญหาด้านสัมพันธภาพเป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานของตนเอง และคิดว่าการปรับตัวที่ดีคือ การติดต่อกับผู้อื่นน้อยลงหรือยุติความสัมพันธ์

2) ด้านความสามารถ ประสิทธิภาพทางด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจะทำงาน ได้น้อยลง ความพยายามลดลงและพยายามหนีให้พ้นไปจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หมดกำลังใจ ท้อแท้ และส่งผลให้ผู้ป่วยทำงานได้น้อยลง จนเกิดภาวะทุพพลภาพได้

3) ด้านเอกลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมีความเป็ยงเบนทางด้านความคิดต่อการรับรู้ตนเองเกือบทุกเรื่อง มีการมองโลกและมองตนเองด้านลบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไร้อารมณ์และไม่มีความสุข

ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ที่เกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดภาวะทุพพลภาพ และผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาลดลง อาจเกิดการเจ็บป่วยทางกายเนื่องมาจากผลกระทบทางจิตใจ และรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้นผู้ป่วยควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งสำคัญ (บุญศรี นุเกตุ, 2550) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม และป้องกันไม่ให้เกิดอาการของภาวะทุพพลภาพมากขึ้น

1.8 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ เมื่อมีอาการสิ้นหวังจะนำไปสู่อาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากลดอาการเศร้าแล้ว การลดความสิ้นหวังเป็นการช่วยลดปัจจัยที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า การพยาบาลจิตเวชจึงเน้นที่การพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นการใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยากระบวนการทางประสาทชีววิทยาและการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคมเช่นการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดซึ่งการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้เน้นกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1.8.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวน ระยะเวลาซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้นจะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ

1) ด้านอารมณ์ (affective) พบอารมณ์หงุดหงิดผิดหวังเศร้าใจ
2) ด้านพฤติกรรม (behavior)แสดงพฤติกรรมเศร้าเสียใจร้องไห้
3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
ความคิดในการทำร้ายตนเอง

4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าการรับประทานอาหารนอนและการดูแลสุขอนามัยโดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์เศร้ายกระดับต่ำ เศร้ายกระดับปานกลางหรือเศร้ายกระดับรุนแรง

1.8.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลจากข้อมูลประเมินได้ทำให้พยาบาลสามารถที่จะกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อวางแผนการพยาบาลโดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆโดยเฉพาะ

- 1) เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
- 2) มีกระบวนการคิดและมองตนเองไปในทางลบ

3) มีความพร้อมในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม

4) มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ การมองเห็นตนเอง มองสิ่งแวดล้อมและมองอนาคตไปในทางลบ การช่วยตนเองไม่ได้จากการรู้สึกไม่มีแรงในการทำกิจกรรม

1.8.3 การวางแผนการพยาบาล โดยในการวางแผนการพยาบาลนั้นมีทั้ง 1) แผนระยะสั้นจะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อโดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละรายเน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายนปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสมมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ 2) แผนระยะยาวที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคตโดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเองสนับสนุนความสามารถในการทำงานการเผชิญปัญหาและการปรับตัวในครอบครัวและสังคมช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความพึงพอใจของตนโดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

1.8.4 การปฏิบัติการพยาบาลเน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

1) การป้องกันอันตรายผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวพยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิดจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัยจากสิ่งของผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

2) การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจแสดงความเห็นใจและเข้าใจกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายนความคับข้องใจ

3) การสอนผู้ป่วยใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆเช่นการสอนการปรับตัวต่อปัญหาการปรับตัวในสังคมการพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออกการฝึกการคลายเครียดรวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4) การให้คำปรึกษาเน้นการให้คำปรึกษาการปรับตัวการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัวรวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมการฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

6) การแนะนำในเรื่องการป้องกันอันตรายเพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง แนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็คือ ได้รับการดูแลเรื่องสุขอนามัยให้ได้รับความสุขสบาย การดูแลเรื่องการได้รับยาตามแผนการรักษามีความปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมานลดภาวะแทรกซ้อนจากการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอนพยาบาลต้องใช้เทคนิคหลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมโดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญแม้จะกำหนด

แผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้ว พยาบาลต้องสังเกตทบทวนและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

1.8.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใดเมื่อพิจารณาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และพัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่าทุกวิธีการในการบำบัดโรคซึมเศร้าพยาบาลมีอิสระที่จะปฏิบัติบทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ตั้งแต่การบำบัดด้วยยา แม้พยาบาลจะไม่มีสิทธิตามกฎหมายในการสั่งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแต่บทบาทอิสระ ที่พยาบาลให้การบำบัดทางการพยาบาลได้ คือ การให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความร่วมมือในการรับประชนยาและมีความรู้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาได้ เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผลที่ตามมา คือ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

1.8.6 ผลลัพธ์ที่คาดหวังการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้น จำเป็นต้องมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสังคม ดังต่อไปนี้

1) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยช่วยเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

3) ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ การรักษาที่ต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอื่นๆ จะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลที่ต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะกลับเป็นซ้ำก็จะส่งผลตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ต้องกลับมานอนในโรงพยาบาล ส่งผลดีต่อผู้ป่วยและญาติทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาลโดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอนในลักษณะให้คำแนะนำสอนให้การปรึกษาประคับประคองรวมถึงการ ฝึกทักษะ สามารถค้นหาปัญหาความต้องการวางแผนดูแลกิจกรรมการดูแลตนเองตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายใน และภายนอกของคนที่มียูให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้องค์ความรู้ และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based Nursing Practice) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ผลการวิจัย ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้เกิดการพัฒนามาบทบาทต่างๆ ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse: APN) ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การประเมินผลการวินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ ประเมิน

สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า นำข้อมูลด้านระบาดวิทยาสถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติให้การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการเกิดความสิ้นหวังและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการและปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

2. สมรรถนะในการให้ความรู้การสอนการชี้แนะแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

3. สมรรถนะเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งให้ในระหว่างการดำเนินการ และเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือหลังจากทำการรักษาในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

4. สมรรถนะในการประสานงานกับโรงพยาบาลต่างๆคือ ผู้อำนวยการหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลคณะกรรมการด้านการวิจัยโดยชี้แจงความเป็นมา ความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย

5. สมรรถนะการเป็นผู้นำโดยศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้ได้ประสิทธิภาพคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วยหรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหา และการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งการปฏิบัติพยาบาลดังกล่าว ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวชเนื่องจากที่ผ่านมา แม้ว่าบุคลากรทีมสุขภาพจิตรับรู้ถึงปัญหาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

6. สมรรถนะการนำผลงานวิจัยมาใช้จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรม จากเอกสารวิชาการและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาความคิดด้านลบหลัก 3 ประการ โครงสร้างความคิดผิดปกติ และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของโรคข้างต้น ทำให้เกิดการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และเกิดการป่วยซ้ำ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรับหาแนวทางการแก้ไขเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคือสมรรถนะผู้ให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามสมรรถนะหลัก และบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อพัฒนาการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ป้องกันการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ (Disability)

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอดีตมักให้ความสำคัญความสนใจไปที่ตัวโรคโดยเฉพาะสาเหตุ (etiology) พยาธิสภาพ(Pathology)และกลวิธาน(pathophysiology) ขณะเดียวกันผลของโรคหรือผลของการรักษาที่ได้รับความสนใจที่สุดคือ ความตาย (mortality)แต่ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีบทบาทมากขึ้น ผู้ป่วยมักเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน และมักจะไม่นำไปสู่ความตาย โดยตรงดังเช่น โรคติดต่อ นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ยังช่วยให้ผู้ป่วยจากโรคเรื้อรังเหล่านี้มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น การใช้แต่เพียงความตาย หรืออุบัติการณ์ของโรคมารับเป็นดัชนีของความรุนแรงของโรคเรื้อรัง หรือของผลการรักษาจึงเกิดความไม่เหมาะสม (นิสากร กรุงไกรเพชร,2540) องค์การอนามัยโรค (WHO,1980) จึงได้จัดทำกรจำแนก(classification) ภาวะสุขภาพโดยเน้นที่ตัวบุคคลมากกว่าโรค ดังนี้คือ

ภาวะบกพร่อง (Impairment) หมายถึงการสูญเสีย หรือความผิดปกติของจิต สรีระ หรือกายวิภาค หรือการทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ภาวะทุพพลภาพ(Disability) หมายถึง ความจำกัด หรือ สูญเสียของความสามารถในการประกอบกิจการต่าง ๆ ที่ควรจะสามารถทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากภาวะพร่อง เช่นภาวะทุพพลภาพในการเดิน การแต่งตัว การซื้อของ

ภาวะพิการ(Handicap) หมายถึง การสูญเสียโอกาสของแต่ละบุคคลอันเนื่องจากภาวะบกพร่องหรือทุพพลภาพที่จำกัดหรือขวางกั้นไม่ไห้บุคคลนั้นสามารถดำรงบทบาทที่พึงจะมีเป็นปกติของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะศึกษาภาวะทุพพลภาพเนื่องจากการประเมินตามศักยภาพของผู้ป่วยที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และนำไปวางแผนการดูแลได้ เมื่อเปรียบเทียบกับการตรวจหาพยาธิสภาพของโรคภาวะพร่องและภาวะพิการ ซึ่งมีความหลากหลาย และยุ่งยากในการตรวจหา (นิสากร กรุงไกรเพชร,2540)

ภาวะทุพพลภาพ(Disability) เป็นการวัดจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยทั่วไป (Activity of daily living : ADL) และการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมการดำเนินชีวิต (Instrumental Activity of daily living: IADL)

2.1 ความหมายภาวะทุพพลภาพ ภาวะทุพพลภาพ ได้เคยถูกนิยามและดำเนินการในรูปแบบและขอบเขตที่หลากหลายได้แก่

ภัทรภรณ์ วิริยวงศ์ (2551) ให้ความหมาย ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความจำกัดหรือสูญเสียความสามารถ ในการประกอบกิจการต่างๆ ที่ควรจะสามารถทำได้เป็นปกติ

Nagi (1991) ให้ความหมายภาวะทุพพลภาพ (Desability) ว่า เป็นการสูญเสียหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคม การอยู่ร่วมกัน การไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน (socially) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำด้วยตนเองในสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป และบุคคลที่สุขภาพปกติโดยทั่วไปสามารถกระทำได้ ซึ่งหมายถึงกิจกรรมประจำวัน (Activity of daily living) เช่นการแต่งตัว การไปจ่ายตลาด การขับรถ การแสดงบทบาทตามความคาดหวังในครอบครัว การเรียกร้องสิทธิต่างๆ รวมถึงบทบาททางสังคมอื่นๆ

Verbrugge (1997) ให้ความหมาย ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพในการทำหน้าที่ทางสังคมที่เป็นความสามารถในการแสดงบทบาท และการทำกิจกรรมทางสังคมในคำว่าสังคมหมายถึง ความจำเป็นทั้งหมดของบุคคลในการทำกิจกรรมส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การตัดสินใจต่างๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต (IADL)

Jett et al. (2004) ให้ความหมายว่า ความสามารถของบุคคลในการทำงานเลี้ยงชีพ ภายใต้ข้อกำหนดหรือบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ในความถี่ของความสามารถทำงานเลี้ยงชีพและข้อจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถทำงานได้

สรุปภาวะทุพพลภาพ (Disability) หมายถึง ข้อจำกัดจำกัดในการทำหน้าที่ หรือการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคมที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป

2.2 กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ

กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ (disablement process) เริ่มจากเกิดความผิดปกติของทางสรีรวิทยาและชีววิทยาที่ถูกนิยามในทางการแพทย์ว่าเป็น โรคหรือความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและความผิดปกติที่มีมาแต่กำเนิด ทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ในระบบเฉพาะทางร่างกายเกิดการจำกัดการทำงานที่การยับยั้งในการทำงานพื้นฐานทางกายภาพและจิตในชีวิตประจำวันให้ประสบความสำเร็จ เช่น จำกัดการเคลื่อนไหวหรือความทรงจำ ส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียหรือมีข้อจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและตนเอง ซึ่งอธิบาย ได้ดังนี้

กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพสามารถ อธิบายเป็นแผนภาพได้ดังนี้

Active pathology → Impairment → Functional limitation → Disability

ภาพที่ 1 กระบวนการเกิดภาวะทุพพลภาพ (Nagi, 1991)

จากการศึกษาความชุกของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคกลางพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพถึงร้อยละ 26.4 (นิสากร กรุงไกรเพชร, 2540) ในสถานสงเคราะห์จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุ มีภาวะทุพพลภาพด้านการทำกิจวัตรประจำวันถึงร้อยละ 27 (ธัญลักษณ์ หอบันลือกิจ, 2536) การศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพถึง 206 เท่าของผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี

2.3 ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ภาวะทุพพลภาพ (Disability) เป็นผลกระทบหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Steffen, Hays and Kirshnan, 1999; Kiosses, Murphy and Alexopoulos, 2001; Karp et al., 2009) การศึกษาของ Karp et al. (2009) พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในคลินิกจิตเวชของอเมริกาแห่งหนึ่งจำนวน 244 มีภาวะทุพพลภาพในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ร้อยละ 46.6 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kiosses et al. (2001) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 126 ราย พบว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การซื้อของ การติดต่อด้านการเงิน อยู่ในระดับสูง เฉลี่ย 24.81 (14-27 คะแนน) ซึ่งภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุส่งผลทำให้การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยขาดความอิสระและต้องเปลี่ยนบทบาทไปสู่สถานะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ภัทรารมณ์ วิริยวงศ์, 2551) รวมถึงสูญเสียการแสดงบทบาททางสังคมเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค (Karp et al., 2009)

2.4 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2.4.1 เพศ (Gender) เพศเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างทางสรีรวิทยา สมรรถภาพจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้มากกว่าเพศชาย (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kiosses et al. (2001) ที่พบว่าระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับเพศหญิงและเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนแอทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าเพศชายจึงมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้มากกว่า

2.4.2 อายุ (Age) เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นร่างกายจึงมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) จากการศึกษาของ Kiosses et al. (2001) พบว่าอายุของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และยังพบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Steffens et al., 1999)

2.4.3 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Karp et al. (2009) พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกโดยการเบี่ยงเบนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย จนถึงระดับรุนแรง ถ้าอาการและอาการแสดงรุนแรงมากขึ้น แสดงถึงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และระดับความสามารถของผู้ป่วยก็จะลดลงนั่นคือ ภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Burce, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภา จิรัฐจินตนา (2554) พบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย และมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย เช่นกัน จากเหตุผลดังกล่าวจึงสามารถบอกได้ว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพ

2.4.4 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษา Steffens et al. (1999) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภา จิรัฐจินตนา (2554) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความใกล้ชิดและผูกพัน

กับลูกหลานและครอบครัว และด้วยวัฒนธรรมไทยได้ปลูกฝังในเรื่องของความกตัญญูต่อบิดามารดา และความมีน้ำใจ ช่วยเหลือผู้อื่นอยู่เสมอ หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนครบทุกด้าน จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสามารถลดภาวะทุพพลภาพได้

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพวัยท้อในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางลบกับภาวะทุพพลภาพ คือ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การลดลงของภาวะทุพพลภาพได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ในการทำโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้

2.5 การประเมินภาวะทุพพลภาพ

การประเมินภาวะทุพพลภาพ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของการประเมินภาวะทุพพลภาพ คือ การวัดสมรรถภาพที่ต่ำกว่าปกติ ซึ่งการกำหนดเกณฑ์ ของภาวะทุพพลภาพมีความยากลำบาก ดังนั้น วิธีการวัดที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโดยทั่วไป คือ การวัดสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ โดยกิจกรรมที่เลือกใช้ จะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่โดยทั่วไปและบุคคลที่สุขภาพปกติโดยทั่วไปสามารถกระทำได้ กิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการวัดภาวะทุพพลภาพ (Functional disability) จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) โดยแบ่งออกเป็น “กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน” (Basal activity of daily living) เป็นเรื่องของ Personal care ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการใส่เสื้อผ้า ความสามารถในการใช้ห้องสุขา/อาบน้ำ/ เป็นต้น อีกระดับหนึ่ง คือ “กิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต” (Instrumental activity of daily living) เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน ได้แก่ ความสามารถในการทำความสะอาดบ้าน การไปจ่ายตลาด การรับประทานยา หรือความสามารถในการประกอบอาหาร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2537; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552) ซึ่งการวัดภาวะทุพพลภาพโดยใช้กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน

วิธีการวัดที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป คือการวัดว่าสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ โดยกิจกรรมที่เลือกใช้จะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่โดยทั่วไปและบุคคลที่มีสุขภาพปกติโดยทั่วไปสามารถกระทำได้ กิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการวัดภาวะทุพพลภาพ(functional disability) จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (activity of daily living) โดยแบ่งออกเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติพื้นฐาน (basal activity of daily living; ADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการใส่เสื้อผ้า ความสามารถในการใช้ห้องสุขา หรืออาบน้ำเป็นต้น อีกระดับหนึ่ง คือ กิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิต (instrumental activity of daily living; IADL) ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการทำความสะอาดบ้าน หรือความสามารถในการประกอบอาหาร เป็นต้น การทำแบบทดสอบ หรือมาตรวัดที่อาศัยการเลือกกิจกรรมที่ทำได้ หรือตำแหน่งของกิจกรรมอันดับสุดท้ายที่ปฏิบัติได้ และจัดเรียงกิจกรรมตามลำดับความยากเป็นคะแนนตัวอย่างแบบทดสอบเหล่านี้มีมากมาย ได้มีผู้ศึกษาได้รวบรวมและนำเสนอไว้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544; Morris and Morris, 1998; Clare, Jordan & Croft, 2002) ดังนี้

2.5.1. Katz Index of ADL เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นแบบประเมินตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการประกอบกิจกรรม โดย Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe เมื่อปี

1963 ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดในเครื่องมือทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะ และการรับประทานอาหาร แบบวัดนี้มีการให้คะแนนความสามารถเป็น 2 ลักษณะ (dichotomous) คือ ความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง และการประกอบกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุและผู้เจ็บป่วยเรื้อรังดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย มาร์โฮนี และบาร์เธล(Mahoney and Barthel) ในปี 1965 เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดในเครื่องมือทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัวขึ้นลงเตียง สุขวิทยาส่วนบุคคลการอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได การเดิน การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ในแต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งแบบวัดนี้มีคะแนนความสามารถสูงสุด100 คะแนน ความสามารถต่ำสุด 0 คะแนน สำหรับคุณภาพเครื่องมือได้มีผู้วัดหาค่าความเที่ยงโดยวิธีวัดซ้ำ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความพิการรุนแรง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

2.5.2. The Instrument Activities of Daily Living Scale ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย ลอร์ตันและโบรดี(Lowton and Brody) ปี 1969 เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดในเครื่องมือทั้งหมด 8กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการเรื่องการเงิน โดยวัดเป็นคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองแต่มีข้อจำกัด คือ คะแนนที่ให้ จะจัดเป็นคะแนนสำหรับเพศชาย และเพศหญิง โดยในส่วนของกิจกรรมได้แก่ การเตรียมอาหาร กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานบ้านและการซักผ้า จะไม่มีคะแนนสำหรับเพศชาย

2.5.3. แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Perception of Function Ability Scale; PFAS) สร้างโดย Nakagawa-Kogan ในปี 1996 เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถทางด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 23 ข้อคำถาม โดยจัดเป็น 5 หมวด ได้แก่ กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล 5 ข้อ กิจกรรมในบ้าน 5 ข้อ กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ 4 ข้อ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม 5 ข้อ กิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจ 4 ข้อ มี

การวัดระดับคะแนนเป็นแบบ visual analogue scale ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร บนเส้นตรงจะกำหนดความมั่นใจในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ตั้งแต่ไม่มีความมั่นใจเลย มีค่าคะแนนเป็น 0 ไปจนถึงมีความมั่นใจมากที่สุดมีค่าคะแนนเป็น 100

2.5.4.Chula ADL Index (CAI) (Jitapunkul, 1994) เพื่อประเมินระดับภาวะทุพพลภาพเนื่องจาก ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและปรับคำถามให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย และใช้อย่างแพร่หลาย และได้มีรายงานการศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในระดับชาติแบบประเมินนี้ครอบคลุม กิจวัตรประจำวัน (ADL) และ กิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อดำรงชีวิต (IADL) ตามนิยามของ Barker (1998) จะทำให้ง่ายต่อการเปรียบเทียบและสามารถประเมินว่าผู้สูงอายุ มีภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพิงผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจในชีวิตจริงได้ โดยพิจารณากิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน นอกจากจะมีประโยชน์ในการวัดภาวะทุพพลภาพโดยตรงแล้ว ยังมีประโยชน์ในการวัดภาวะพึ่งพิงของผู้ทุพพลภาพ แสดงถึงความต้องการที่อาจมีอยู่ ความจำเป็นของการช่วยเหลือ และ

เพื่อการพิจารณาชนิดหรือสิ่งที่จะให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม ดังนั้นการวัดภาวะทุพพลภาพโดยวิธีนี้ จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในเชิงปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริการทางการแพทย์ การบริการทางสังคม หรือวางแผนนโยบายฝ่ายบริหาร

2.5.5. Late-Life Function and Disability Instrument เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Jette,Haley and Kooyoomjian (2004)ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมหาวิทยาลัย Boston แปลเป็นภาษาไทยโดย นภา จิรัฐจินตนา (2554) เครื่องมือในการประเมินภาวะทุพพลภาพสำหรับผู้สูงอายุเมื่ออยู่ที่บ้าน และในชุมชน โดยประเมินผลลัพธ์และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของผลลัพธ์ 2 ประการ คือ การทำหน้าที่ และภาวะทุพพลภาพ เป็นการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุในด้านบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ตามแนวคิดของ Nagi (1991) มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อคะแนนรวม 80 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 องค์ประกอบคือ

1) การแสดงบทบาทเกี่ยวกับสังคม (Societal) เช่น การอยู่ร่วมกัน การไปมาหาสู่ซึ่งกันและกัน (Societal) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำด้วยตนเองในสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้แก่ การเขียนจดหมาย การส่งอีเมล การเยี่ยมเยียนเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว การดูแลจัดการตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การไปจ่ายตลาด การทำความสะอาดบ้าน และการซ่อมแซมบ้าน การใช้เวลาบางส่วนสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ การดูแลเรื่องการเงิน รายรับ- รายจ่ายภายในสมาชิกในครอบครัว การเที่ยวนอกเมืองหรืออย่างน้อยการพักผ่อนที่บ้านคนอื่น การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียกรถสาธารณะตามบทบาทของตน

2) การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal role) ซึ่งหมายถึงการกระทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) ได้แก่ การเดิน การวิ่ง การขึ้น-ลงบันไดการถือของ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การกลั่นปัสสาวะ การยกน้ำหนัก การเดินแอร์โรบิค เป็นต้น

การแปลผลของเครื่องมือฉบับดั้งเดิม จะเป็นการแปลผลทั้ง 16 ข้อ โดยคิดคะแนนเป็นร้อยละผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ของเครื่องมือทั้งหมด หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพไม่ดี แบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาประเมินในผู้สูงอายุที่มีโรคต่าง ๆ Karp et al.(2009)ได้นำเครื่องมือไปประเมินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจำนวน 313 ราย ได้ค่าความเที่ยง = .84 และ นภา จิรัฐจินตนา (2554) ได้นำเครื่องมือมาพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทยและนำไปใช้ทดลองกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 30 คน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

สรุป จากการทบทวนการประเมินภาวะทุพพลภาพมีแบบวัดที่ใช้ในการประเมินหลายแบบด้วยกัน แต่ส่วนใหญ่เป็นการวัดการกระทำกิจวัตรประจำวันด้านเดียว ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Late-Life Function and Disability Instrument เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Jette,Haley and Kooyoomjian (2004) เป็นการวัด เนื่องจากเครื่องมือนี้มีการแบ่งการวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ บทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคมซึ่งตรงกับกรอบแนวคิด ความหมายของภาวะทุพพลภาพของ Nagi (1991) ซึ่งผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นกลไกอย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกัน และ ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของคุณค่าในสังคมว่าได้มีการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงเจตนาที่จะสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ของคุณค่าตามบทบาทต่างๆ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมได้มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้นจะทำให้บุคคลเกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเองและสามารถแก้ปัญหาได้ เหมาะสม นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวจะส่งเสริมให้บุคคลมีความกล้าที่จะเผชิญกับความเครียด โดยช่วยจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึก ปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีหลายแนวคิด ดังนั้นจึงได้ มีการศึกษาค้นคว้า และให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน ดังนี้

3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้รับรู้ว่าคุณค่ามีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นถึงคุณค่า ยกย่องนับถือ และรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์กันหรือจากความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูล ข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ

Brandt & Winert (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวมาจาก แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความหลากหลาย

House (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การยอมรับนับถือ เห็นถึงคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Thoit (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือจากการมีการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคมในด้านอารมณ์สังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

จากที่กล่าวมาความหมายการสนับสนุนทางสังคมพอสรุปได้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางจิตวิทยาและการสนับสนุนด้านสิ่งของที่จับต้องได้ จากครอบครัวและสังคม โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีเพื่อบรรลุถึงความผาสุกโดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งการวิจัยนี้ โดยการบูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus

(1981) โดยให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทำให้บุคคลเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมไปถึงรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และผูกพันซึ่งกันและกัน เพื่อทำให้เกิดความพอใจ เป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแลเพื่อให้มีภาวะสุขภาพกายและใจที่ดี

3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระต่อกัน โดยมีหน้าที่ในการสนับสนุน 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่น ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล

3.3 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม

House (1985) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยส่งเสริมหรือต่อต้านผล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง 3 วิธี ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มสุขภาวะที่ดีได้โดยตรง เพราะมีความสำคัญต่อความต้องการของมนุษย์ในด้านอารมณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมิน โดยเฉพาะในระหว่างช่วงการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ให้ผลทางบวกในการสนับสนุนด้านสุขภาพ หรือขัดเซยผลของการเปลี่ยนแปลงในทางลบได้
2. การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดระดับของการปรับตัวที่ไม่ดีได้หลายวิธีดังนั้นก็จะเป็นการพัฒนาสุขภาพได้โดยตรง เช่น ลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจ และประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง
3. การสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันผลร้ายจากภาวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลง และช่วยในการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวในช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

สรุปคือ หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยยกระดับของสุขภาพ ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิตในหลายด้านด้วยกลไกหลายอย่าง กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมเป็นพลังในการจัดการปรับตัวที่ไม่ดีจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั่นเอง

3.5 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ 3 ประการ คือ (สรินดา น้อยสุข. 2545: 23)

1. เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน
2. ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้มีความพร้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเต็มที่
3. เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของอันตราย หรือความเครียดที่ประสบอยู่ เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้อาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจดีขึ้น ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกช่วงวัย มีลักษณะเครือข่ายที่ต่องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ความคิด ความรู้สึก เพื่อให้ตนเองเกิดความรูสึกมั่นคงปลอดภัย เป็นที่รักและต้องการของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ในวัยผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต และเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.6 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายมิติ และเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง แต่ยังไม่มีความนิยมอย่างรัดกุม จึงทำให้มีการสร้างเครื่องมือหลากหลายแตกต่างกันไป บางชนิดใช้วัดเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านเดียว บางชนิดประเมินทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ถึงลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

ซึ่งการประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ พบว่ามีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบโดยแบบวัดที่มีผู้นิยมนำไปใช้มีดังนี้

1. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1967) ซึ่งสร้างโดย Kaplan ลักษณะเครื่องมือ จะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เครื่องมือนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป ไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้ (Turner, 1981)
2. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn ที่เรียกว่า Norbeck social support questionnaire part two คำถามเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด ลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วนให้ค่า 5 ระดับวัดได้ทั้งปริมาณและการสนับสนุนทางสังคม
3. แบบวัดการสนับสนุนทางด้านสังคมของ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่มีความหมายทางบวก ทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินตามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก

มากที่สุด และผ่านการตรวจสอบการหาความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค .91

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547) ในการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เนื่องจากข้อคำถามสามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมทางด้านจิตใจ (psychological support) และการสนับสนุนด้านสิ่งของที่จับต้องได้ (tangible support) มีความครอบคลุมการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งภาษาที่ใช้ยังเข้าใจง่าย

4. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลด

ภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตของชีวิต หากบุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้น (Brandt & Weinert, 1981) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล (Norbeck, 1982) และยังทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาจะได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือและมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถให้สิ่งที่ดีให้การบริการและการป้องกันให้กันและกัน ในเวลาคับขันหรือเวลาเกิดอันตราย (Cobb, 1976) ช่วยให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง และส่งผลให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ช่วยลดภาวะทุพพลภาพได้อีกด้วย

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม อาจกล่าวได้ว่า การแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของนักวิชาการหลายๆ ท่านมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) กล่าวคือ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง 3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งตามแนวคิดของ Cobb (1976) ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ อย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความต้องการได้รับความเข้าถึงด้านบริการ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (Steffen, Hays and Kirshnan, 1999; Kiosses, Murphy and Alexopoulos, 2001; Karp et al., 2009) หากต้องการลดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ได้แบ่งการสนับสนุน 3 ด้านคือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนมความผูกพัน

ความอบอุ่น ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ 2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ 3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล โดยนำแนวคิดมาประยุกต์ใช้และ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมทางจิตวิทยา และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของที่จับต้องได้ เพื่อทำการศึกษากการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งครอบคลุมการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และส่งผลให้เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ และมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม จากนั้นกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะทุพพลภาพวัยชราในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ คือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) 3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) 4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) 5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นแบบกิจกรรมรายสัปดาห์ในครอบครัว ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ครั้งละประมาณ 45 - 60 นาที จำนวน 5 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรักความใส่ใจในสมาชิกในครอบครัว เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotionnal Support) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่สมควร ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในตนเองและสามารถลดภาวะทุพพลภาพได้ ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมได้แก่

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัว และให้สมาชิกแนะนำตัว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมและข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว) ประเมินปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

3. เริ่มทำกิจกรรม “บ้านแสนสุข” ผู้วิจัยแจกกระดาษและอุปกรณ์ในการวาดภาพ ให้ผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัว ร่วมกันวาดภาพบ้าน และให้พูดถึงความรู้สึกที่มีขณะวาดภาพว่ารู้สึกอย่างไร และหลังจากนั้นจำลองสถานการณ์ที่ฉุกเฉินให้ผู้ป่วยและตั้งคำถามว่าหากเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น จะปรึกษาใครและเพราะอะไร หลังจากนั้น ไปถามสมาชิกในครอบครัวว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร เพื่อประเมินสัมพันธ์ภาพภายในสมาชิกในครอบครัวและ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความหวังใจและและได้รับการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังช่วยลดภาวะทุพพลภาพ

4. ให้สมาชิกสรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องที่ได้ข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวสรุป

5. นัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 รู้ทันโรคไว้ ห่างไกลทุพพลภาพ เป็นการเข้าถึงทรัพยากรของผู้ป่วยเป็นแนวคิด การสนับสนุนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) กิจกรรมนี้เป็นการให้ความรู้และ ร่วมกันวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อาการจากการรับประทานยาต้าน เสร้า เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ใช้เวลา 60 นาที

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และปัญหาต่าง ๆ ที่พบระหว่างการเข้าโปรแกรม และประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้ป่วย ที่มีต่อ ภาวะทุพพลภาพวัยสูงอายุของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รวมไปถึงการดูแลรักษาและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ

2. เกมบัตรคำ รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ โดยพยาบาลเป็นกรรมการอ่านคำสั่ง ให้ผู้ป่วย และญาติเป็นผู้เล่นเกมบัตรคำ ซึ่งจะสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุ การ จัดการดูแล และภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วย สาเหตุ การป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวฝึกวิเคราะห์ข้อมูล หาหนทางไปสู่เป้าหมาย ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค ซึมเศร้า ภาวะทุพพลภาพ และการดูแล และสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย ความเครียด ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 60 นาที

3. ประเมินย้อนกลับและทบทวนเนื้อหา ที่เรียนมา และตั้งสถานการณ์หากเกิดเหตุการณ์ แบบนี้ขึ้น จะต้องทำอย่างไร เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ครั้งที่ 3 การยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกในครอบครัว เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ สมาชิกในครอบครัวยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจกัน และรับฟังความคิด รวมถึงปรับทัศนคติให้ ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมด้านการ ยอมรับยกย่อง (Esteem support) โดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถยอมรับซึ่งกันและกัน รู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดำรงชีวิตที่ผ่านมา และความ ภาคภูมิใจของตนเองให้กับสมาชิกในครอบครัวรับทราบ ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2. ทำกิจกรรม “อุ่นไอรัก” เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ภายในสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลาร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวเข้าหากันและยอมรับกันมากขึ้น ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3. สรุปเกี่ยวกับกิจกรรมและชื่นชมผู้ป่วย การทำกิจกรรมนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามี ค่า และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำกิจกรรม ต่าง ๆ ได้ ก็จะสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ และส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4. . นัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่ชุมชน กิจกรรมนี้เป็นแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในสมาชิกในครอบครัว และสังคมของ ตนเอง ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการสื่อสาร การพูดเชิงบวกระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้วิจัย สรุปประเด็น เตรียมพร้อมให้กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและมีส่วน

ร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ส่งเสริมให้พาผู้ป่วยไปร่วมกิจกรรมของชุมชน ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

1. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารและความจำเป็นในการสื่อสารของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงความจำเป็นในการอยู่ร่วมกันในสังคม ระยะเวลาใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. แสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับทักษะในการสื่อสารเป็นการจำลองสถานการณ์เพื่อทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีความพร้อมในการเข้าสังคม

3. ให้สมุดการบ้านกับผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นตารางเป็นบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน เพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกในครอบครัวพาผู้ป่วยออกไปทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน

4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและนัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน เป็นการเข้าถึงทรัพยากรของผู้ป่วยเป็นแนวคิดการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่นเกมส์ “จับคู่” หลังจากนั้นให้มีการ แลกเปลี่ยนแหล่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ตนเองคิดว่ามีอยู่และตนเองได้รับจากชุมชน หลังจากนั้นผู้วิจัยมูลและคำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เช่นหน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เงิน แรงงานเวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สายด่วนสุขภาพ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ เช่น ประชาสงเคราะห์ เป็นต้น

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์และข้อตกลงในการร่วมกิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรับทราบ แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ในชุมชน ที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

2. ทำกิจกรรมเกมส์ จับคู่ ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวฟังสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและช่วยกันวิเคราะห์ว่าต้องทำอะไร และขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานไหน

3. สรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ไปในวันนี้ และดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพ

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะมีการติดตามประเมินผลโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ของ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547) โดยผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้ภาวะสุขภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Oxman (1992) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทดสอบผลของลักษณะเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,962 คน จากสถาบันนิวเฮฟเว่น ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เมื่อปี 1982 แต่ได้รับการรักษาจนดีขึ้นแล้วเมื่อปี 1985พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เพียงพอ เช่น การมีเด็กๆมาเยี่ยมทุกสัปดาห์ มีคนใกล้ชิดสนิทสนมมีผลต่อการหายของภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก

William, Joel, and Cullen (1992) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่ได้

Forsell, Jorn and Winblad (1994) ศึกษาปัจจัยระหว่างอายุ เพศ ความบกพร่องในการรู้คิด และภาวะทุพพลภาพกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยทำการศึกษาที่ประเทศฝรั่งเศส ในผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจำนวน 1,304 ราย การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง(MDD) และ Dysthymia จาก DSM-III-R เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ MMSE ในการประเมินความบกพร่องในการรู้คิด ภาวะทุพพลภาพ (Disability) ใช้เครื่องมือของ Katz index วัดความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน มีข้อคำถาม 6 ข้อผลการศึกษาพบว่า 5.9 % วินิจฉัยเป็น MDD และ 8.3 % เป็น Dysthymia จากประชากรทั้งหมดและพบว่า ผู้ป่วยอายุยิ่งมากขึ้นยิ่งเป็นโรคซึมเศร้าได้มาก ในด้านเพศพบว่าเพศหญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า และพบว่า อายุ เพศ ความบกพร่องในการรู้คิดและภาวะทุพพลภาพในการทำกิจวัตรประจำวันมีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

Alexopoulos, Vrontou, Kakuma et al. (1996) ศึกษาภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 75 รายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีคะแนนซึมเศร้ามากกว่า 17 คะแนน จากการประเมินด้วย HAMD- 24 item เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ มีอาการทางจิต คะแนน Cognitive มากกว่า 15 คะแนน มีโรคประจำตัวรุนแรงหรือเฉียบพลัน มีภาวะสับสน มีภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรงจากการประเมิน Philadelphia Multilevel Assessment Instrument และไม่สามารถสื่อสารได้ ในแผนกจิตเวชที่นิวยอร์ก แบบประเมินภาวะทุพพลภาพในการศึกษานี้ คือ Philadelphia Multilevel Assessment Instrument ผลพบว่า ภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์กับอายุ ($r = 0.22, p < .05$) อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ($r = 0.33, p < .01$) ภาระทางการแพทย์ (Medical burden) ($r = 0.29, p < .01$) และความบกพร่องในการรู้คิด ($r = 0.21, p < .01$) ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับ อายุ ($r = 0.49, p < .01$) ระดับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.35, p < .01$) และการเจ็บป่วยทางกาย ($r = 0.31, p < .01$)

Prince (1997) ได้ศึกษาการขาดการสนับสนุนทางสังคม ความโดดเดี่ยว และเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ในชีวิต โดยการสำรวจผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปี

ขึ้นไป ในลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่า ภาวะซึมเศร้าและจำนวนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ผ่านมา เช่น การเจ็บป่วย ฆ่าตัวตาย และการถูกขโมย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยที่สุดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระดับสูง ซึ่งจำนวนของการขาดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับอายุความบกพร่องทางกาย ความโดดเดี่ยว และการใช้บริการของสถานรับดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด

สมหมาย จันฉวี (2538) ได้ศึกษาการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยใช้การสนับสนุนทางสังคม โดยมีจุดประสงค์ที่จะทดลองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิง ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค ด้วยการให้การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 48 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นจากประชากร 91 คน ตามช่วงอายุ 60 – 69 ปี, 70 – 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ทำการทดลองกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มด้วยการให้การสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวม 11 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 14 ชั่วโมงต่อคน ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง นำแบบสอบถามวัดความซึมเศร้า The CES-D Scale ของ Radloff, L.S. มาวัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดสอบ โดยใช้ t-test และ Analysis of variance ได้ผลการทดลองดังนี้ 1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2. ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร่าลดลงไม่แตกต่างกัน

นภา จิรัฐจินตนา (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชสมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 144 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .275$ และ $r = .395$ ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.478$) โดยปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม อายุ และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสามารถรวมพยากรณ์ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้ร้อยละ 34.0

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นบุคคลที่มีความคิดทางลบ แยกตัวจากสังคม และได้รับการเอาใจใส่ดูแลในเรื่องต่าง ๆ อย่างจำกัด สิ่งที่จะสามารถช่วยลดภาวะทุพพลภาพได้นั้นคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นช่วยให้บุคคลรู้สึกได้รับความรัก มีสังคมที่คอยให้ความช่วยเหลือ ได้รับการยอมรับจากสังคม ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และลดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังกรอบแนวคิดนี้

โปรแกรมการพยาบาลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิด Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ประกอบด้วย

- ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัว
- ครั้งที่ 2 รู้ทันโรคไว้ ห่างไกลทุพพลภาพ
- ครั้งที่ 3 ยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกในครอบครัว
- ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่ชุมชน
- ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน

ภาวะทุพพล
 ภาพวัยท้าย
 ของผู้สูงอายุ
 โรคซึมเศร้า

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest-Posttest Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีจังหวัดราชบุรี ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃	X	O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

O₂ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

O₃ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM - IV(Major Depressive Disorder) ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี

สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 40 ครอบครัว สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน เช่น สามี ภรรยา บุตร หรือญาติ ซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM - IV(Major Depressive Disorder) ที่มารับการรักษาแผนกจิตเวชงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) และไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

2. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จำนวน 40 ครอบครัว สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน เช่น สามี ภรรยา บุตร หรือญาติ ซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในจังหวัดราชบุรี

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ประเมินระดับความซึมเศร้าจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง)
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) โดยมีคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. เป็นผู้มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เกี่ยวข้องเป็นสามี ภรรยา บุตร หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
3. มีการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

การกำหนดกลุ่มขนาดตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง และกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีค่ามากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ไดจากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้น และมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งย่อมมีผลทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นก็คือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มและประชากรได้ดีที่สุด (Burns&Grove,2001:247) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัย ครั้งนี้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จับคู่ (Pair Matching) กลุ่มละ 20 คน รวมเป็นจำนวน 40 คน และสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ผู้วิจัยได้ทำการจับคู่ (Pair Matching) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยให้มีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องต่อไปนี้

อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในการทำกิจวัตรประจำวันและในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ $P < 0.01$ (Kiosses Et Al.,2001, Alexopoulos, Et Al.,1996) นอกจากนั้นยังพบว่า อายุ เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Steffens, Hays And Krishnan, 1999)

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Karp Et Al., 2009) และพบว่า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนาย ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Kiosses Et Al., 2001; Alexopoulos Et Al., 1996; Steffens Et Al, 1999)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลราชบุรี เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2556 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการ วิจัย เป็นความลับ และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วน ได้แก่

2.1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และโรคประจำตัว

2.2. แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Jette, Haley And Kooyoomjian (2004) ตามแนวคิดของ Nagi (1991) เป็นการประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุในด้านบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย นภา จิรัฐจินตนา (2554) และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใช้เทคนิคแปลเครื่องมือ แบบการแปลย้อนกลับ (Back-Translation) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 2 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ก่อนนำไปใช้ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อคะแนนรวม 80 คะแนน แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1) การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal Role) ได้แก่ข้อ 4,7,8,10,13,15 และ16

2) ความสม่ำเสมอในการแสดงบทบาททางสังคม (Social Role) ได้แก่ข้อ 1,2,3,5,6,9,11,12 และ 14แบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ความถี่ของการทำกิจกรรมนั้นเป็น

5 = บ่อยมา

4 = บ่อยๆ

3 = บางครั้ง

2 = แทบไม่เคย

1 = ไม่เคย

การแปลผลคะแนน แบบสอบถามนี้มีคะแนนระหว่าง 16-80 คะแนน มีทั้งการประเมินภาวะทุพพลภาพรายด้าน ได้แก่ การแสดงบทบาททางสังคม การแสดงบทบาทส่วนบุคคล และการประเมิน ภาวะทุพพลภาพโดยรวม โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้

แบ่งเกณฑ์ระดับภาวะทุพพลภาพโดยรวมดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 25 หมายถึง มีระดับภาวะทุพพลภาพรุนแรง

คะแนนระหว่าง 26 - 33 หมายถึง มีภาวะทุพพลภาพปานกลาง

คะแนนระหว่าง 34 - 55 หมายถึง มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 56 หมายถึง ไม่มีภาวะทุพพลภาพ

ภาวะทุพพลภาพรายด้าน โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้

ภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาททางสังคม

คะแนนน้อยกว่า 13 หมายถึง มีระดับภาวะทุพพลภาพรุนแรง

คะแนนระหว่าง 14 - 19 หมายถึง มีภาวะทุพพลภาพปานกลาง

คะแนนระหว่าง 20 - 34 หมายถึง มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย

คะแนนมากกว่า 35 หมายถึง ไม่มีภาวะทุพพลภาพ

ภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล

คะแนนน้อยกว่า 11 หมายถึง มีระดับภาวะทุพพลภาพรุนแรง
 คะแนนระหว่าง 12 - 16 หมายถึง มีภาวะทุพพลภาพปานกลาง
 คะแนนระหว่าง 17 - 26 หมายถึง มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย
 คะแนนมากกว่า 27 หมายถึง ไม่มีภาวะทุพพลภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

3. เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

3.1 แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) และ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE -Thai 2002) คือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) โดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน ทั่วประเทศไทย อายุระหว่าง 60 - 70 ปี เป็นชาย 121 คน และหญิง 154 คน ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยสูตร KR - 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเท่ากับ .94 และผู้สูงอายุชาย เท่ากับ .91 ค่าความเที่ยงรวม .93

ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยกำหนดดังนี้

“ใช่” คือ ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

“ไม่ใช่” คือ ข้อความที่ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน

โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 0 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน และอีก 20 ข้อเป็นข้อคำถามในทางด้านลบ ประกอบด้วย ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จะอยู่ในช่วง 0 - 30 คะแนน แบ่งช่วงคะแนน เป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 - 12 เป็นค่าปกติ

คะแนน 13 - 18 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19 - 24 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25 - 30 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบวัด ความความเศร้าในผู้สูงอายุไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ไปใช้กับผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .85 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .88 คือ

3.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002) เป็นแบบที่ใช้ทดสอบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง 5 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ ความสนใจ และการคำนวณ มีคำถาม 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ซึ่งมีจุดตัด (Cut - Off Point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment) ดังนี้คือ

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก- เขียนไม่ได้) มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22

คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002) ไปใช้กับผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) จากการคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือพบว่ามีความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .83 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

4.1. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนด้านสังคม ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547) ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของCobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) และ นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลาถึงไม่เป็นจริงเลยประกอบด้วยคำถาม จำนวน 25 ข้อ โดยคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) จำนวน 5 ข้อ
- 2) การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (Esteem Support) จำนวน 5 ข้อ
- 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) จำนวน 5 ข้อ
- 4) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) จำนวน 5 ข้อ
- 5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การคิดคะแนนมีดังนี้	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
มาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนน ทุกข้อมารวมกัน วิเคราะห์ โดยแยกแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยจัดช่วงคะแนน ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

ปานกลาง

- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

เกณฑ์การกำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การทดลองว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางขึ้นไป และหากภายหลังการประเมินพบว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้ามียังมีคะแนนที่ไม่ผ่านตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร่ารายนั้น เพื่อร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค ว่ายังขาดการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องใด เพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนนั้นๆ จนกว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (เสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยผู้วิจัยได้ทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองทันที พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ นั่นคือมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (ร้อยละ 80)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Cvi) เท่ากับ .93 ดังนั้นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นในครั้งนี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 11 ปรับข้อความจาก “เมื่อท่านเกิดเจ็บป่วยจากอดีตจนถึงปัจจุบันท่านยังคงไปมาหาสู่กับคนอื่นๆ สม่ำเสมอ” เป็น “ตั้งแต่เจ็บป่วยจากอดีตจนถึงปัจจุบันท่านยังคงไปมาหาสู่กับคนอื่นๆ สม่ำเสมอ”

ข้อ 23 ปรับข้อความจาก “มีคนบอกหรือเตือนให้ท่านปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามที่ได้รับการแนะนำจากแพทย์” เป็น “มีคนคอยบอกกล่าวหรือเตือนให้ท่านปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามที่ได้รับการแนะนำ”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัยสูงอายุ โรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83 และนำไปใช้จริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุน โดยกำหนดกิจกรรม มีทั้งหมด 5 ครั้ง ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า และแต่ละกิจกรรมผู้ศึกษาใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของCobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) มาใช้ในการบูรณาการในการดำเนินกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

4.2.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุ โรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม

4.2.2 ค้นคว้าโดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยอายุโรคซึมเศร้า

4.1.3 สร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของCobb (1979) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) การดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัว การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคมทั้งกลุ่มปฐมภูมิหรือกลุ่มทุติยภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดกลไกการป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ ส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและความหมายและเกิดอารมณ์ที่มั่นคง จะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย จึงช่วยลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า รวมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 60 นาที

ครั้งที่ 2 รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ การสนับสนุนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การใช้ยาต้านเศร้า ผลข้างเคียงของยา และการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การเสริมความรู้เรื่องการเจ็บป่วยของโรคที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นต้องเตรียมพร้อมซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ช่วย

เพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยเสริมความมั่นใจ ในการนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อีกด้วย

ครั้งที่ 3 การยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) เป็นการรับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจ ตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคง และเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตน การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมจนสำเร็จจะเกิดความภาคภูมิใจ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่น เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และลดภาวะ ทุพพลภาพได้อีกด้วย

ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่ชุมชน การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของ เครือข่ายทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุ โรคซึมเศร้า จะมีความรู้สึกด้านลบและคิดว่าตนเองไม่มี ความหมาย สังคมไม่ยอมรับ และไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นในสังคมได้ ดังนั้น การให้ความรู้และฝึก ทักษะการสื่อสารให้กับผู้ป่วยจะเป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถสื่อสาร และสามารถเข้ากับบุคคลในสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไม่รู้สึกแปลกแยกอีกทั้งการที่ให้ผู้สูงอายุสามารถ จัดการกับการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จะเพิ่มคุณค่าทางด้านจิตใจ และลดภาวะทุพพลภาพ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) นอกจากนี้ผู้สูงอายุก็จะสามารถดูแลตนเอง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพ

ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ หรือบริการ (Tangible Support) แหล่งทรัพยากรในชุมชนสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สถานที่ กลุ่มบุคคล ชมรมเครือข่ายต่างๆ เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการรับรู้แหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความช่วยเหลือเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้อื่น ได้รับรู้ ถึงความต้องการของตนเอง รวมถึงมีผลทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจาก สังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง มีการช่วยเหลือที่ระหว่าง ผู้ดูแลด้วยกันเอง ทำให้ไม่รู้สึกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึง วิธีการขอความช่วยเหลือ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการแนะนำให้รู้จักกับแหล่งสนับสนุน ทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น จะสามารถทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวดูแลตนเองในภาวะวิกฤตได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้พัฒนาขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ใบกิจกรรมที่ 2 ให้เพิ่มแบบฟอร์มในการบันทึกความรู้สึกเกี่ยวของผู้ป่วยกับการทำกิจกรรมบ้านแห่งความรัก

ครั้งที่ 2 เรื่องบัตรคำที่ใช้ในการถามคำถามควรปรับขนาดให้ใหญ่กว่านี้เพื่อการมองเห็นที่ชัดเจนของผู้ป่วย และคำถามที่ใช้ให้ปรับให้ง่ายขึ้นและชัดเจนเพื่อความเข้าใจของผู้ร่วมทำกิจกรรม

ครั้งที่ 4 ในใบบันทึกกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคม ควรแยกให้เป็นหมวดหมู่มากขึ้น และมีการเว้นที่ว่างไว้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการคิดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นความมีส่วนร่วมในครอบครัว

ครั้งที่ 5 ในคู่มือเรื่องโรคซึมเศร้า ที่ให้กับผู้ร่วมกิจกรรมให้เพิ่มในเรื่องของเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินในการติดหากผู้ป่วยมีปัญหาเพื่อสะดวกและครอบคลุมในเนื้อหาที่ต้องใช้

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 4 คน โดยดำเนินจนครบทั้ง 5 ครั้ง เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่ต้องอธิบายขั้นตอนซ้ำหลายครั้ง ดังนั้น ผู้วิจัยต้องคู่มือการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ให้ง่ายขึ้น มีการอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความสนใจในการร่วมกิจกรรม แต่เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวทั้งหมด 5 ครั้งต่อเนื่องในผู้ป่วยบางครอบครัวที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ส่งผลต่อการทำกิจกรรม

เนื่องจากมีอาการของโรคเกิดขึ้น เช่น มึนงง เวียนศีรษะ เหนื่อย เป็นต้น ในบางรายผู้ดูแลผู้ป่วยต้องทำงานนอกบ้านในตอนกลางวันจึงไม่สามารถให้ความรู้ได้ทั้งครอบครัว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมบ้าง ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้โปรแกรม มาปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง โดยผู้วิจัยเดินทางไปทำกิจกรรมในแต่ละครั้งที่บ้านของผู้ป่วยและนัดในเวลาของผู้ป่วยและผู้ดูแลสะดวก ทั้งนี้เพื่อความครบถ้วนในการทำกิจกรรมและความสมบูรณ์มากที่สุดของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยการดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยต้องมีความพร้อม โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกทักษะความชำนาญในการทำกลุ่มบำบัด ในบทบาทผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งฝึกปฏิบัติการบำบัดแบบรายบุคคล จนสามารถดำเนินการบำบัดแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลได้ด้วยตนเอง ภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศและพยาบาล ผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 3 หน่วยกิต การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อให้การทดลองดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมความพร้อมของเครื่องมือในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) และแบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) เครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยโรงพยาบาลราชบุรี

1.4 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวช งานผู้ป่วยนอกโดยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน แล้วขออนุญาตดูแลเพิ่มประวัติการรักษา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่ม

1.6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Pre-Test) และแบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1.7 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Pair Matching) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อายุ คะแนนของภาวะซึมเศร้า แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (แสดงในภาคผนวก ตารางที่ 2) จากนั้นผู้วิจัยมีการดำเนินการในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ดังนี้

1.7.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และให้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับอาการซึมเศร้าและแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Pre - Test) และแบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมรายครบครันในครั้งที่ 5 ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการกำกับทดลองโดยให้ตอบแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และแบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) (Post - Test)

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ เมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้สถานที่เป็นที่บ้านของผู้ป่วย

1.7.2. กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และให้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับอาการซึมเศร้า แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) (Pre - Test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การและประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น

3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในอีก 5 สัปดาห์ที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือใน การตอบแบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) (Post - Test)

2. ขั้นตอนการทดลอง

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่าง สัปดาห์ที่ 1-5 ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้ ดังตารางที่ 1 (ภาคผนวก)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรักความใส่ใจในสมาชิกในครอบครัว

สาระสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุดเป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รู้สึกไว้วางใจ การรับฟัง ตลอดจนการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคมทั้งกลุ่มปฐมภูมิหรือกลุ่มทุติยภูมิ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เกิดภาวะทุพพลภาพต้องได้รับการดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทำให้เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า รวมทั้งขาดความมั่นคงทางจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่าการสนับสนุนด้านอื่นๆ (Wortman & Conway, 1985) โดยช่วยบรรเทาและให้สามารถปรับตัวได้ในสถานการณ์ความเครียดนั้น (Callaghan & Morrissey, 1993) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านอารมณ์นี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการความดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะทำให้เกิดกลไกการป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ ส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและความหมาย (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532) และการเกิดอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่าจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) จึงช่วยลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
2. สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวยอมรับผู้ป่วย
3. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและครอบครัว

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษวาดรูปสีขาว ดินสอ ยางลบ ปากกา หรือดินสอสี สำหรับวาดภาพและระบายสี

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

3. สมุดบันทึกด้วยรักจึงดูแล

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพโดยการจัดเตรียมสถานที่ให้มีบรรยากาศเหมาะสม

เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และกล่าวทักทายผู้รับป่วยและสมาชิกครอบครัว ด้วยท่าที่เป็นมิตร แนะนำตัวผู้วิจัยและให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวกล่าวแนะนำตนเองเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลในการพบกันครั้งแรก

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมอธิบายถึงขั้นตอนของการเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมในเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเป็นการให้ข้อมูลรายละเอียดต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับ แนวทางของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

3. ผู้วิจัยสร้างข้อตกลง กำหนดจุดมุ่งหมาย วางแผนการทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างข้อตกลงว่าผู้ป่วยจะมีการสำรวจตนเอง และเปิดเผยความคิดความรู้สึกขณะทำกิจกรรมและสร้างข้อตกลงในการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวต่อการทำกิจกรรม นำเข้าสู่กิจกรรมบ้านแห่งความรัก

4. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1 พร้อมอุปกรณ์วาดภาพ โดยให้ร่วมกันวาดรูปที่เกี่ยวข้องกับบ้านอย่างอิสระและตั้งชื่อบ้านหรือไม่ก็ได้ (ยกตัวอย่างชื่อ บ้านของเรา บ้านแห่งความรัก บ้านแห่งความสุข) ใช้เวลา 30 นาที

5. เมื่อวาดเสร็จผู้วิจัยกระตุ้นถามถึงสิ่งที่ได้ในใบงานที่ 2 จากการวาดภาพบ้านหรือครอบครัวร่วมกัน ถามถึงสิ่งที่เห็นในภาพที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น ถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อช่วยกันสร้างบ้านสำเร็จ ตัวอย่างคำถามเช่น

“ รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรมที่ร่วมกันทำ ”

“ อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไรในความคิดท่าน ”

“ ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร ” และ “ ต้องทำอย่างไร ”

“ ถ้าสมาชิกในบ้านสามัคคีร่วมกันทำกิจกรรมผลออกมาจะเป็นอย่างไร ”

6. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและการนำไปใช้เช่น การยอมรับความคิดของผู้อื่น การยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสภาพปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก เพื่อความเข้าใจตรงกันกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

8. ยุติการทำกิจกรรม และนัดหมายในครั้งต่อไป ให้กำลังใจแสดงความใส่ใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกประทับใจ เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน

การประเมิน

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดการซักถามปัญหาต่างๆ ในครั้งแรกพบว่า สมาชิกในครอบครัวให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ยิ้มแย้มแจ่มใส ดีใจที่ได้เข้าร่วมการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจก “สมุดบันทึกด้วยรักจึงดูแล” และอธิบายกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวว่า ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งจะนำสมุดเล่มนี้มาด้วยทุก

ครั้ง และหลังจากทำกิจกรรมเสร็จจะได้รับสติ๊กเกอร์รูปหัวใจ เมื่อทำกิจกรรมครบ 5 ครั้ง จะนำสมุดเล่มนี้กลับมาเพื่อรับรางวัล ผู้ป่วยและสมาชิกให้ความสนใจในเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“ปารู้สึกดีใจที่ได้กิจกรรมครั้งนี้”

“บางทีลูกก็อยู่กับหลาน 2 คน ไม่มีใครมาดูแล ไม่รู้ไอ้ที่เป็นอยู่มันเป็นยังไง คุณพยาบาลมา ลูกก็ดีใจนะที่มีคนมาเยี่ยมลูก”

เริ่มทำกิจกรรมครั้งที่ 1 บ้านแห่งความรัก ให้ร่วมกันวาดภาพบ้านและระบายสี ตามความคิดของท่าน พร้อมร่วมกันตั้งชื่อ (โดยใช้เวลา 30 นาที) หลังจากที่ทำภาพเสร็จผู้วิจัยถามคำถามกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

คำถาม : รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรมที่ร่วมกันทำ

“ รู้สึกได้ทำอะไรที่ไม่เคยทำ”

“รู้สึกดีใจที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เพราะปกติลูกสาวกลับมาจากที่ทำงานก็เหนื่อย แล้วก็ต่างคนต่างอยู่”

“รู้สึกยังไม่ค่อยชินกับการทำอะไรด้วยกัน เพราะปกติต่างคนต่างทำงาน ไม่ค่อยมีเวลาคุยกันเท่าไร”

คำถาม : อยากให้บ้านที่ร่วมกันสร้างเป็นอย่างไรในความคิดท่าน

“อยากให้เป็นบ้านที่มีแต่รอยยิ้ม มีเงินใช้เยอะๆ ลูกๆ จะได้อยู่ข้างๆ ”

“อยากให้เป็นบ้านที่อยู่พร้อมกันทั้งครอบครัว”

“ไม่อยากให้ลูกกับหลานทะเลาะกันเพราะฟังก็ครั้งแล้วรู้สึกเศร้าใจ”

คำถาม : ท่านอยากให้สมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร และ ต้องทำอย่างไร

“ อยากให้คนในบ้านพูดคุยกันดีๆ ไม่มีทะเลาะกัน จะใช้เหตุผลในการคุยกันมากขึ้น ถ้ามีปัญหาเราจะไม่ใช่อารมณ์”

“ อยากให้สมาชิกภายในครอบครัวมีเวลาให้กันมากกว่านี้ รู้สึกเหงามากเวลาอยู่บ้านคนเดียว”

คำถาม : ถ้าสมาชิกในบ้านสามัคคีร่วมกันทำกิจกรรมผลออกมาจะเป็นอย่างไร

“บ้านเราคงน่าอยู่มากขึ้น ถ้าเราทำได้จริง”

“บ้านคงเป็นบ้านมากกว่านี้”

“ผมคงอยากอยู่บ้านมากขึ้น ถ้าทำได้อย่างที่เราคุยกันมาวันนี้”

หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมในช่วงของการประเมินผลสัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อกัน และยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความสามารถ

ครั้งที่ 2 รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ

สาระสำคัญ

การสนับสนุนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การใช้ยาต้านเศร้า ผลข้างเคียงของยา และการ

เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การเสริมความรู้เรื่องการเจ็บป่วยของโรคที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นต้องเตรียมพร้อมซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยเสริมความมั่นใจ ในการนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. อธิบายสาเหตุ อากาการ การรักษาของโรคซึมเศร้า
2. บอกผลที่เกิดจากการรับประทานยาต้านเศร้า และ ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาต้านเศร้า
3. อธิบายสาเหตุและการป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ
4. แฝ่นพลิก เรื่อง รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ

ระยะเวลาที่ใช้

ใช้เวลา 45 - 60 นาที

อุปกรณ์

1. คู่มือเรื่อง “รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ”
2. บัตรคำ เรื่อง โรคซึมเศร้า กับภาวะทุพพลภาพ
3. สมุดบันทึกด้วยรักจึงดูแล

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวต้อนรับทักทายสร้างสัมพันธ์ภาพผู้รับการบำบัดและสมาชิกครอบครัวต่อเนื่องจากการทำกิจกรรม ครั้งที่ 1 และบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมร่วมด้วยช่วยดูแลกันและกัน
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ซักถามถึงความรู้สึก ความคิดเห็น และความคาดหวัง ของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กล่าวชื่นชมในสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง และร่วมแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว
3. ประเมินความรู้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยสูงอายุ โรคซึมเศร้า และความรู้ความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยการซักถาม ในหัวข้อดังนี้ การรับประทานยา การสังเกตอาการแทรกซ้อนจากยาและการแก้ไข การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย วิธีการผ่อนคลายความเครียด การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น
4. ใช้บัตรคำประกอบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วย และสมาชิกร่วมกันจับคู่บัตรคำ

5. ส่งเสริมให้กำลังใจชื่นชมสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ที่ต้องการและเพิ่มเติมส่วนที่ปฏิบัติไม่ครบถ้วน

6. ขออนุญาต จัดบันทึกข้อมูลและแจ้งให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทราบ ว่าข้อมูลจะเป็นความลับ เพื่อนำไปเป็นแผนในการทำกิจกรรมและ ประเมินผลการทำกิจกรรม

7. หลังจากที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ได้แลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการเกิดภาวะทุพพลภาพรวมถึงการดูแลตนเองเพิ่มเติม

8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามในข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การใช้ยา ผลข้างเคียงของยาและภาวะ ทุพพลภาพแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ

9. ผู้วิจัยแจกคู่มือเรื่อง “ รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ” สำหรับผู้ป่วย

10. ผู้วิจัยสรุปสาระของกิจกรรมและนัดหมายในครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ และสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเอง สมาชิกสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ความรุนแรง และแนวทางการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยรวมทั้งแนวทางในการดูแลตนเอง ในขณะที่เกิดการเจ็บป่วย ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุคือการสูญเสียของความสามารถในการประกอบกิจการต่างๆ ที่ควรจะสามารถทำได้เป็นปกติ”

“โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตประสาท หากไม่รักษาก็จะนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้”

“โรคซึมเศร้าบางทีก็เกิดจากกรรมพันธุ์ในครอบครัว หรือได้รับการบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน และต้องกินยาเพื่อปรับสมดุลในสมองและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ”

สำหรับปัญหาที่นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่พบส่วนใหญ่ เกิดจากปัญหาด้านจิตสังคม เช่น การสูญเสียคนรัก บุตรหลาน ปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง กระจกสันหลังทับเส้นประสาท ทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้ และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในครอบครัว นอกจากนี้ยังเกิดจากปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น การไม่เข้าใจกันในครอบครัว การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องในหัวข้อต่างๆ ได้แก่ ความหมายของภาวะทุพพลภาพ อาการและอาการแสดง สาเหตุการเกิดภาวะทุพพลภาพ การรักษา การปฏิบัติตน การใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

ครั้งที่ 3 การยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกครอบครัว

สาระสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) และเพิ่มความรูสึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) เป็นการรับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเอง นำมาซึ่งความรูสึกมีมั่นคงและเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรูสึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเอง นำมาซึ่งความรูสึกมีมั่นคง และเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตน การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมจนสำเร็จจะเกิดความภาคภูมิใจและเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่น เป็นการเพิ่มความรูสึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ และลดภาวะทุพพลภาพได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเองถึงควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจตนเองมีคุณค่าในตนเองและยอมรับข้อจำกัดของตนเองและครอบครัว สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

อุปกรณ์

1. กล่องสำหรับห่อของขวัญ 1 กล่อง
2. กระดาษสีต่างๆที่ตัดเป็นแผ่นเล็กๆ ประมาณ 1 นิ้ว
3. ริบบิ้น, กาว, กรรไกร
4. สมุดบันทึกด้วยรักจึงดูแล
5. ใบงานที่ 3 การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายต้อนรับ สร้างบรรยากาศให้รูสึกผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมเสริมคุณค่าในตนเองตระหนักในคุณค่าของตนเอง เชื่อมโยงคุณค่าของตนเองกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันพูดคุยถึงควมรูสึกประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ ผู้วิจัยกระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวช่วยส่งเสริมความภาคภูมิใจให้แก่ผู้ป่วยโดยพูดคุยชื่นชม ให้กำลังใจ ผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเสริมคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย
3. นำเข้าสู่การทำกิจกรรมกล่องแทนใจโดยเชื่อมโยงกับควมรูสึกประสบความสำเร็จจากประสบการณ์ที่ผ่านมาการทำกิจกรรมกล่องแทนใจว่าสามารถประดิษฐ์หรือทำกิจกรรมจนสำเร็จ ล่วงไปได้ โดยนำกล่องที่เตรียมไว้ และกระดาษสีต่างๆ ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันตกแต่ง โดยปะกระดาษสีที่กล่องแทนใจ โดยระหว่างร่วมกันตกแต่งของขวัญผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ

สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกถึงการมอบความรู้สึกดีๆ ให้เพื่อตอบแทนความดี และความรู้สึกที่ดี จะแตกต่างกันอย่างไรให้สวยที่สุด มีค่าที่สุด

4. เมื่อทำสำเร็จผู้วิจัยถามความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ระหว่างตกแต่งกล่องแทนใจ ร่วมกัน
5. เสริมแรงโดยการชื่นชม เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจนทำสำเร็จ
6. จากนั้นถามผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ถ้าเป็นผู้มอบของขวัญให้อีกฝ่ายตนเองจะรู้สึกอย่างไร

7. ถามความรู้สึกถ้าเป็นผู้ที่ได้รับของขวัญจะมีความรู้สึกอย่างไร

8. ผู้วิจัย กล่าวสรุป เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดการเรียนรู้ที่จะเสริมคุณค่าในตนเองและให้ครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรมร่วมกัน ถ่ายทอดความรู้สึกต่อกัน สรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า ดังตัวอย่าง คำพูด ต่อไปนี้

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน พบว่าสมาชิกสามารถเชื่อมโยงสถานการณ์ อารมณ์และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ รวมทั้งสามารถบอกถึงการฝึกคิดเชิงบวกที่จะนำไปใช้เพื่อลดภาวะทุพพลภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ป่าคิดว่าที่ตนเองทะเลาะกับสามี เพราะคิดว่าสามีไม่ชอบให้ป่าเลี้ยงสุนัข เนื่องจากเคยบอกว่าเลี้ยงสุนัขมันเปลือง เสียเวลา หาข้าว แถมยังต้องดูแลเวลาจะมีคนมาบ้านกลัวมันกัด ป่าคิดว่าทำไมเค้าไม่เข้าใจป่า สุนัขตัวนี้เป็นของลูกชายที่เอามาให้เลี้ยง ป่าเลี้ยงมันเพราะมันคือตัวแทนลูกชายป่า แต่หากคิดในด้านบวกคงไม่อยากให้ป่านึกถึงลูกชายที่เสียชีวิตแล้วเพราะมันทำให้ป่าเศร้า และไม่อยากทำอะไรเพราะฉะนั้นตนเองก็ไม่ควรไปน้อยใจหรือโกรธสามีแต่ต้องพยายามปรับความเข้าใจกัน”

“ลุงคิดว่าที่ตนเองทำไม่ได้ เพราะตนเองเดินไม่ได้ ลูกชายก็ไม่ได้เรื่องวันๆ เอาแต่ทะเลาะกะเมีย บ้านที่ซื้อก็ไม่รู้จะผ่อนไหวไหม เพราะตัวเองเป็นแบบนี้ ทุกอย่างมันแย่งเพราะลุงป่วย ทำให้รู้สึกว่ตนเองไม่มีคุณค่า แต่หากคิดในทางกลับกัน ลุงจะพยายามออกกำลังกาย ทานยาตามที่แพทย์สั่ง ลุงก็จะสามารถเดินได้อีกครั้ง ตอนนี่ก็ช่วยสอนงานให้ลูกชาย”

สำหรับการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบในสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีความคิดโทษหรือตำหนิตนเอง มีความคิดมองตนเองว่าไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการ และไม่มีคุณค่า และมีสมาชิกบางส่วนที่มักมีความคิดแบบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดีขึ้นกับตน ทำให้สมาชิกเหล่านี้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย

และจากการประเมินกิจกรรมท้ายบทที่ให้เป็นการบ้าน แสดงให้เห็นว่าสมาชิกสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าจากความคิดด้านลบและมีวิธีการปรับเปลี่ยน ความคิดด้านลบได้อย่างถูกต้อง ยกตัวอย่างเช่น

สมาชิกรายหนึ่ง มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเนื่องจากเดินไปไหนไม่ได้เนื่องจากลูกชายประสบอุบัติเหตุ จนพิการและตนเองมีปัญหาวาดหลังมาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองน้อย ท้อ รู้สึกชีวิตตนเองโศคร้าย เมื่อผู้ป่วยได้ปรับความคิดด้านลบทำให้เห็นว่าตนเองยังมีคุณค่าเพราะเป็นที่พึ่งของบุตร ซึ่งหากตนเองฆ่าตัวตายบุตรจะลำบาก ไม่มีคนดูแล จึงรู้สึกรักตนเองมากขึ้น

หลังจากทำกิจกรรมกล่อมแทนใจ ให้สมาชิกแต่ละคนได้พูดถึงความรู้สึกที่ตนเองรู้สึกออกมาทำให้ทราบว่า ภายในครอบครัวแต่ละครอบครัว ยังมีช่องว่างระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แต่หลังจากการทำกิจกรรมครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจกันมากขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“ ยายไม่เคยคิดเลยว่ายายจะสามารถทำอะไรสำเร็จกับเค้าได้ ตั้งแต่ยายป่วยมา ครั้งนี้ยายรู้สึกว่ายายเองก็มีค่าและมีประโยชน์ และยายขอบคุณคุณพยาบาลมากนะที่ช่วยให้ยายรู้ว่าลูกชายเค้าก็เป็นห่วงยายเพราะยายน้อยใจเค้ามาตลอดเค้าไม่เคยบอกยายเลยว่าเค้าห่วงยาย นี่เป็นครั้งแรกยายมีความสุขมากเลยลูก”

“ลุงไม่เคยรู้เลยว่าป้าเค้าเป็นห่วงสุขภาพลุงมาก ที่เค้าบ่นลุงเพราะเค้าเป็นห่วงตลอดเวลาที่ผ่านมาลุงคิดว่าป้า แก่แล้ว แก่เลย วันๆ ดีแต่บ่น บางทีก็ทำให้ลุงกับป้าทะเลาะกัน มาวันนี้ลุงกับป้าเข้าใจกันมากขึ้น”

“ที่ยายดีขึ้นทุกวันนี้ ตั้งแต่คุณพยาบาลมาเยี่ยมยาย ยายทำตามที่คุณพยาบาลบอก ยายพูดกับลูกมากขึ้น และใจเย็นมากขึ้น มาวันนี้คุณพยาบาลให้ทำกล่อมแทนใจ ยายได้พูดกับลูกสะใภ้ในสิ่งที่ยายรู้สึก และยายก็รู้แล้วว่าเค้าเป็นห่วงยาย คุณพยาบาลเหมือนนางฟ้าของยายจริงๆ”

ผลจากการทำกิจกรรม กล่อมแทนใจ แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีความตระหนักถึงความสำคัญของรับรู้และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง โดยสมาชิกบอกว่าคนที่เห็นคุณค่าในตนเองย่อมที่จะมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ มีความสุขกว่าคนที่เอาแต่โทษตนเอง มองตนเองในทางที่ไม่ดี ดังนั้น การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำ อาจจะทำโดยการช่วยเหลืองานในครอบครัว สังคม ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและลดภาวะทุพพลภาพได้อีกด้วย

ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่ชุมชน

สาระสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จะมีความรู้สึกด้านลบและคิดว่าตนเองไม่มีความหมาย สังคมไม่ยอมรับ และไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นในสังคมได้ ดังนั้น การให้ความรู้และฝึกทักษะการสื่อสารให้กับผู้ป่วยจะเป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร และสามารถเข้ากับบุคคลในสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไม่รู้สึกแปลกแยก อีกทั้งการที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จะเพิ่มคุณค่าทางด้านจิตใจ และลดภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) นอกจากนี้ผู้ป่วยก็จะสามารถดูแลตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้เรียนรู้การสร้างกำลังใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าในครอบครัวและสังคม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความหวังในการดำเนินชีวิตและลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยได้
3. เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวโดยไม่รู้สึกละเลย

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

อุปกรณ์

1. ชุดแผ่นพลิทิสถานการณ์สร้างสรรค์
2. ใบงานการสื่อสารเชิงบวก
3. สมุดการบ้านตารางบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน
4. สมุดบันทึกด้วยรักจึงดูแล

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายต้อนรับสร้างบรรยากาศเป็นกันเองผ่อนคลาย
2. ให้ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวร่วมกันอ่านสถานการณ์จากแผ่นพลิทิสถานการณ์สร้างสรรค์
3. ให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแต่ละสถานการณ์
4. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำกิจกรรมการสื่อสารเชิงบวก โดยการให้จับคู่คำ ที่มีความหมาย ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ พร้อมให้แสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้ยินคำเหล่านั้น หลังจากนั้น สรุปให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบเกี่ยวกับความสำคัญของการสื่อสาร
5. แสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับทักษะในการสื่อสารเป็นการจำลองสถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีความพร้อมในการเข้าสังคม หลังจากนั้นอธิบายลักษณะและแนวทางในการพาผู้ป่วยไปร่วมกิจกรรมในชุมชนโดยการให้สมุดการบ้านกับผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นตารางเป็นบันทึกการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน เพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกในครอบครัวพาผู้ป่วยออกไปทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน
6. ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันคิดกิจกรรมที่สามารถเข้าร่วมกับชุมชนเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมและเป็นการบ้านในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน
7. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการทำกิจกรรมครั้งนี้ และการฝึกปฏิบัติการพัฒนาทักษะการสื่อสาร แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีความรู้ ความสามารถในการสื่อสารทั้งการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดที่ชัดเจนและแม่นยำตรงกับสถานการณ์ที่กำหนด และช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่บกพร่องได้ ยกตัวอย่างเช่น สมาชิกรู้จักการกล่าวขอบคุณหรือขอโทษ รวมทั้งมีความสามารถในการพูด เพื่อขอความช่วยเหลือหรือความร่วมมือกับบุคคลอื่น ๆ ตามสถานการณ์สมมติที่กำหนดให้ได้

สำหรับปัญหาการสื่อสารที่เกิดขึ้นในสมาชิกส่วนใหญ่ คือ การที่สมาชิกขาดทักษะในการสื่อสาร เพื่อแสดงออกถึงความต้องการของตน ในครอบครัวและชุมชน ขาดทักษะในการพูดเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อันเป็นผลให้เกิดการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ

จากการสรุปแสดงให้เห็นว่า สมาชิกเข้าใจสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดจากการสื่อสารและสามารถจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกและครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ที่กำหนด ดังตัวอย่างเช่น

สมาชิกรายหนึ่งบอกว่า ที่ตนเองมีปัญหาไม่เข้าใจกับลูกเพราะเป็นห่วงที่หลานจะออกไปทำงานในกรุงเทพฯ ซึ่งเวลาหลานมาขออนุญาต ตนเองจะไม่เคยบอกเหตุผลว่าทำไมถึงไม่ให้หลานไปและมักจะอารมณ์เสียใส่หลานทันที ทำให้หลานน้อยใจและไม่พูดด้วย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าหากตนเองบอกเหตุผลกับหลานถึงความเป็นห่วงจะทำให้เกิดความเข้าใจกันในครอบครัวมากกว่านี้

หลังจากการฝึกทักษะการสื่อสาร ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น โดยสมาชิกสามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน

สาระสำคัญ

การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) แหล่งทรัพยากรในชุมชนสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สถานที่ กลุ่มบุคคล ชมรมเครือข่ายต่างๆ เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการรับรู้แหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความช่วยเหลือเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้อื่น ได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง รวมถึงมีผลทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง มีการช่วยเหลือที่ตรงระหว่างผู้ดูแลด้วยตนเอง ทำให้ไม่รู้สึกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการแนะนำให้รู้จักกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น จะสามารถทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวดูแลตนเองในภาวะวิกฤตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ ในชุมชน
2. สามารถอธิบายถึงวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนต่างๆ

ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ระยะเวลาที่ใช้

45-60 นาที

อุปกรณ์

1. กิจกรรม “เกมจับคู่แหล่งสนับสนุนทางสังคม”
2. ชุดแผ่นพลิกวิธีการสนับสนุนทางสังคมและวิธีการขอความช่วยเหลือ
3. สมุดบันทึกด้วยรักจึงดูแล

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คิดว่ามีอยู่ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน
3. ใช้บัตรคำประกอบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีในชุมชน โดยให้ผู้ป่วย และสมาชิกร่วมกันจับคู่บัตรคำ
4. ส่งเสริมให้กำลังใจชื่นชมสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ถูกต้องและเพิ่มเติมส่วนที่ปฏิบัติไม่ครบถ้วน
5. ขออนุญาต จดบันทึกข้อมูลและแจ้งให้สมาชิกครอบครัวทราบว่าข้อมูลจะเป็นความลับเพื่อนำไปเป็นแผนในการทำกิจกรรมและ ประเมินผลการทำกิจกรรม
6. หลังจากที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ได้แลกเปลี่ยนแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแหล่งการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ
7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามในข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและวิธีการขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ สมาชิกสามารถบอกถึงบุคคลหรือแหล่งขอความช่วยเหลือให้คำปรึกษาได้ในขณะที่มีปัญหา ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“เมื่อลองเห็นว่าป้ามีอาการเศร้ามาก ไมกินข้าว ไม่สนใจตนเอง จะต้องไปปรึกษาพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อนามัย เพราะมีความรู้และประสบการณ์ที่จะช่วยเหลือได้”

“ป้ามีปัญหาการดูแลลูกชายที่พิการ เนื่องจากไปทำงานหรือไปพบแพทย์ตามนัด ฉันทิ้งวางแผนการแก้ปัญหาโดยการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดย หากเวลาที่จะไปทำงานหรือไปโรงพยาบาล ฉันทจะขอให้เพื่อนบ้านใกล้เคียงกันหรืออสม. ช่วยมาดูแลลูกชายให้เป็นระยะๆ เช่น เวลารับประทานอาหารกลางวัน”

สำหรับปัญหาการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในสมาชิกส่วนใหญ่่นั้นเกิดจากสมาชิกขาดความรู้ว่า เมื่อเกิดปัญหานี้จะสามารถไปขอความช่วยเหลือได้ที่ไหน และได้อย่างไร นอกจากนี้ยังมีสมาชิกบางรายที่ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ เพราะไม่รู้ว่าจะไปขอความช่วยเหลือได้ที่ไหน รวมทั้งบางคนก็ไม่กล้าที่จะเปิดเผยปัญหาของตนให้ผู้อื่นทราบ

จากกิจกรรม แสดงให้เห็นว่า สมาชิกมีความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่างเช่น การไปพบแพทย์เมื่อมีปัญหาสุขภาพ การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาความเครียด การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือเจ้านายเมื่อมีปัญหาในที่ทำงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ จากการประเมินกิจกรรมที่ให้เป็นการบ้าน แสดงให้เห็นว่า สมาชิกมีทักษะทางสังคมที่เหมาะสม ทั้งทักษะในการสื่อสาร ทักษะการขอความช่วยเหลือ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของสมาชิกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

หลังจากการทำกิจกรรมครบ 5 ครั้งวิจัย ได้มีเอกสารเรื่องเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน ที่สามารถติดต่อเมื่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับความเดือนร้อน และสรุปองค์ความรู้ที่สมาชิกได้รับเกี่ยวกับการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือได้มากขึ้น

3. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา (Pre-Test) โดยใช้เครื่องมือศึกษาขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย TGDS ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) โดยถือเกณฑ์ประเมินจากผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และทำแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับไทย (MMSE-Thai 2002) ไม่มีภาวะ สมองเสื่อม และ แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument)

3.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา (Post-Test) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument)

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

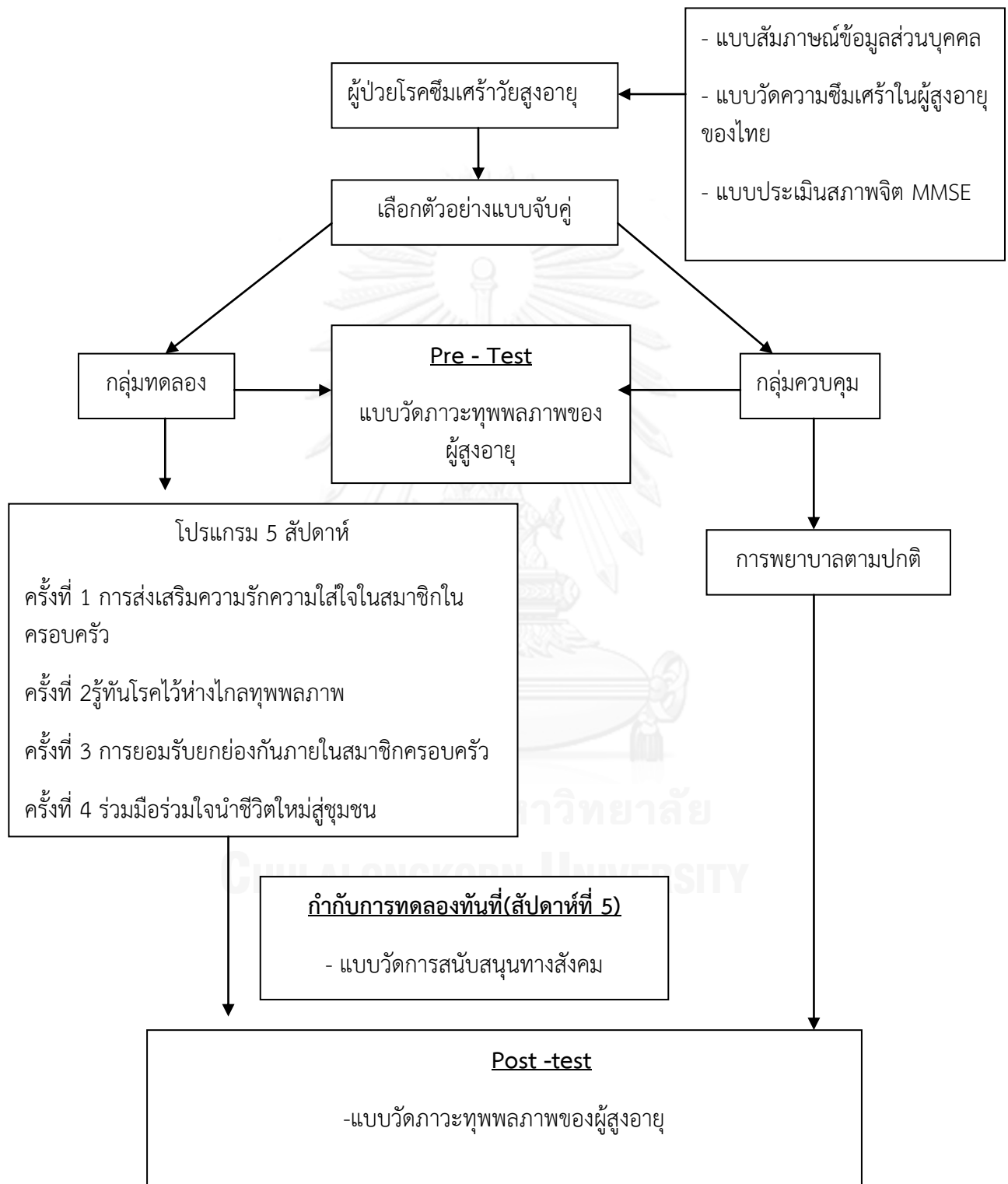
ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนว่าจะมาพบผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอีกครั้ง (Post-Test) ในระหว่างนี้ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้บริการจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับ ภาวะทุพพลภาพ โรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง อาการข้างเคียงจากยา รวมถึงการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และแจ้งผลการประเมินภาวะทุพพลภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มาวิเคราะห์หาค่าความแตกต่าง ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินแบบวัดภาวะทุพพลภาพ ก่อนและหลังด้วยสถิติ T – Test
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pre-Posttest Control Group Design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยวัยสูงอายุ โรคซึมเศร้าและครอบครัว จำนวน 40 คน โดยจับคู่ (Pair Matching) ให้มีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ ความเจ็บป่วยทางกายเรื่องอื่นๆ และยาต้านเศร้าที่ได้รับ แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยเสนอตามลำดับ ดังนี้

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 2 คะแนนภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- ส่วนที่ 4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย
- ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวนคน	ร้อยละ (%)	จำนวนคน	ร้อยละ (%)
เพศ	ชาย	5	25.0	4	20.0
	หญิง	15	75.0	16	80.0
อายุ (ปี)	60 – 70 ปี	8	40.0	8	40.0
	71 – 80 ปี	5	25.0	5	25.0
	81 – 90 ปี	7	35.0	7	35.0
สถานภาพ	โสด	2	10.0	3	15.0
	สมรส	13	65.0	11	55.0
	หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	5	25.0	6	30.0
รายได้	ไม่มีรายได้	0	0.0	0	0.0
	<3000	4	20.0	5	25.0
	3,000-5,000	11	55.0	11	55.0
	5,000-10,000	5	25.0	4	20.0

จากตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยจะสรุปเป็น 2 ส่วน คือ

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 และเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีอายุในช่วง 60 – 70 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีอายุในช่วง 71 – 80 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีอายุในช่วง 81 – 90 ปีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 มีสถานภาพการสมรสมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 มีรายได้ส่วนใหญ่ คือ ประมาณ 3,000 – 5,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0

2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีอายุในช่วง 60 – 70 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีอายุในช่วง 71 – 80 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีอายุในช่วง 81 – 90 ปีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 มีสถานภาพการสมรสมากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 มีรายได้โดยเฉลี่ย คือ ประมาณ 3,000-5,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน คน	ร้อยละ (%)	จำนวน คน	ร้อยละ (%)
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	2	10.0	2	10.0
	ประถมศึกษา	10	50.0	9	45.0
	มัธยมศึกษา	2	10.0	7	35.0
	อนุปริญญา	2	10.0	1	5.0
	ปริญญาตรี	4	20.0	1	5.0
ระยะเวลา การ เจ็บป่วย	1 – 5 ปี	4	20.0	4	20.0
	6 – 10 ปี	11	55.0	11	55.0
	11 – 15 ปี	5	25.0	5	25.0
โรค ประจำตัว	ไม่มีโรค	2	10.0	7	35.0
	มีโรค	18	90.0	13	65.0
การเข้า ร่วม กิจกรรม	ไม่เข้าร่วม	17	85.0	18	90.0
	กิจกรรม	3	15.0	2	10.0

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยจะสรุปเป็น 2 ส่วน คือ

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีระยะเวลาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 6 – 10 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ รวมถึงไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมรำไม้พอง ชมรมไทเก๊ก จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85 เป็นต้น

2. ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีระยะเวลาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 6 – 10 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 มีโรคประจำตัว 13 คน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 65.0 และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมรำไม้พอง ชมรมไทเก๊ก จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0

ส่วนที่ 2 คะแนนภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
1. ท่านยังคงติดต่อกับบุคคลอื่นผ่านทางจดหมายโทรศัพท์ หรือ อีเมลบ่อยแค่ไหน	32	มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง	68	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
2. ท่านได้ไปเยี่ยมเยียนเพื่อนและครอบครัวที่บ้านของพวกเขาบ่อยแค่ไหน	31	มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง	60	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
3. ท่านให้การดูแลหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น รวมถึง การเตรียมการดูแลส่วนบุคคล, การไปรับ-ไปส่ง และเป็นธุระให้กับสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อน ได้บ่อยแค่ไหน	29	มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง	59	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
4. ท่านดูแลภายในบ้านของท่าน ได้แก่ การจัดการและดูแลรับผิดชอบในส่วนของการทำงานบ้าน, ซักรีดเสื้อผ้า, ทำความสะอาดบ้าน และซ่อมแซมบ้านเล็กๆน้อยๆ ได้บ่อยแค่ไหน	31	มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง	60	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
5. ท่านทำงานอาสาสมัครนอกบ้านได้บ่อยแค่ไหน	24	มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง	64	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
6. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการอย่างกระตือรือร้น ได้แก่ กีฬาเดินเขา, การวิ่งจ็อกกิ้ง หรือ การว่ายน้ำ บ่อยแค่ไหน	47	มีภาวะทุพพลภาพระดับเล็กน้อย	58	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
7. ท่านดูแลการเงินและกิจธุระของครัวเรือน เช่น การดูแลและจัดการเกี่ยวกับเงินของท่าน, ชำระค่าไฟ ค่าน้ำ ค่าโทรศัพท์, ติดต่อเจ้าของที่ดินหรือผู้เช่า, ติดต่อบริษัทสาธารณูปโภคหรือหน่วยงานของรัฐ ได้บ่อยแค่ไหน	32	มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง	64	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
8. ท่านดูแลสุขภาพของตัวเอง เช่น การรับประทานยาทุกวัน การควบคุมอาหาร การพบแพทย์ตามนัด ได้บ่อยแค่ไหน	32	มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง	64	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
9. ท่านได้เที่ยวนอกบ้านโดยอยู่พักค้างได้ 1 คืนเป็นอย่างน้อย ได้บ่อยแค่ไหน	32	มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง	65	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
10. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น เดิน ออกกำลังกาย, ปั่นจักรยานอยู่กับที่, ยกน้ำหนัก หรือ ทำกายบริหาร ได้บ่อยแค่ไหน	34	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	65	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
11. ท่านเชิญแขกมาที่บ้านของท่านเพื่อรับประทานอาหารหรือเพื่อการบันเทิง ได้บ่อยแค่ไหน	41	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	75	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
12. ท่านออกไปสถานที่สาธารณะกับผู้อื่น อาทิ เช่น ร้านอาหาร หรือ โรงภาพยนตร์ได้บ่อยแค่ไหน	35	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	60	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
13. ท่านดูแลตัวเองของท่านเองตามที่ท่านต้องการ เช่น การอาบน้ำ, การแต่งตัว และการเข้าห้องน้ำ ได้บ่อยแค่ไหน	36	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	59	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
14. ท่านเข้าร่วมองค์กร กิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ, ชุมชนหรือกลุ่มศาสนา ได้บ่อยแค่ไหน	32	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง	61	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
15. ท่านดูแลทำธุระในท้องถิ่น เช่น การจัดการ และดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับการซื้ออาหาร และของใช้ส่วนตัว, ไปธนาคาร ห้างสรรพสินค้าหรือร้านซักแห้ง ได้บ่อยแค่ไหน	36	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	67	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
16. ท่านได้เตรียมอาหารให้แก่ตัวท่านเอง เช่น การวางแผน, การทำอาหาร การบริการ, และ การทำความสะอาด ได้บ่อยแค่ไหน	33	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง	58	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
รวม	36.2	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	63.1	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพ เท่ากับ 36.2 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพระดับเล็กน้อย และ ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพเท่ากับ 63.1 หมายถึงไม่มีภาวะทุพพลภาพ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งของกลุ่มควบคุม (N = 20)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
1. ท่านยังคงติดต่อกับบุคคลอื่นผ่านทางจดหมายโทรศัพท์ หรือ อีเมลบ่อยแค่ไหน	49	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย	43	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย
2. ท่านได้ไปเยี่ยมเยียนเพื่อนและครอบครัวที่บ้านของพวกเขาบ่อยแค่ไหน	30	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	34	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย
3. ท่านให้การดูแลหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น รวมถึง การเตรียมการดูแลส่วนบุคคล, การไปรับ-ไปส่ง และเป็นธุระให้กับสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อน ได้บ่อยแค่ไหน	30	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	30	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง
4. ท่านดูแลภายในบ้านของท่าน ได้แก่ การจัดการและดูแลรับผิดชอบในส่วนของการทำงานบ้าน, ซักรีดเสื้อผ้า, ทำความสะอาดบ้าน และซ่อมแซมบ้านเล็กน้อยๆ ได้บ่อย	39	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย	31	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง
5. ท่านทำงานอาสาสมัครนอกบ้านได้บ่อยแค่ไหน	57	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย	31	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง
6. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการอย่างกระตือรือร้น ได้แก่ กีฬาเดินเขา, การวิ่งจ็อกกิ้ง หรือ การว่ายน้ำ บ่อยแค่ไหน	61	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย	31	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง
7. ท่านดูแลการเงินและกิจวัตรของครัวเรือน เช่น การดูแลและจัดการเกี่ยวกับเงินของท่าน, ชำระค่าไฟ ค่าน้ำ ค่าโทรศัพท์, ติดต่อเจ้าของที่ดินหรือผู้เช่า, ติดต่อบริษัทสาธารณูปโภคหรือหน่วยงานของรัฐ ได้บ่อยแค่ไหน	35	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย	32	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง
8. ท่านดูแลสุขภาพของตัวเอง เช่น การรับประทานยาทุกวัน การควบคุมอาหาร การพบแพทย์ตามนัด ได้บ่อยแค่ไหน	30	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	34	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย
9. ท่านได้เที่ยวนอกบ้านโดยอยู่พักค้างได้ 1 คืนเป็นอย่างน้อย ได้บ่อยแค่ไหน	33	มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง	35	มีภาวะสุขภาพระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	การแปลผล	คะแนน	การแปลผล
10. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น เดินออกกำลังกาย, ปั่นจักรยานอยู่กับที่, ยกน้ำหนัก หรือ ทำกายบริหาร ได้บ่อยแค่ไหน	32	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง	32	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง
11. ท่านเชิญแขกมาที่บ้านของท่านเพื่อรับประทานอาหารหรือเพื่อการบันเทิง ได้บ่อยแค่ไหน	41	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	33	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง
12. ท่านออกไปสถานที่สาธารณะกับผู้อื่น อาทิ เช่น ร้านอาหาร หรือ โรงภาพยนตร์ ได้บ่อยแค่ไหน	39	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	30	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง
13. ท่านดูแลตัวของท่านเองตามที่ท่านต้องการ เช่น การอาบน้ำ, การแต่งตัว และการเข้าห้องน้ำ ได้บ่อยแค่ไหน	30	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง	30	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง
14. ท่านเข้าร่วมองค์กร กิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ, ชุมชนหรือกลุ่มศาสนา ได้บ่อยแค่ไหน	33	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง	32	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง
15. ท่านดูแลทำธุระในท้องถิ่น เช่น การจัดการและดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับการซื้ออาหารและของใช้ส่วนตัว, ไปธนาคาร ห้องสมุด หรือร้านซักแห้ง ได้บ่อยแค่ไหน	31	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง	47	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย
16. ท่านได้เตรียมอาหารให้แก่ตัวท่านเอง เช่น การวางแผน, การทำอาหาร การบริการ, และ การทำความสะอาด ได้บ่อยแค่ไหน	37	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับเล็กน้อย	32	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง
รวม	32.4	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง	33.8	มีภาวะทุพพลภาพ ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย มีคะแนนภาวะทุพพลภาพ เท่ากับ 32.4 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง และภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพ เท่ากับ 33.8 หมายถึงมีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองกลุ่มควบคุม

การสนับสนุนทางสังคมด้าน อารมณ์	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การ แปรผล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การ แปล ผล
1. ท่านมีคนที่ท่านไว้วางใจและ สามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ได้	2.30	0.73	ต่ำ	4.00	0.00	สูง
2. บุคคลรอบข้าง ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้านไม่เคยแสดง กิริยาที่ทำให้ท่านรู้สึกหมด กำลังใจ	2.30	0.86	ต่ำ	3.85	.49	สูง
3. ท่านได้รับความรักความ อบอุ่น และความปลอดภัย จากครอบครัว	2.35	0.81	ต่ำ	4.10	.64	สูง
4. สมาชิกในครอบครัวไม่ทำให้ ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรือ อยู่อย่างโดดเดี่ยว	2.40	0.75	ต่ำ	3.75	.55	สูง
5. สมาชิกในครอบครัว รับทราบปัญหาและความ ต้องการของท่านเป็นอย่างดี	2.60	0.75	ต่ำ	3.75	.55	สูง
ภาพรวม	2.25	0.71	ต่ำ	3.89	.246	สูง

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ของกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.25$) ส่วนภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.89$)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับคุณค่าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับคุณค่า	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
1. สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพนับถือ และไม่แสดงท่าทีรังเกียจ	2.15	.81	ต่ำ	4.00	.56	สูง
2. เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา จะมาขอคำปรึกษา คำแนะนำหรือความช่วยเหลือ	2.15	.75	ต่ำ	3.70	.47	สูง
3. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนช่วยเหลือให้ท่านดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง	2.25	.76	ต่ำ	3.90	.55	สูง
4. สมาชิกในครอบครัวเห็นว่าท่านเป็นคนมีประโยชน์	2.30	.80	ต่ำ	3.75	.63	สูง
5. ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่างๆ	2.40	.75	ต่ำ	3.75	.44	สูง
ภาพรวม	2.25	.60	ต่ำ	3.82	0.22	สูง

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมด้านการสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับคุณค่า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.25$) และภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.82$)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
1. ตั้งแต่เจ็บป่วยจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ท่านยังคงไปมาหาสู่กับคนอื่น ๆ สม่าเสมอ	2.20	.89	ต่ำ	3.90	.64	สูง
2. ท่านมีโอกาสดูแลหรือตัดสินใจร่วมกับคนอื่น	2.15	.36	ต่ำ	4.10	.55	สูง
3. ท่านและคนอื่น ๆ ร่วมมือกันทำกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน เช่น งานตามประเพณี งานสังสรรค์ หรือกิจกรรมทางศาสนา	2.30	.47	ต่ำ	3.70	.73	สูง
4. ท่านรู้เรื่องราวความเป็นไปของครอบครัวท่านเช่นเดียวกับคนอื่น	2.15	.75	ต่ำ	3.70	.47	สูง
5. คนรอบตัวแสดงให้ท่านรู้ว่าท่านมีส่วนช่วยงานในส่วนร่วม	2.40	.75	ต่ำ	4.10	.55	สูง
ภาพรวม	2.24	.39	ต่ำ	3.90	0.19	สูง

จากตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.24$) และภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.90$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือ บริการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การสนับสนุนทางสังคมด้าน การช่วยเหลือ ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือบริการ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การ แปล ผล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การ แปล ผล
1. เมื่อท่านมีปัญหาด้าน การเงิน มีคนคอย ช่วยเหลือท่าน	2.50	.76	ต่ำ	3.65	.59	สูง
2. เมื่อท่านขาดแคลนของ ใช้ เสื้อผ้า อาหาร และสิ่งอื่น ๆ มีคนคอย ช่วยเหลือท่าน	2.50	.60	ต่ำ	3.70	.47	สูง
3. เมื่อท่านมีอาการไม่ สบายหรืออาการของ โรคกำเริบ ท่านมีคน คอยช่วยเหลือดูแล หรือพาไปพบแพทย์	2.15	.67	ต่ำ	3.95	.76	สูง
4. เมื่อท่านไม่สามารถ ทำงานที่รับผิดชอบได้ มีคนช่วยทำงานแทน ท่าน	2.55	.75	ต่ำ	3.80	.52	สูง
5. ท่านได้รับความสะดวก ในการเข้ารับบริการ การตรวจรักษาโรคและ การช่วยเหลือที่จำเป็น	2.10	.44	ต่ำ	3.95	.68	สูง
รวม	2.36	.34	ต่ำ	3.81	0.34	สูง

จากตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมด้านการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือบริการของกลุ่มทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.36$) และภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.81$)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การ สนับสนุน ทาง สังคม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การ สนับสนุน ทาง สังคม
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่	2.25	.71	ต่ำ	3.90	.55	สูง
2. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรักษา	2.30	.73	ต่ำ	3.75	.55	สูง
3. มีคนคอยบอกกล่าวหรือเตือนให้ท่านปฏิบัติตามที่ถูกต้องตามที่ได้รับคำแนะนำ	2.35	.48	ต่ำ	3.85	.36	สูง
4. เมื่อท่านมีปัญหาหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยท่านมีคนที่สามารถช่วยเหลือแก้ปัญหา หรือข้อสงสัยของท่านได้	2.35	.81	ต่ำ	3.80	.69	สูง
5. มีคนให้คำแนะนำและเสนอแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน	2.30	.65	ต่ำ	3.95	.22	สูง
รวม	2.31	.45	ต่ำ	3.85	0.24	สูง

จากตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.31$) และภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.85$)

ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
 ตารางที่ 10 คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง

คนที่	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	14	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
2	14	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
3	13	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
4	16	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
5	16	เศร้าเล็กน้อย	21	เศร้าปานกลาง
6	16	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
7	17	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
8	17	เศร้าเล็กน้อย	21	เศร้าปานกลาง
9	17	เศร้าเล็กน้อย	22	เศร้าปานกลาง
10	16	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
11	16	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
12	16	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
13	16	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
14	15	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
15	15	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
16	17	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
17	17	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
18	17	เศร้าเล็กน้อย	22	เศร้าปานกลาง
19	17	เศร้าเล็กน้อย	20	เศร้าปานกลาง
20	18	เศร้าเล็กน้อย	21	เศร้าปานกลาง

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน ก่อนการทดลองมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 11 คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม

คนที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
2	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
3	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
4	22	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
5	20	เศร้าปานกลาง	18	เศร้าเล็กน้อย
6	20	เศร้าปานกลาง	18	เศร้าเล็กน้อย
7	22	เศร้าปานกลาง	18	เศร้าเล็กน้อย
8	22	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
9	21	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
10	21	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
11	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
12	21	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
13	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
14	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
15	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
16	20	เศร้าปานกลาง	18	เศร้าปานกลาง
17	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
18	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
19	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง
20	20	เศร้าปานกลาง	19	เศร้าปานกลาง

จากตารางที่ 11 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน ก่อนการทดลองมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

การศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะมีการดำเนินการทดสอบตามสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากสมมติฐานดังกล่าว จำนวน 2 ข้อข้างต้นนั้น ทำให้ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติ t-test มีรายละเอียดต่างๆ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนด้านการแสดง บทบาทส่วนบุคคล	\bar{X}	ระดับ	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	17.85	เล็กน้อย	2.60	16.772	0.00
หลังการทดลอง	34.75	ปกติ	2.83		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	20.40	เล็กน้อย	4.56	1.058	0.303
หลังการทดลอง	19.20	เล็กน้อย	2.59		

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอยู่ ส่วนคะแนนด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลลดลง

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดง
บทบาททางสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนด้านการแสดง บทบาททางสังคม	\bar{X}	ระดับ	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	16.35	ปานกลาง	4.83	8.338	0.00
หลังการทดลอง	27.60	เล็กน้อย	2.98		
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	16.55	ปานกลาง	4.91	1.765	0.094
หลังการทดลอง	14.30	ปานกลาง	2.32		

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการ
แสดงบทบาททางสังคม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการ
แสดงบทบาททางสังคม หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนด้านการ
แสดงบทบาทส่วนบุคคล ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่า
ภายหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาททางสังคมลดลง

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดง
บทบาทส่วนบุคคล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้านการแสดงบทบาท ส่วนบุคคล	\bar{X}	ระดับ	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	17.85	เล็กน้อย	2.60	2.173	0.036
กลุ่มควบคุม	20.40	เล็กน้อย	4.56		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	34.75	ปกติ	2.83	18.149	0.00
กลุ่มควบคุม	19.20	เล็กน้อย	2.59		

จากตารางที่ 14 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการ
แสดงบทบาทส่วนบุคคล ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่
ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดง
บทบาทส่วนบุคคล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพล
ภาพหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 18.149$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังการ
ได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคลลดลง เมื่อ
เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดง
 บทบาททางสังคม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้านการแสดงบทบาท ส่วนบุคคล	\bar{X}	ระดับ	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	16.35	ปานกลาง	4.83	0.130	0.897
กลุ่มควบคุม	16.55	ปานกลาง	4.91		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	27.60	เล็กน้อย	2.98	15.749	0.00
กลุ่มควบคุม	14.30	ปานกลาง	2.32		

จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการ
 แสดงบทบาททางสังคม ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่
 ภายหลังจากทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ด้านการแสดง
 บทบาททางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพล
 ภายหลังจากทดลองในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 15.749$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังจากได้รับ
 โปรแกรมในกลุ่มทดลองมีภาวะทุพพลภาพด้านการแสดงบทบาททางสังคมลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับ
 กลุ่มควบคุม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pre-Posttest Control Group Design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตามคือภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ

1. ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM - IV) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชบุรี
2. สมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน (Polit & Beck, 2004)

สมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง และกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีค่ามากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้น และมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งย่อมมีผลทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นก็คือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns&Grove,2001:247) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ จะแบ่งเป็น 4 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุน โดยกำหนดกิจกรรม มีทั้งหมด 5 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ของนภา จิรัฐจินตนา (2554)

3. เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE -Thai 2002)

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนด้านสังคม ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547) และ นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และโรคประจำตัว

2. แบบวัดภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Jette,Haley & Kooyoomjian (2004) ตามแนวคิดของ Nagi (1991) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุในด้านบทบาทส่วนบุคคลและบทบาททางสังคม ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย นภา จิรัฐจินตนา (2554) และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใช้เทคนิคแปลเครื่องมือ แบบการแปลย้อนกลับ (Back-Translation) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 2 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อคะแนนรวม 80 คะแนน แต่ละข้อมีคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

การแสดงบทบาทส่วนบุคคล (Personal Role) ได้แก่ข้อ 4,7,8,10,13,15 และ 16

ความสม่ำเสมอในการแสดงบทบาททางสังคม(Social Role) ได้แก่ข้อ1,2,3,5,6,9,11,12 และ 14

3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2002) เป็นแบบที่ใช้ทดสอบผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของสมอง 5 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ ความจำ ความสนใจ และการคำนวณ มีคำถาม 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ซึ่งมีจุดตัด (Cut – Off Point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment) ดังนี้คือ

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก- เขียนไม่ได้) มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีจุดตัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

เครื่องมือกำกับการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการสนับสนุนด้านสังคม ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547) ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) และ นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลาถึงไม่เป็นจริงเลยประกอบด้วยคำถาม จำนวน 25 ข้อ โดยคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) จำนวน 5 ข้อ
2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (Esteem Support) จำนวน 5 ข้อ
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) จำนวน 5 ข้อ
4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) จำนวน 5 ข้อ
5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การกำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การทดลองว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางขึ้นไป และหากภายหลังการประเมินพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามียุทธศาสตร์คะแนนที่ไม่ผ่านตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ารายนั้น เพื่อร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค ว่ายังขาดการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องใด เพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนนั้นๆ จนกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (เสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองทันทีพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ นั่นคือมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (ร้อยละ 80)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยการดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นเตรียมการวิจัย ชั้นดำเนินการวิจัย และชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยต้องมีความพร้อม โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. **ชั้นเตรียมการทดลองเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** โดยผู้วิจัยรวบรวมองค์ความรู้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวช และ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ครอบครัวจากนั้นประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำการศึกษ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ่งวัน เวลา สถานที่ ในการดำเนินการทำกิจกรรม ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา เตรียมผู้ช่วยในการวิจัย 1 คนเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการดำเนินการทำวิจัยตามขั้นตอนให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบและเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์และโปรแกรมทางมการสนับสนุนทางสังคมกับ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และสมาชิกในครอบครัว หากตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย และให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วประเมินภาวะทุพพลภาพด้วยแบบวัดในผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและนัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมต่อไป

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2556 จนถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2556 จนครบทั้งหมด 20 ครอบครัว

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลในแบบปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจนครบทั้ง 5 ครั้ง โดยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งนั้นผู้วิจัยเดินทางไปทดลองที่บ้านผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวทั้งหมด 20 ครอบครัว โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวมีบทบาทเป็นผู้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีบทบาทในการร่วมกันทำกิจกรรมโดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2556 จนถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2556 จนครบทั้งหมด 20 ครอบครัว

2.3 กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-5 ได้รับการพยาบาลในแบบปกติ คือ ประกอบด้วย การซักประวัติ รวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ในการให้บริการกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว รวมทั้งการให้การดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล รวมทั้งสนับสนุนผู้ป่วยให้กำลังใจ ความรัก และยอมรับในตัวผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และการจัดการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเอง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง) ถึงการขอเข้าพบกลุ่มทดลองคือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว ตอบแบบสอบถามสัมภาษณ์ แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) ตามแนวคิดของ Nagi (1991) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Jette, Haley & Kooyoomjian (2004) ในสัปดาห์ที่ 5 หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกำกับการทดลองด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547) พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณเพื่อสิ้นสุดกระบวนการทดลองวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มควบคุมทราบเมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว (กลุ่มควบคุมที่บ้าน) เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวตอบแบบสอบถามสัมภาษณ์ แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Late-Life Function And Disability Instrument) ตามแนวคิดของ Nagi (1991) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Jette, Haley & Kooyoomjian (2004) ซ้ำอีก 1 ครั้ง (Post-Test) และแจ้งผลการประเมินภาวะภาวะทุพพลภาพให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวทราบ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณเพื่อสิ้นสุดกระบวนการทดลองวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยตรวจสอบความภาพของแบบประเมินมีจำนวนครบ 100 % ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของข้อมูลทั้งหมด แล้ววิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้โปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t -test) และ วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเป็น 2 ประการ คือ

1. ในกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้ายในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ก่อนให้โปรแกรม และหลังให้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ทั้งในด้านการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และด้านการแสดงบทบาททางสังคม โดยภายในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม 62.35 ± 5.12 และ 34.20 ± 6.23 ตามลำดับ หมายถึง ภาวะทุพพลภาพมีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมปานกลางลดลงมากกลายเป็นระดับ ต่ำ หรือไม่มีภาวะทุพพลภาพ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งยังคง

มีภาวะทุพพลภาพในระดับปานกลางไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือลดลง สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ก่อนการให้โปรแกรม คะแนนเฉลี่ยรวมภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน $P=0.267$ และหลังการให้โปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P<0.001$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม 62.35 ± 5.12 และ 33.50 ± 4.42 ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนั้น จากผลการวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.50 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 70.2 ปี โดยมีอายุระหว่าง 60 - 82 ปี สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นหม้าย และโสด ร้อยละ 60.0 ,22.5 และ 17.5 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.5 และ 22.9 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือน 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 50.00 และ 46.70 ตามลำดับ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน ร้อยละ 56.70 และ 66.70 ตามลำดับ พบว่ามีโรคประจำตัวอื่น ๆ รวมด้วย ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม โดยมีการประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ร้อยละ 86.70 และ ร้อยละ 100 ในกลุ่มควบคุม มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ร้อยละ 13.30 ในกลุ่มทดลอง และส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองว่าอ่อนแอ ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 26.70 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Blazer, & Hybels (2005) พบว่าผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า และสอดคล้องกับ วาสนา วรรณเกษม (2554) กล่าวจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทยในปี 2552 พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงร้อยละ 3.98 ในผู้ชายร้อยละ 2.47 คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง เป็น 1: 1.6 ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องมาจากสภาพทางเพศถูกจากสังคม โดยสังคมมองว่าผู้ชายจะต้องเป็นคนเข้มแข็ง เป็นผู้นำทรงอำนาจในการตัดสินใจ มีบทบาทเด่นในการ หารายได้เลี้ยงครอบครัว จึงไม่แสดงความอ่อนแอ เช่น เศร้า ร้องไห้ ออกมาอย่างชัดเจนแต่จะหันไปใช้ สุรา บุหรี่หรือสารเสพติดแทน ในบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเครียดหลายด้าน เช่น ด้านครอบครัว งานบ้าน การเลี้ยงลูก ด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ เป็นต้น รวมไปถึงลักษณะทางเพศหญิงมีความอ่อนไหวง่าย มักเก็บอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการ ทำให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่ไม่สามารถทำงานหรือหารายได้เท่าวัยผู้ใหญ่ทำให้มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001-3,000 บาท ซึ่งไม่เพียงพอกับการดำรงชีวิตใน

ปัจจุบัน ความยากจนทำให้ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย เกิดความเครียด จนหนทางรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550) ประกอบกับเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว อ่างว้างมีเพื่อนน้อย มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) และส่งผลทำให้เกิดการพร่องในบทบาทหน้าที่ทางสังคมและการทำกิจวัตรประจำวัน จนเกิดภาวะทุพพลภาพขั้นในที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้

นอกจากนี้ จากการวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี อาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพทางร่างกาย (วาสนา วรรณเกษม, 2554) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ในผู้สูงอายุที่ด้อยการศึกษาทำให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย มากกว่าวัยอื่น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีโรคประจำตัวอื่น ๆ รวมด้วย ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม วัยสูงอายุมักพบการสูญเสียสมรรถภาพอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดังเดิม นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเจ็บป่วยได้ง่าย โดยมักจะเป็นโรคอย่างน้อย 1 โรค และโรคส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่นโรคต่อกระฉก โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น การเป็นโรคทำให้มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค (บุญศรี นุกฤต, 2550) และส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าอีกด้วย

ตอนที่ 2 คณะกรรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองส่วนคะแนนอาการซึมเศร้าภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ พบว่า ภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีภาวะทุพพลภาพลดลงก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากการประยุกต์แนวคิดการการสนับสนุนทางสังคมเป็นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทำผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีความเข้าใจ และยอมรับว่าอาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ รวมไปถึงครอบครัวให้การยอมรับ และสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆ ตลอดจนถึงวางแผนแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกัน การรับฟังการตัดสินใจและยอมรับในตัวตนของผู้ป่วยวัยสูงอายุ และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกันกับผู้วิจัย จากขั้นตอนดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างจึงเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพวัยท้อในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอีกทั้งยังมีการให้ความช่วยเหลือและร่วมกันกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันและบทบาททางสังคมที่ผู้ป่วยควรกระทำ ตลอดจนการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยควรได้รับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจนสามารถลดภาวะทุพพลภาพได้

ทั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยในภาพรวมของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเนื่องจากในทุกกิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นการบูรณาการ การสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีระดับภาวะทุพพลภาพต่ำลงรวมทั้งมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นอย่างสอดคล้องกัน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 1 นี้ในช่วงแรก ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการทำกิจกรรม เกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ ทั้งนี้จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษามุ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตัวเอง เข้าใจตนเองและปรับตัวได้ ในระยะต่อไปของการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆได้ดีขึ้นเพื่อตอบสนองความพอใจได้มากขึ้น (Stuart And Sundeen, 1979)

ในโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมจึงมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการวางแผนหาแนวทางการแก้ไขได้ เกิดทักษะและการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะคิด สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม (Freemantle, 1993) การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคมทั้งกลุ่มปฐมภูมิหรือกลุ่มทุติยภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้เกิดกลไกการป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ ส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและความหมายและเกิดอารมณ์ที่มั่นคง จะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอารมณ์ที่ดีขึ้นและไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ประกอบกับการได้รับความรักและเอาใจใส่จากคนในครอบครัวทำให้มีกำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ดียิ่งขึ้น จึงช่วยลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ

สำหรับการให้ความรู้เรื่องภาวะทุพพลภาพวัยท้อในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะทุพพลภาพ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยตระหนักและยอมรับปัญหาของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาอันจะส่งผลต่อการลดระดับของภาวะทุพพลภาพได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนภา จิรัฐจิตนา (2554) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับ

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและสามารถลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยได้

ในขั้นนี้ผู้วิจัยนำการสนับสนุนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การใช้ยาต้านเศร้า ผลข้างเคียงของยา และการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การเสริมความรู้เรื่องการเจ็บป่วยของโรคที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นต้องเตรียมพร้อมซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยเสริมความมั่นใจ ในการนำความรู้และทักษะต่างๆ ไปปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถลดภาวะทุพพลภาพวัยท้ายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย

ครั้งที่ 3 การยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกครอบครัว

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักเป็นผู้ที่มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ดังนั้น การช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความรู้สึกนับถือตนเองเพิ่มมากขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง (Beck, 1967)

ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้นำการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) เป็นการรับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคง และเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตน การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมจนสำเร็จจะเกิดความภาคภูมิใจและเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลรอบรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น กล่าวที่จะสร้างสัมพันธภาพหรือแสดงความสามารถในด้านต่างๆมากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Haringsma Et Al. (2006) และส่งผลให้ลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยได้อีกด้วย

ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่ชุมชน

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความขัดแย้งในตัวเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากับครอบครัวหรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและการขอความช่วยเหลือ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วยช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี (Cohen & Willis, 1985) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ronnachai (2005) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลการตอบสนองทางคลินิกในการลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยสำคัญได้แก่การคงอยู่ในยาและการมีระดับความสามารถในการ

ทำหน้าที่ทางสังคมที่ดี จากผลการงานวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า หากผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่ดีก็ย่อมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้นำการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและการขอความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วยและฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยกล้าที่จะแสดงออกและมีความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Susan (1998) ที่ได้ทำการศึกษารองศ์ประกอบที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการมีทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การกล้าแสดงออกมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย เช่นเดียวกับองค์ประกอบในเรื่องการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม และลดภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) นอกจากนี้ผู้ป่วยก็จะสามารถดูแลตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพ

ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน

ในขั้นนี้ผู้วิจัยนำการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) แหล่งทรัพยากรในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สถานที่ กลุ่มบุคคล ชมรมเครือข่ายต่างๆ เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการรับรู้แหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความช่วยเหลือเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้อื่น ได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง รวมถึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง มีการช่วยเหลือที่ติระหว่งผู้ดูแลด้วยตนเอง ทำให้ไม่รู้สึกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการแนะนำให้รู้จักกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น จะสามารถทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวดูแลตนเองในภาวะวิกฤตได้

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน $p=0.267$ และหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม 62.35 และ 33.50 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงในกลุ่มทดลองมีภาวะทุพพลภาพลดลงพบว่าคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที จะแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีภาวะทุพพลภาพลดลง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมจะมีภาวะทุพพลภาพคงอยู่หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยจะเห็นว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะทุพพลภาพในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเห็นได้ว่าภายในเวลาเท่ากันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลง ส่วนภายในกลุ่มควบคุมยังคงมีภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับเดิม

ดังนั้นจะเห็นว่าประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะทุพพลภาพ โดยในระลอกก่อนการทดลองคะแนนภาวะทุพพลภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเวลาผ่านไป ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนภาวะทุพพลภาพลดลงจากเดิมค่าเฉลี่ยคะแนน 10.30 พบว่า คะแนนภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่ากลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติที่ทางพยาบาลในชุมชนจัดให้

การที่ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีภาวะทุพพลภาพลดลง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมได้ประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรักความผูกพันในครอบครัว ภาคภูมิใจกับความสำเร็จที่เกิดขึ้นในอดีต โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านบวก และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในปัจจุบัน (วาสนา วรรณเกษม, 2554) นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการดูแลตามกิจกรรมในโปรแกรม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (วาสนา วรรณเกษม, 2554) และสามารถลดภาวะทุพพลภาพได้ การนำทั้งสองแนวคิดมาประยุกต์เข้าด้วยกันทำให้ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมในทุกๆ ด้าน จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสบายใจ สุขใจ เข้าใจและรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง และเนื่องจากในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยให้ความสำคัญของการให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครอบคลุมและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้ภาวะทุพพลภาพลดลงได้ ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้แสดงความคิดเห็นตามความรู้สึกของตนเอง ส่วนผู้วิจัยใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่ายขณะพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เครียดหรือกังวลว่าจะถูกหรือผิดกิจกรรมจึงดำเนินไปด้วยความราบรื่น มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การพูดคุยในเรื่องความเจ็บป่วยทั้งที่ทางด้านจิตใจที่ส่งผลทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นกับตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกอยากที่จะพูดคุยบอกเล่าให้ฟัง ผู้วิจัยแสดงถึงความเข้าใจ ยอมรับ และการเห็นอกเห็นใจ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้ไว้วางใจ บอกเล่าเรื่องราวของตนเองอย่างเปิดเผย ทั้งนี้การถ่ายทอดเรื่องราวนี้เกิดจากความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อผู้วิจัย โดยที่ผู้ป่วยสะท้อนว่า “คุณพยาบาลมาเยี่ยมถึงที่บ้านตั้งหลายครั้ง ดีใจที่มาก” “อยากให้เราเรื่อยๆ ฉันจะได้มีเพื่อนคุย หลังจากทำตามที่คุณพยาบาลแนะนำทำให้รู้สึกดีกว่าอาการดีขึ้น” และการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สามารถเข้าใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมได้มากขึ้น ผู้วิจัยแสดงความเข้าใจ ให้ความสนใจฟัง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ และหาแนวทางเพื่อนำไปสู่การปรับตัวที่ดี เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้อาการของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดีขึ้น (นภา จิรัฐจินตนา, 2554)

ผลจากการศึกษาทั้งสองข้อข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะทุพพลภาพวัยท้อในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการจัดกระทำกับกลุ่มทดลอง โดยนำโปรแกรมมาใช้เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยสาเหตุของตัวแปรตาม และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Pair Matching) ได้แก่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ คะแนนของภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความตรงภายใน (Internal Validity) ของการวิจัย และนำไปสู่การสรุปผลการทดลองได้ว่า คะแนนภาวะทุพพลภาพที่สูงขึ้นหลังการทดลองเป็นผลจากสิ่งทดลองหรือตัวแปรต้นที่จัดกระทำให้กับกลุ่มทดลองเท่านั้น (รัตนศิริ ทาโต, 2552) แล้วทำการสุ่มโดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุน ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละครั้งจะพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม มีความสามารถในการลดภาวะทุพพลภาพได้

นอกจากนั้นการวิจัยพบว่าในกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองมีคะแนนภาวะทุพพลภาพสูงกว่าระยะก่อนทดลองซึ่งอาจสนับสนุนได้ว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดภาวะทุพพลภาพ ถ้าไม่มีการจัดกระทำของโปรแกรมนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นได้ สิ่งที่พบจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบรายครอบครัว คือผู้ป่วยมีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งเนื่องจากการนัดหมายเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก และไม่มีควมยากลำบากในการเดินทางเนื่องจากผู้วิจัยไปดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีเวลาในการพูดคุยปรึกษากับผู้วิจัยนอกเหนือจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างเปิดเผยและเป็นกันเอง ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละครอบครัวมากขึ้น

ดังนั้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านร่างกาย และจิตใจ ได้อย่างเป็นองค์รวม ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี นอกจากนี้การมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา จะทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Burke & Walk , 1992 อ้างใน อรรวรรณ แผนคง , 2553) และลดภาวะ ทุพพลภาพได้อีกด้วย ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่อเนื่องไป และเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้การปรับตัวทั้งด้านร่างกายอ้อมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และการพึ่งพาหว่ากัน โดยนำครอบครัว ชุมชน สังคมเข้ามามีส่วนร่วมจะช่วยส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร่าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ และลดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาค่าการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้อในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่จะนำไปใช้ พยาบาลอาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสมและตามความสามารถของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม

1.3 เป็นแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อลดการเกิดภาวะทุพพลภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4. การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย จะช่วยทำให้เกิดความสนใจในการดำเนินกิจกรรมของผู้ป่วยได้ การให้การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ นำมาซึ่งความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความสุขใจ สบายใจ และภาคภูมิใจได้

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะทุพพลภาพอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาท หน้าที่ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาผลของกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับออกสู่ชุมชน และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาวะทุพพลภาพ

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2547). *สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวช*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2551). *ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ 2550*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- จันทนา รณฤทธิชัย. (2545). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- จิราวรรณ อินคัม. (2549). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความสารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. (2530). *ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายสังคมและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัตเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2532). *การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน*. เล่ม 1. กรุงเทพฯ.
- เขาวนีย์ ล่องชุมผล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดุขฎิ กฤษฎิ. (2551). *ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ อาเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ ดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- ธณินทร์ กองสุก. (2550). *รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2550 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- ธัญลักษณ์ หอบันลือกิจ. (2535). *ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราธรรมประณีจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภา จิรัฐจินตนา. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย กลุ่มพื้นที่พุทธมณฑลภาพสมอง. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- นิสากร กรุงไกรเพชร. (2540). *ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดในเขตภาคกลางของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุสรุา วรรภัทรพร. (2547). *ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2554). *ระเบียบวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- บุญพา ณ นคร. (2538). *รายงานการวิจัย การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญศรี นุเกตุ. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ปรีชา ศตวรรษธำรง. (2544). *การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรพรรณ สุดใจ. (2552). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). *จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล:จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงสำหรับโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พูลสิน เฉลิมวัฒน์. (2552). *ประสบการณ์มีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพิศ ปลั่งสุข. (2551). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรภร วิริยวงศ์. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- รัฐพล อินทวิชัย. (2540). *สภาพชีวิตของผู้เสพยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการเสพยาบ้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา วรรณเกษม. (2554). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึง ความหลัง ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรงค์ ทับสายทอง. (2533). *จิตวิทยาผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini Mantal State Examination:TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. Retrieved 12 ธันวาคม 2553, from http://www.agingthai.org/files/user/345/page/20090422_70743.pdf
<<http://www.agingthai.org/files/user/345/page/20090422%2070743.pdf>>
- สรยุทธ วาสิกานานนท์. (2548). *โรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สรินดา น้อยสุข. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2552). *ภาวะโรคของคนไทย*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- สำราญ ดวงสว่าง. (2547). *การสนับสนุนทางสังคม การบรรลุลงานตามขั้นพัฒนาการและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. (2551). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ (นานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม. (2551). *การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *โครงการสูงอายุในประเทศไทยรายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). *มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรผู้สูงอายุ*. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 3(2), 49-62.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธการพิมพ์.

- อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. (2547). *คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัปสร รังสิปการ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแล
 ตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง. (2554). *ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้า
 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
 และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Alexopoulos, et al. (1996). Disability in geriatric depression. *American Journal Psychiatry*
 153, 877-885.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental
 disorders*(4 ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T. (1979). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspect aspect*. New
 York: Hoeber Medical Division.
- Blazer D. (1982). *Depression in Late Life*. St.Louis: Mosby.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). A Social support measure. *Nursing Research*, 30(5),
 277-280.
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life: Directions for future research.
American Journal of Geriatric Psychiatry, 9(2), 102-112.
- Callahan, W. S., TE. et. al., (1998). Mortality, symptom, and functional Impairment In
 late-life depression. *Journal of General International Medicine*, 13, 746-752.
- Caplan, G. (1980). *Support system and community mental health*. New York: Behavioral
 Plublication.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*,
 38(5), 300-314.
- Cockerham, W. C. (1997). *This aging society* (2 ed.). NJ: Prentice-Hall.
- Crawford. (2004). Depression: intervention for a global problem. *British Journal of
 Psychiatry*, 184, 979-380.
- Donna, C. (2003). *Socail work and health Care in an Aging Socaiety*. New York: Springer
 Publishing Co.
- Frisch, N. C. F., L.E. (2002). *Psychiatric mental health nursing* (2 ed.). Albany: Delma.
- Geriatrics, R. (1992). *Standardized assessment scale of elderly people: The Royal
 College of Physicians of London and the British Geriatrics society*.

- Gurland, B. J., Wilder, D.E. & Barkman. C. (1998). Depression and disability in the elderly: Reciprocal relation and changes with age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3, 163-179.
- Haley, S. M., Jette, A.M., Coster W.J., Kooyoomjia, J.T., & Dubuc, N. (2002). The Late Life Function And Disability Instrument : II development and evaluation of the function Component. *Journal Geronto*, 57(209-216).
- Haruma saito, K. i. T. e. a. (2008). *Work stress and social support*. Maosachusetts: Addison Westley.
- Hay, R. D., Well, K.B., Sherbourne, C.D., Roger, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and wellbeingoutcomes of patients with depression compared with chronic general medicalillnesses. *Archives General Psychiatry* 52: 11-19.of late f life depression. *Journal of affective disorders*, 77, 53-64.
- Hayashidg, W. L. B. J. F. C. (1992). Social Support and Depression Among Low Income Elderly. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?sid=8AV3DE2GOWH49H034PSG6LC4FUB1BSQ4&ID=7672>
- Iris, C., et. al. (2005). Prevalence of Depression and Its Correlates In Hong's Chinese Older Adult. *June 15, 2005*. from www://ajgp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/13/5/409
- Jacob, K. S., et. al. (2002). A Randomised controlled trial of and educational intervention for Depression among asian women in primary care in the united kingdom. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 139-148.
- Jacobson, D. E. (1986). Type & tinning of social support. *Journal of Social Behavior*, 27(9), 250-264.
- Jacoby, R. (1997). *Psychiatry in elderly* (2 ed.). Oxford: Oxford University press.
- Jette, M., Haley, M., & Kooyoomjian, T. (2002). *Late - life function and disability instrument*. Boston: Roybal center for the enhancement of late -life function Boston University.
- Jiang, W., Krishnan, R., & Connor, C. M. (2002). Depression and heart disease: evidence of a link, and its therapeutic implication. *CNS Drug*, 16, 111-127.
- Jitapunkul, S. (1994). Disability: the elderly problems. *Chula Medicine Journal*, 38(2), 68-75.
- Johnson, S. L., et. al. (2007). Dsoe Processing of Emotional Stimuli Predict Symptomatic Improvement and Diagnostic Recovery From Major Depression. *American Psychological Association*, 7(1), 201-206.

- Judd, L. L., et. al. (1998). Major Depression disorder: A prospective study of residual sub threshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of Affective Disorder*, 5, 97-108.
- Karp, J. K., Skidmore, E., Lotz, M., Lenze, E., Dew, M.A., and Reynolds, C.F. (1999). 2009. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1612-1619.
- Katz, F., Moskowitz, Joackson & Jaffe. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medical Achieve*, 5(12), 914-919.
- Keller, C. a. F., J. (2000). *Health Promotion for The Elderly*. USA: Sage Publications, Inc.
- Kennedy, K., Wisnicwsky, Mctz & Bijur. (1989). Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in urban elderly sample. *American Journal of psychiatry*, 146, 220-225.
- Kiosses, K., Murphy & Alexopoulos. (2001). Executive Dysfunction and Disability in Elderly Patients With Major Depression. *American Journal of Geriatric psychiatry*, 9, 269-273.
- Kondo, N., et. al. (2008). Impact of mental health on daily living activities of Japanese elderly. *Preventive Medical*, 46, 457-462.
- Kopec, J. A. (1995). Concepts of Disability: The activity apace model.[Electronic version] *Society. Science.Med*, 40(5), 649-656.
- Lindsey, A. M. (1997). *Instruments for clinical health-care Research* (2 ed.). Boston: Jones and Bartlett.
- Lu Hon. (2000). *Social Support and Post partum depression among primiparas*. Dissertation, M.D. (Nursing Science in Maternal and Child Nursing) Cheangmai: Graduate School. Photocopied.
- Michelle Morrison Valfre. (2001). *Foundation of Mental Health Care* (2 ed.). USA: A Harcourt Science.
- Murray, J. L., & Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Nagi, S. Z. (1965). *Some conceptual issues in disability and rehabilitation*. In: Sussman MB, ed. *Sociology and Rehabilitation*. Washington DC: Department of Health Education and Wefare.
- Nagi, S. Z. (1991). *Disability concepts revisited: implications for prevention* In: Pope AM, Tarlov AR, eds. *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*. Washington DC: National Academy Press.
- Neese, J. B. (1991). Depression in the general hospiral. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), 613-622.


- Norbeck, J. S. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nursing Research*, 34(4), 225-230.
- Organization, W. H. (2011). Schizophrenia. Retrieved June 26, 2011 from www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en
- Ory, M. G., & De Fries, G.H. (1989). *Self-care in later life*. New York: Springer Publishing Co.
- Oxman, T. E. et al. (1992). Social Support and Depressive symptoms in the elderly. Retrieved June 7, 2005, from <http://www.aje.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/135/4/356>
- Payman, V., George, K., & Ryburn, B. (2008). Religiosity of depressed elderly inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 16-21.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. N. (2006). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson education.
- Peres, S., Verret, C., Alioum, A. et al. (2005). Disablement process: factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. *Disability Rehabilitation*, 27, 263-277.
- Pope, A. M., & Tarlov, A.R. (1991). A model for disability and prevention. In: *Disability in America. Toward a National Agenda for Prevention* National Academy Press, Washington, DC. Retrieved November 2, 2010, from http://openlibrary.org/books/OL1537235M/Disability_in_America
- Pope, A. M., & Tarlov, A. R. (2008). *Committee on a national Agenda for the Prevention of Disability*: Institute of Medicine.
- Prince, M. J., et al. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. Retrieved June 7, 2005, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Abstract&list_uids=9089825
- Rogers, J. C., Holm, M. B., Raina, K. D., Dew, M. A., Shih, Min-Mei, Begley A. et al. (2010). *Disability in late-life major depression: Patterns of self-reported task abilities, task habits, and observed task performance*. [Electronic version]: *Psychiatry Research* in press.
- Roose, S. P., & Sackeim, H. A. (2004). *Late-Life Depression*. USA: Oxford University Press.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 381-406.
- Steffens, D. C., Hays, J. C. & Krishnan, K. R. (1999). Disability in geriatric depression. [Electronic version]. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 34-40.

- Thoits, P. A. (1986). social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 416-423.
- Verbrugge, L. M. (1990). Disability. Rheim. *Dis Clin North American journal articles, 16*, 741.
- Verbrugge, L. M. (1997). A Global Disability Indicator. [Electronic version]. *Journal of aging studies, 11*(4), 337-362.
- Verbrugge, L. M. J., S.Z. (1994). The disablement process. *Soc Sci Med, 38*(1), 1-14.
- Vink, D., et. al. (2008). Risk factors for anxiety & depression in the elderly: A Review. *Journal of Affective Disorder, 106*, 29-44.
- Von koff, M., Ormel, J., Katon, W., & Lin, E. (1992). Disability and depression among highutilizers of health care: A longitudinal analysis. [electronic version]. *Archives of General Psychiatry, 49*, 91-100.
- Weiss, R. S. (1974). *Doing unto others:Joining, modeling, conforming, helping, loving*. New Jersey: Prentice Hall.
- Well, K. B., Stewart, A., Hays, R., Burnam, M.A., Rogers,W., Daniels, M. et. al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association, 262*, 914-919.
- WHO. (1980). *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps*. Geneva: International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps.
- WHO. (2002). *The world Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*.Geneva: World Health Organization. Retrieved September 10, 2010, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- Yu Cheng Kao, L., & Yia Ping Liu. (2010). Compliance and Schizophrenia : The predictive potential of insight into illness, Symptom, and side effects. Retrieved July 21, 2011, from www.Sciedirect.com <<http://www.sciedirect.com/>>
- Zygmunt, A. e. a. (2002). Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry, 159*(6), 1653-1664.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย
นายแพทย์แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร
2. พล.ต.ต.สัณชัย วสุนธรา
นายแพทย์ (สบ5) ที่ปรึกษาพิเศษ แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ
3. นางกัญญาพิชญ์ จันทร์นิยม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการนักวิชาการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามโคก ปทุมธานี
4. อาจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร
หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. คุณบุษบา คล้ายมุข
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการนักวิชาการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลเสนา จังหวัด อยุธยา

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ของ นภา จิรัฐจินตนา (2554)
3. เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) และ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE –Thai 2002)
4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนด้านสังคม ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ของ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปีเดือน
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า / แยก
4. ที่อยู่
5. รายได้
 ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน
 3,000 บาท – 5,000 บาท 5,000 – 10,000 บาท/เดือน
6. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน อนุปริญญา/ปวส.
 ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 มัธยมศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี
7. ระยะเวลาเจ็บป่วย.....ปี (มากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)
8. โรคประจำตัว (มีอาการของโรคตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไป)
 ไม่มี
 มี ให้ระบุ.....
9. การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ (ภายใน ระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา)
 ไม่ได้เข้าร่วม
 เข้าร่วม ระบุ กิจกรรมและองค์กร/ชมรม/กลุ่มที่เข้าร่วม
 1.....
 2.....
 3.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทย (TGDS)

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีที่ผู้สูงอายุ ถ้าสามารถอ่านออกและเขียนได้ สามารถทำแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเอง

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อยๆ			
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อยๆ			
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			
20.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
21.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE -Thai 2002

คำชี้แจง 1. แบบทดสอบนี้ไม่ใช่ในผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวก หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนน ตามแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ข้อ 4.1)

2. ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูก และผิด)	คะแนน
1.Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2.Orientation for Place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
กรณีอยู่ที่บ้านพักคนชรา		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		
2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร		
2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี่ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสาวมอย่าง คุณ(ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ(ตา,ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		

ส่วนที่ 3. แบบวัดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะทุพพลภาพในบทบาทส่วนบุคคลและบทบาทที่เกี่ยวข้องกับสังคม มีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย

() ลงในช่องที่ตรงกับผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังแต่ละข้อว่าตรงกับความสามารถของท่านบ่อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

5 = บ่อยมาก
4 = บ่อยๆ
3 = บางครั้ง
2 = แทบจะไม่เคย
1 = ไม่เคย

ข้อ	ข้อความ	5	4	3	2	1	สำหรับ ผู้วิจัย
1	ท่านยังคงติดต่อกับบุคคลอื่นผ่านทางจดหมาย, โทรศัพท์ หรือ อีเมลบ่อยแค่ไหน						
2	ท่านได้ไปเยี่ยมเยียนเพื่อนและครอบครัวที่บ้านของพวกเขาบ่อยแค่ไหน						
3	ท่านให้การดูแลหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น รวมถึง การเตรียมการดูแลส่วนบุคคล, การไปรับ-ไปส่ง และเป็น รุระให้กับสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อน ได้บ่อยแค่ไหน						
4	ท่านดูแลภายในบ้านของท่าน ได้แก่ การจัดการและดูแล รับผิดชอบในส่วนของการทำงานบ้าน, ซักรีดเสื้อผ้า, ทำความสะอาดบ้าน และซ่อมแซมบ้านเล็กๆน้อยๆ ได้บ่อยแค่ไหน						
5	ท่านทำงานอาสาสมัครนอกบ้านได้บ่อยแค่ไหน						
6	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการอย่างกระตือรือร้น ได้แก่ กีฬาเดินเขา, การวิ่งจ็อกกิ้ง หรือ การว่ายน้ำ บ่อยแค่ไหน						

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมโดยการประเมินตามความรู้สึกประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย () ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงข้อเดียว

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น น้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น น้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ปานกลาง

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มาก

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มากที่สุด

	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	การสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ ท่านมีคนที่ท่านไวใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้					
2	บุคคลรอบข้าง ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้านไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
3	ท่านได้รับความรักความอบอุ่น และปลอดภัยจากครอบครัวท่าน					
4	สมาชิกในครอบครัวไม่ทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว					
5	สมาชิกในครอบครัวรับทราบปัญหาและความต้องการของท่านดี					
6	การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพนับถือและไม่แสดงท่าทีรังเกียจต่อท่าน					

ตัวอย่างคู่มือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

หลักการและเหตุผล

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความเครียด เป็นปราการป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดต่าง ๆ มากกระทบจนเกิดความผิดปกติขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีอารมณ์มั่นคง ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ สามารถปรับตัว และทำให้เขาไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สมาชิกจะบอกเล่าปัญหาและประสบการณ์ของตนในแต่ละครั้ง ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่กำหนดให้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือเพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยที่กิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยมีบทบาท ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำไปสู่กระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีค่า และสามารถทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้นอีกทั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม และก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางใจมากขึ้น

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal influence) ที่จะช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่ามีกำลังใจในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Kaplan and Sadock, 1993) การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมชั้นปฐมภูมิ ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนครอบครัวทั้งภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเป็นแหล่งการเรียนรู้การให้และรับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ผลของการได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม จะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถอาศัยอยู่ร่วมกันได้ มีการแสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางที่เหมาะสม ปราศจากความขัดแย้งสามารถรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ยอมรับการขอความช่วยเหลือซึ่งกันและกันสามารถเป็นกำลังใจในการฝึกฝนพฤติกรรมต่าง ๆ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จากการศึกษาของนภา จิรัฐจินตนา (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยอธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เกิดภาวะทุพพลภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นพลังกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และสามารถลดภาวะทุพพลภาพได้อีกด้วย

เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพ คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ด้านต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมพบว่าแนวคิดที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ครบ

ทุกด้านนั้นอาจใช้การ บูรณาการแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ร่วมกันกล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ด้านอารมณ์ การได้รับการยกย่อง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร จะนำไปสู่การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความมั่นคงของสภาพจิตใจและอาจช่วยลดภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ อย่างครบถ้วนและเพียงพอ เพื่อลดทุพพลภาพที่เกิดขึ้นนั้นจำเป็นต้องมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ (Pender, 1996) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์และมีความเกี่ยวพันกันที่เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ทำให้ได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ช่วยบรรเทาผลกระทบจากอารมณ์ซึมเศร้า อีกทั้งช่วยเพิ่มความสามรถในการทำหน้าที่ (Jonhson, 1998) และสามารถลดภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนา โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยบูรณาการสาระสำคัญตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1979) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) 5 ด้าน ได้แก่ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) 3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) 4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) 5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) โดยคาดว่าแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้

ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัว

สาระสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุดเป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพันห่วงใย เห็นอกเห็นใจ รู้สึกไว้วางใจ การรับฟัง ตลอดจนจนการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเครือข่ายทางสังคมทั้งกลุ่มปฐมภูมิหรือกลุ่มทุติยภูมิ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เกิดภาวะทุพพลภาพต้องได้รับการดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทำให้เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า รวมทั้งขาดความมั่นคงทางจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่าการสนับสนุนด้านอื่นๆ (Wortman & Conway, 1985) โดยช่วยบรรเทาและให้สามารถปรับตัวได้ในสถานการณ์ความเครียดนั้น (Callaghan & Morrissey, 1993) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านอารมณ์นี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการความดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งจะทำให้เกิดกลไกการป้องกันอันตรายที่เกิดจากความทุกข์ ส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าและความหมาย(ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532) และการเกิดอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่าจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย (นภา จิรัฐจินตนา, 2554) จึงช่วยลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ใบงานที่ 1

บ้านแห่งความรัก

คำชี้แจง : ให้ร่วมกันวาดภาพบ้านและระบายสี ตามความคิดของท่าน พร้อม
ร่วมกันตั้งชื่อ (โดยใช้เวลา 30 นาที)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชื่อบ้าน.....

ครั้งที่ 2 รู้ทันโลกไว้ห่างไกลทุพพลภาพ

สาระสำคัญ

การสนับสนุนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การใช้ยาด้านเศร้า ผลข้างเคียงของยา และการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การเสริมความรู้เรื่องการเจ็บป่วยของโรคที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นต้องเตรียมพร้อมซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยเสริมความมั่นใจ ในการนำความรู้และทักษะต่าง ๆ ไปปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้อีกด้วย

บัตรคำในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 2

<p>ภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคือ.....</p>	<p>ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ หรือ การสูญเสียของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการแสดงบทบาทส่วนบุคคล และบทบาททางสังคมที่เป็น การปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป</p>
<p>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพพลภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพศ (Gender) 2. อายุ (Age) 3. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 4. การสนับสนุนทางสังคม
<p>โรคซึมเศร้าคืออะไร</p>	<p>โรคที่เป็นแล้วมีภาวะจิตใจหม่นหมอง ท้อแท้ มองโลกแง่ร้าย รู้สึกผิด วิตกกังวลเครียดมาก เบื่อหน่าย ปวดศีรษะ จุกเสียด</p>
<p>สาเหตุของโรคซึมเศร้า</p>	<p>ด้านชีวภาพ:สารสื่อประสาทในสมอง, พันธุกรรม, ประวัติครอบครัว ด้านจิตใจ :มีความคิดหดหู่ ท้อแท้ ด้านสังคม:ปัญหาชีวิต การสูญเสีย</p>
<p>อาการของโรคซึมเศร้า</p>	<p>เบื่อหน่าย ไม่แจ่มใส หมดความสนใจ ร้องไห้หรือ เสร่าง่าย ความสนใจลดลง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดท้อง หลงลืม สมาธิไม่ดี ความอยากอาหาร เปลี่ยนไป</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ</p> 	<p>สมาชิกครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ควรปลอบใจให้กำลังใจเมื่อเผชิญปัญหาภาวะที่มีผลต่อจิตใจพร้อม รับฟังการระบายความทุกข์</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ</p> 	<p>สร้างบรรยากาศให้อบอุ่นในครอบครัว มีกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัวและสังคมเช่นทำบุญ ตักบาตรร่วมงานตามประเพณีในชุมชน</p>
<p>การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ</p>	<p>ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเดิมๆ เช่น จัดบ้าน ปลุกต้นไม้ ไปท่องเที่ยวในสถานที่ใหม่ๆ</p>

ครั้งที่ 3 การยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกครอบครัว

สาระสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) เป็นการรับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคงและเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ภาพรวมที่เกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความรู้สึกมั่นคง และเป็นสุขใจตระหนักรู้ในศักยภาพของตน การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมจนสำเร็จจะเกิดความภาคภูมิใจและเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่น เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ และลดภาวะทุพพลภาพได้อีกด้วย

ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่ชุมชน

สาระสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นการทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จะมีความรู้สึกด้านลบและคิดว่าตนเองไม่มีความหมาย สังคมไม่ยอมรับ และไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นในสังคมได้ ดังนั้นการให้ความรู้และฝึกทักษะการสื่อสารให้กับผู้ป่วยจะเป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร และสามารถเข้ากับบุคคลในสมาชิกในครอบครัวและสังคมได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไม่รู้สึกแปลกแยก อีกทั้งการที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จะเพิ่มคุณค่าทางด้านจิตใจ และลดภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ(นภา จิรัฐจินตนา,2554) นอกจากนี้ผู้ป่วยก็จะสามารถดูแลตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพ

ใบงานที่ 4

ชื่อกิจกรรม การสื่อสารเชิงบวก

เวลาที่ใช้ดำเนินการ 10 - 15 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการสร้างกำลังใจให้กับตนเองและผู้อื่น
2. เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจข้อดีและข้อบกพร่องของการสื่อสาร

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหยิบบัตรคำคนละ 1 แผ่น แล้วให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนอ่านบัตรคำที่ตนหยิบได้ให้กับสมาชิกคนอื่นฟัง พร้อมบอกความรู้สึกต่อคำพูดในบัตรคำที่ตนหยิบได้ และผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นได้แสดงความคิดเห็นกับคำพูดในบัตรคำของเพื่อนสมาชิก เมื่อสมาชิกแต่ละคนบอกความรู้สึกต่อบัตรคำที่ตนหยิบได้ หลังจากนั้นให้อ่านจนครบทุกคน ซึ่งบัตรคำจำนวน 10 บัตร เขียนข้อความดังต่อไปนี้ทำอะไรก็ได้เรื่อง ไม่ต้องทำแล้ว, พยายามอีกนิด ทำได้ดีแล้วนะ, รู้หรือเปล่าว่าทำอะไรลงไป, ไม่เป็นไรทำใหม่ได้, โชคดีจังเลยที่ได้รู้จักคุณ, คุณเป็นคนที่มีความหมายสำหรับฉัน, ฉันมั่นใจว่าคุณทำได้และทำได้ดีด้วย, ไม่มีคำว่าสายถ้าจะเริ่มต้นใหม่ความพยายามอยู่ที่ไหนความสำเร็จอยู่ที่นั่น, ต้องมีสักวันที่เป็นวันของเรา
2. ผู้วิจัยกลุ่มยกตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้ ทำอะไรก็ได้เรื่อง ไม่ต้องทำแล้ว, พยายามอีกนิด ทำได้ดีแล้วนะ แล้วให้สมาชิกบอกความรู้สึก ข้อดีหรือข้อเสียของคำพูดดังกล่าว
3. ผู้วิจัยกลุ่มสรุปเนื้อหาข้อคิดเห็นที่ได้
4. ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทุกคนบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากทำกิจกรรมนี้
5. ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยเพิ่มเติม

แบบบันทึกการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

คำชี้แจง

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงในการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน

	กิจกรรม	ปฏิบัติ ทุกวัน	4-5 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	2-3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	1 ครั้ง ต่อ เดือน	ไม่ ปฏิบัติ
1.	การพูดคุยการช่วยเหลือการทำ กิจกรรมในครอบครัว เช่น กวาด บ้าน ถูบ้าน					
2.	การรับประทานยา					
3.	การจัดการกับอาการข้างเคียง					
4.	การผ่อนคลายความเครียด					
5.	การเดินไปจ่ายตลาด					
6.	การไปวัด					
7.	การพูดคุยกับคนในชุมชน					
8.	การรู้จักการของความช่วยเหลือเมื่อ จำเป็น เช่น การขอความช่วยเหลือ 1669					
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน

สาระสำคัญ

การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) แหล่งทรัพยากรในชุมชน สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สถานที่ กลุ่มบุคคล ชมรมเครือข่ายต่าง ๆ เป็น ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการรับรู้แหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความช่วยเหลือเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้อื่น ได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง รวมถึงมีผลทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง มีการช่วยเหลือที่ีระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง ทำให้ไม่รู้สึกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการแนะนำให้รู้จักกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น จะสามารถทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวดูแลตนเองในภาวะวิกฤตได้

สมุดบันทึกด้วยรักจึงดูแล

คำชี้แจง

ในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งจะต้องนำสมุดเล่มนี้ติดตัวมาทุกครั้ง ในแต่ละครั้งหากทำกิจกรรมสำเร็จ จะได้ หัวใจ 1 ดวง หากใครมีหัวใจครบ 5 ดวงจะสามารถนำมาแลกกับของรางวัล

ครั้งที่	วันที่	กิจกรรม	รับใจ	พยาบาล
1		การส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัว		
2		รู้ทันโลกไว้ห่างไกลทุพพลภาพ		
3		ยอมรับยกย่องกันภายในสมาชิกในครอบครัว		
4		ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่ชุมชน		
5		เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน		

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้

กิจกรรมที่	ครอบครัวที่/จำนวนคน ในครอบครัว	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ครั้งที่ 1 การส่งเสริมความรัก ความใส่ใจในสมาชิกใน ครอบครัว	ครอบครัวที่ 1 (4)	1 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 2 (2)	1 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 3 (3)	1 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 4 (3)	1 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 5 (4)	3 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 6 (2)	3 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 7 (3)	3 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 8 (4)	3 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 9 (4)	4 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 10 (3)	4 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 11 (4)	4 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 12 (4)	4 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 13 (3)	5 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 14 (4)	5 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 15 (2)	5 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 16 (3)	5 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 17 (4)	6 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 18 (4)	6 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 19 (2)	6 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 20 (2)	6 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้

กิจกรรมที่	ครอบครัวที่/จำนวนคน ในครอบครัว	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ครั้งที่ 2 รู้ทันโรคไวรัสทางไกล ทุพพลภาพ	ครอบครัวที่ 1 (4)	9 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 2 (2)	9 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 3 (3)	9 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 4 (3)	9 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 5 (4)	10 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 6 (2)	10 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 7 (3)	10 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 8 (4)	10 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 9 (4)	11 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 10 (3)	11 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 11 (4)	11 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 12 (4)	11 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 13 (3)	13 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 14 (4)	13 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 15 (2)	13 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 16 (3)	13 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 17 (4)	15 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 18 (4)	15 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 19 (2)	15 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 20 (2)	15 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้

กิจกรรมที่	ครอบครัวที่/จำนวนคน ในครอบครัว	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ครั้งที่ 3 การยอมรับยกย่องกัน ภายในสมาชิก ครอบครัว	ครอบครัวที่ 1 (4)	21 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 2 (2)	21 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 3 (3)	21 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 4 (3)	21 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 5 (4)	22 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 6 (2)	22 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 7 (3)	22 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 8 (4)	22 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 9 (4)	23 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 10 (3)	23 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 11 (4)	23 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 12 (4)	23 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 13 (3)	24 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 14 (4)	24 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 15 (2)	24 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 16 (3)	24 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 17 (4)	25 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 18 (4)	25 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 19 (2)	25 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 20 (2)	25 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้

กิจกรรมที่	ครอบครัวที่/จำนวนคน ในครอบครัว	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิต ใหม่สู่ชุมชน	ครอบครัวที่ 1 (4)	28 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 2 (2)	28 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 3 (3)	28 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 4 (3)	28 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 5 (4)	29 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 6 (2)	29 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 7 (3)	29 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 8 (4)	29 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 9 (4)	30 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 10 (3)	30 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 11 (4)	30 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 12 (4)	30 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 13 (3)	31 ก.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 14 (4)	31 ก.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 15 (2)	31 ก.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 16 (3)	31 ก.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 17 (4)	1 ส.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 18 (4)	1 ส.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 19 (2)	1 ส.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 20 (2)	1 ส.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้

กิจกรรมที่	ครอบครัวที่/จำนวนคน ในครอบครัว	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากร ของชุมชน	ครอบครัวที่ 1 (4)	6 ส.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 2 (2)	6 ส.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 3 (3)	6 ส.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 4 (3)	6 ส.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 5 (4)	7 ส.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 6 (2)	7 ส.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 7 (3)	7 ส.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 8 (4)	7 ส.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 9 (4)	8 ส.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 10 (3)	8 ส.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 11 (4)	8 ส.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 12 (4)	8 ส.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 13 (3)	9 ส.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 14 (4)	9 ส.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 15 (2)	9 ส.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 16 (3)	9 ส.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.
	ครอบครัวที่ 17 (4)	10 ส.ค. 2556	9.00 น.- 10.00 น.
	ครอบครัวที่ 18 (4)	10 ส.ค. 2556	10.30 น. – 11.30 น.
	ครอบครัวที่ 19 (2)	10 ส.ค. 2556	13.00 น. – 14.00 น.
	ครอบครัวที่ 20 (2)	10 ส.ค. 2556	14.30 น. – 15.30น.

รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ

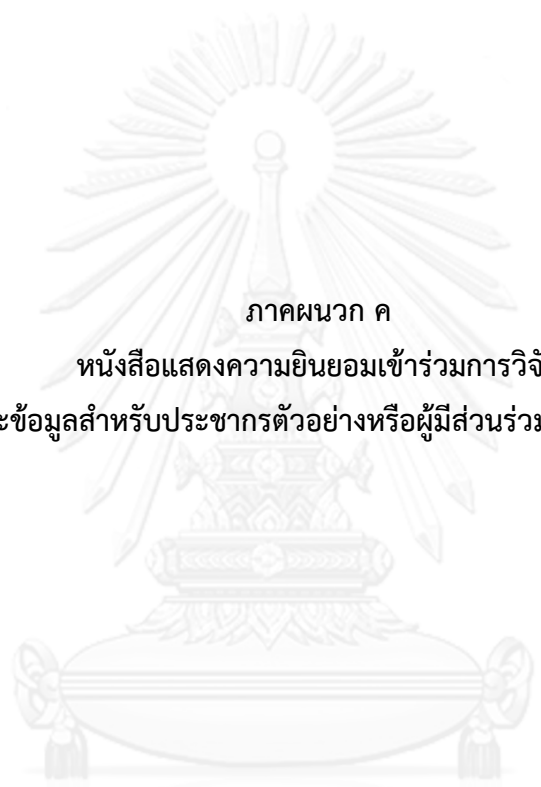


ร.ต.ท.หญิงยุวดี แตรประสิทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
และข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
วัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัยหลัก รศ.ดร.ประสิทธิ์ หญิงยุวดี.ท.ต.

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ บ้านเลขที่ 492/1 ถนน อังรีอุษณังค์

ตำบล ปทุมวัน อำเภอ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มือถือ...089- 8155998.....E-mail Address : nongpuy2530@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และติดตามผล หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลตามปกติ
4. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี ทั้งหมดจำนวน 40 คน และครอบครัว แบ่งเป็น (ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว) กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (DSM IV หรือ ICD-10)
3. มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป (12 คะแนนขึ้นไป)
4. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
5. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
6. การดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลเพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์คัดเข้า เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย เรียงรายชื่อแล้วทำการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ในกลุ่มทดลองประกอบด้วย ผู้ป่วย และครอบครัว(ผู้ดูแลหลัก หรือสมาชิกครอบครัว) รวมเป็น 2 คน เหตุผลที่ได้รับเลือกคือมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและเป็นไปตามแนวทางการวิจัย ระยะเวลาที่คาดว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยโดยดำเนินการรายครอบครัวประกอบด้วย กิจกรรม 5 ครั้งๆละ 45- 60 นาที
5. กระบวนการการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมรายครอบครัว 5 ครั้งๆละ 45 - 60 นาที ที่บ้านของผู้ป่วยหรือที่โรงพยาบาล ดังนี้

ครั้งที่1 การส่งเสริมความรักความใส่ใจในครอบครัว เป็นกิจกรรม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย กับผู้ป่วย และครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และมีแรงจูงใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 รู้ทันโรคไว้ห่างไกลทุพพลภาพ กิจกรรมนี้เป็นการทบทวนความรู้และร่วมกันวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดยพยาบาลเสริมความมั่นใจ ในการนำความรู้และทักษะต่าง ๆ ไปปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน

ครั้งที่ 3 การยอมรับกันและกันภายในครอบครัว เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ครอบครัวยอมรับซึ่งกันและกัน การปรับทัศนคติระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองมีคุณค่า สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองและช่วยลดภาวะทุพพลภาพ

ครั้งที่ 4 ร่วมมือร่วมใจนำชีวิตใหม่สู่สังคม เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับบุคคลในชุมชน เพิ่มทักษะในการสื่อสารกับบุคคลภายในชุมชน และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างคนปกติทั่วไป

ครั้งที่ 5 เรียนรู้แหล่งทรัพยากรของชุมชน เป็นกิจกรรม เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวอีกทั้งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกว่าจะไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัย

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทำการอ่านให้ฟังโดยผู้วิจัยหลัก หรือให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านด้วยตนเอง
7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อแพทย์ผู้รักษาต่อไป หากต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรองต้องได้รับการอนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และการยินยอมจากผู้ป่วย
8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวัน เวลาสถานที่ในการเข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงความพอใจและความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยและปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยและถอนตัวออกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลถึงการได้รับการรักษาแต่อย่างใด
9. ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการยุติการให้สัมภาษณ์ได้ทันที โดยจะไม่เสียผลประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ และหากผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางจิต ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะหยุดการดำเนินการวิจัยทันที เพื่อทำการประเมินสภาพจิตใจและบำบัดเบื้องต้น จากนั้นจะได้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งต่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช แพทย์หรือ จิตแพทย์ต่อไป การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้มี **ประโยชน์**ในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และการพัฒนาระบบการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในพื้นที่ปทุมธานี ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น **ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติม และสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ ร.ต.ท.หญิงยุวดี แตรประสิทธิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 089- 815-5998 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
วัยสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย ร.ต.ท.หญิงยุวดี แตรประสิทธิ์

ที่อยู่ติดต่อ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ 492/1 ถนน อังรีนังต์ แขวง วังใหม่ เขต ปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

มือถือ...089- 8155998.....E-mail Address : nongpuy2530@gmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**
จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย
ข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบวัด
ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุไทย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สมัครใจเข้า
ร่วมกิจกรรมจำนวน 5 ครั้งๆละ 60- 90 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วม
ในการวิจัยจะเก็บไว้ประมาณ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้น
ว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หมายเหตุ

การศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเสพติด, ผู้ติดเชื้อ HIV, หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, หญิงบริการ
แรงงานผิดกฎหมาย หรือการลงนามนั้นอาจทำให้เกิดความเสียหาย/เป็นการเปิดเผยความลับของผู้มี
ส่วนร่วมในการวิจัยเป็นต้น ผู้วิจัยสามารถขอยกเว้นการลงนามได้

ในกรณีที่งานวิจัยที่มีความเสี่ยงน้อย เป็นต้นว่า การวิจัยที่ใช้แบบสอบถามที่ไม่ระบุชื่อผู้ตอบ
แบบสอบถาม, งานวิจัยที่วิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิ หรือการศึกษาสิ่งส่งตรวจที่ไม่สามารถสืบค้น
กลับได้ว่าเป็นบุคคลใด การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสามารถขอยกเว้นใบ
ยินยอมได้

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยต้องระบุว่ามีการให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แม้ว่าจะมีการขอ
ยกเว้นใบยินยอมหรือไม่ต้องลงนามในใบยินยอม

ที่ ศร 05.2.11/ ๑๓๖๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรราช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๓ พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจโทหญิง ยุวดี เมตราประสิทธิ์ บัณฑิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชสิมมัตต์ สุบุตรโชติยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของ นางอังฉวียามพันธ์ สุทธิบุญ สาขาวิชาสุขภาพจิตและสุขภาพจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2546) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศารทรรณ ธีระปิ่นดา เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บัณฑิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. รัชสิมมัตต์ สุบุตรโชติยา)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
คณาจารย์ที่ปรึกษา
บัณฑิต

โทร. 0-2218 1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชสิมมัตต์ สุบุตรโชติยา โทร. 0-2218 1159
ร้อยตำรวจโทหญิง ยุวดี เมตราประสิทธิ์ โทร. 089-815-5998



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี(กลุ่ม พรส.) โทร.๓๒๕๕
 ที่ รบ.๐๐๓๒.๑๐๒.๑/ ๖๒๐๒๕
 เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน ร้อยตำรวจโทหญิง ยวดี แตรประสิทธิ์

สืบเนื่องจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ชื่อผลงานวิจัย " ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า " ผู้วิจัยหลัก ร้อยตำรวจโทหญิง ยวดี แตรประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณา **อนุมัติ** ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรีตามโครงการงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระราชวโร)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 โรงพยาบาลราชบุรี

ที่ ศธ 0512.11/066 5



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศรัทธา ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

| 7 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ประสานงานการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจโทหญิง อุชาติ แตรประสิทธิ์ บัณฑิตชั้นปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอลาเรียนเชิญ นางวาสนา วรรณเกษม พยาบาลชำนาญการ เป็นผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ประสานงานการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณระณี ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางวาสนา วรรณเกษม

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 2218-1130

คณาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อบัณฑิต

ร้อยตำรวจโทหญิง อุชาติ แตรประสิทธิ์ โทร. 085-900 9711

ที่ ศก 0512.11/ 0669

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขอลเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน พล.ต.ต. สัจจชัย วสุนธรา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

แนบด้วย ร้อยตำรวจโทหญิง ยุวดี แดงประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 2218-1130

ตารางที่ปรึกษา

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

ที่ปรึกษา

ร้อยตำรวจโทหญิง ยุวดี แดงประสิทธิ์ โทร. 085-900-9711

ที่ ศธ 0512.11/0๒๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศัลยพรหม ชั้น 11
ถนนเพชรราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

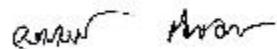
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสิ่งพิมพ์) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจโทหญิง ยุวดี แครประสิทธิ์ มีสื่อด้านปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางบุษบา ศลิษามุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการและผู้บริหารพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีสื่อด้านวิทยานิพนธ์เพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านประธานสหภาพพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ สังข์รัมย์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางบุษบา ศลิษามุข
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0 2218-1131 โทรสาร. 0 2218-1130
กองบรรณารักษ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159
วิจัยสังคม	ร้อยตำรวจโทหญิง ยุวดี แครประสิทธิ์ โทร. 085 909 9711

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขอลงนามไว้ที่บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉนดรางวัลยกย่อง (ฉบับสั่งเจป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจโทหญิง พุวดี แครบประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคอ้วนเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งสันทัด สุขทรโชชา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกัญญาทิพย์ จันทร์นิม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักวิชาการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรงต่อความตรงความเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พึงเห็นชอบซึ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภวณีย์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เป็นนายเรียน นางกัญญาทิพย์ จันทร์นิม

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

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งสันทัด สุขทรโชชา โทร. 0 2218 1159

ข้อนี้ติดต่อ ร้อยตำรวจโทหญิง พุวดี แครบประสิทธิ์ โทร. 085 900 9711

ที่ ศท 0512.11/0665

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบวรราชชนนีศรีเลขาพรช ชั้น 21
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2566

เรื่อง ขออนุมัติบุคคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

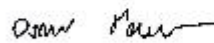
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ (อนันต์ สิ่งเจป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจโทหญิง สุวดี แพรประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทชั้นตรี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุเมทธิไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. บุรณาล บรรทมพร อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีสิทธิ์สร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณี จิตวิวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้แนะนำเรียน	อาจารย์ ดร. บุรณาล บรรทมพร
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0 2218-1131 โทรสาร 0-2218 1139
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุเมทธิไชยา โทร. 0 2218-1159
ชื่อหนังสือ	ร้อยตำรวจโทหญิง สุวดี แพรประสิทธิ์ โทร. 085 900-9711

พ.ศ. 0512.11/0669

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยตำรวจโทหญิง สุวดี แตรประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการศึกษานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ อธิบุญวรวัชชัย นายแพทย์ แผนกจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สืบมาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ อธิบุญวรวัชชัย

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

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

ติดต่อ ร้อยตำรวจโทหญิง สุวดี แตรประสิทธิ์ โทร. 085-900-9711

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

LON CC-THESIS09

เลขที่รับ	609
วันที่	20 11 05
เวลา	14.00 น
ผู้รับ	[Signature]

เรื่อง ขอนำเครื่องมือการวิจัยมาใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ทนายคดี สำนักกฎหมาย

ข้าพเจ้า อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี (ยศ) อ.ศิริ (นามสกุล) รับผิดชอบประจำตัว 5499182096
 นิสิตสาขาวิชา นิติศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ และ นิติศาสตรบัณฑิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ของ
 ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวินิจฉัยคดีอาญา

มีคามประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ เครื่องคอมพิวเตอร์
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวินิจฉัยคดีอาญา
- ชื่อตำแหน่งเครื่องมือ อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี
- ชื่อกลางรายชื่อปริญญา อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี (ชื่อ) อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี (นามสกุล)
7 11 05

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี</u>	ความเห็นคณะกรรมการที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี</u>
ลงนาม <u>อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี</u> (<u>อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี</u>) <u>7 11 05</u>	ลงนาม <u>อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี</u> (<u>อ.ศ.ก.พญ. จุฑาดี</u>) <u>7 11 05</u>
ความเห็นรองศาสตราจารย์	นาย <u>.....</u>
ลงนาม <u>.....</u>	ลงนาม <u>.....</u> คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

21/11/05

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยตำรวจโทหญิง ยุวดี แตรประสิทธิ์ เกิดเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2530 ที่จังหวัดเพชรบูรณ์ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ (สถาบันสบทบจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) เมื่อปี พ.ศ.2552 ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง อาจารย์ (สบ1) กลุ่มงานอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จังหวัดกรุงเทพมหานคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY