

บทที่ 1

บทนำ



ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ในอดีตสังคมส่วนใหญ่ของโลกมักจะให้ความสำคัญกับเด็กมาตลอด โดยถือว่าเป็นอนาคตของชาติที่จะช่วยพัฒนานำความเจริญก้าวหน้ามาสู่ประเทศชาติของตน แต่กลุ่มประชากรที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าเด็กคือ กลุ่มประชากรวัยสูงอายุ เพราะเป็นผู้มีวิญญูติ เป็นผู้สืบทอดมรดกทางสังคมและวัฒนธรรมแก่อนุชนรุ่นหลัง ซึ่งถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าแก่สังคมปัจจุบัน ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตลอดจนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอายุยืนขึ้น มีผลทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2530 ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีประมาณ 3 ล้านคนเศษ หรือร้อยละ 6 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ คาดว่าปี พ.ศ. 2543 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 5.7 ล้านคน หรือร้อยละ 9.2 และในปี 2553 ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 7.6 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾

ประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงมากมาย ซึ่งได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะพบว่าเซลล์ต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส รวมทั้งสภาพทั่วไปของร่างกายเริ่มทำงานไม่ดี มีประสิทธิภาพลดลงเหนื่อยง่าย แตกต่างจากช่วงวัยหนุ่มสาว ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ซึ่งมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้สภาพอารมณ์และจิตใจเสื่อมถอยตามไปด้วย นอกจากนี้เมื่อสภาพร่างกายเสื่อมสมรรถภาพลงไปเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าต้องพึ่งคนอื่นมากขึ้น ประกอบกับการสูญเสียบทบาทในสังคม ด้านอำนาจ ตำแหน่ง หน้าที่การงาน จึงมีความกังวลใจ น้อยใจ และกระทบกระเทือนใจได้ง่าย ๆ และระยะนี้เป็นวัยที่ต้องพบกับการพลัดพราก การสูญเสียเพื่อน หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หรือการแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ผู้สูงอายุมักขาดเพื่อน เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่อำนวยไปมาหาสู่กับเพื่อนรุ่นเดียวกัน หรือ เพื่อนฝูงอาจตายไป และการขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวที่รุ่นเยาว์กว่าเนื่องจากทัศนคติต่างกัน ทัศนียมต่างกัน จึงทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรุ่นเยาว์ได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกในคุณค่าของตัวเอง (self - esteem) ลดน้อยลง ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ง่าย⁽³⁾ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ ที่เราเรียกว่า โรคซึมเศร้า

ปัจจุบันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่กำลังได้รับความสนใจจากคนทั่วโลก เนื่องจากมีปริมาณความชุกในสถานรับเลี้ยงดูเพิ่มสูงขึ้น พบว่า 12% ต้องได้รับการดูแลทั้งในระยะยาวและระยะสั้นในสถานดูแลผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ และจากการศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตนานาชาติ(The National Institutes of Health) หรือ HIN ตลอดระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละประมาณ 17⁽⁵⁾ และพบว่า 5-10% ของผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคทั่วไปได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major or Minor Depression) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพักพิงนาน ๆ จะมีความชุกของโรคซึมเศร้าสูงถึง 15-20% และมีอุบัติการณ์ของโรคสูงถึง 13%ต่อปี⁽⁶⁾ สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีผู้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าไว้ เช่น อัมพร โอตระกูล และคณะ (2536)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร และอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าความชุกของความซึมเศร้าของผู้สูงอายุชุมชนดินแดงมีร้อยละ 38 และที่อำเภอบรรพตพิสัย ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีร้อยละ 67.4 และ อิงใจ จันทมูล (2539)⁽⁸⁾ ศึกษาความชุกและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้ามีร้อยละ 2.4

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักเริ่มต้นด้วยความวิตกกังวลและมีความหงุดหงิด มีความหุดหู่ ความเศร้า อากาหรนอนไม่หลับ⁽⁹⁾ อากาหรเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุทุกขุทรมาน กล่าวคือ มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา รู้สึกผิด รู้สึกชีวิตไร้ค่า รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ มีความวิตกกังวลสูง มีอาการสงสัยไม่แน่ใจ มีอาการทางด้านร่างกายโดยที่ไม่ได้เกิดจากโรค⁽¹⁰⁾ สิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเลวลง และหมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

นอกจากผู้สูงอายุจะได้รับผลกระทบจากอาการเหล่านี้โดยตรงแล้ว ญาติซึ่งให้การดูแลก็มักจะได้รับผลกระทบตามไปด้วย กล่าวคือ เกิดความรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้านั้นเป็นภาระและมีผลทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าตามไปด้วย⁽¹¹⁾ หรือจากการศึกษาของ Lipzin และคณะ (1988)⁽¹²⁾ พบว่า ภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าไม่ได้ลดลงตามอาการที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าเลย จากรายงานทั้ง 2 ข้างต้นจะเห็นได้ว่า การที่ญาติมีผู้สูงอายุซึมเศร้าไว้ดูแล ญาติจะรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งภาระเหล่านี้จะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความรู้

และความเข้าใจเรื่องโรคด้วย ดังที่ Billing (1991)⁽¹³⁾ กล่าวไว้ว่าญาติมักมองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่า เป็นโรคที่มีสาเหตุไม่แน่นอน เนื่องจากไม่ทราบว่าจะเกิดจากลักษณะความอ่อนแอของร่างกายหรือเป็นสิ่งที่ร่างกายได้ทำให้เกิดขึ้นเอง หรือเป็นเพราะปัจจัยภายนอก ญาติไม่ได้มองว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางการแพทย์จริง ๆ แต่กลับมองว่าผู้ป่วยเต็มใจที่ทำให้เกิดขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งคือเป็นโรคที่ถูกควบคุมโดยผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุนี้จึงมีผลกระทบต่อการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อเกิดความรู้สึกต่อต้านเมื่อแพทย์ประเมินผลการรักษา นอกจากนี้อารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุมักจะไม่แสดงออกอย่างชัดเจน มีอาการแสดงออกทางการแพทย์ด้านร่างกาย (somatic complaints) และมีความวิตกกังวลมากกว่าอารมณ์เศร้าจริง ๆ^(3,9,10) ทำให้ทั้งผู้สูงอายุเองและญาติคิดว่าเป็นธรรมชาติของการเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย⁽⁴⁾ จึงทำให้ขาดการรักษาที่ทันที่ที่เกิดการละเลยรวมทั้งการรักษาโรคซึมเศร้าต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และส่วนใหญ่มักกลายเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ยาต้านเศร้าเป็นระยะเวลานานหรือบางรายต้องได้รับยาต้านเศร้าตลอดชีวิต⁽¹⁴⁾ สิ่งนี้ยิ่งทำให้ญาติไม่ยอมให้การดูแลผู้สูงอายุ เพราะคิดว่าไม่มีอะไรดีขึ้น ยิ่งจะทำให้ผู้สูงอายุขาดกำลังใจจากญาติและถูกทอดทิ้งไม่ได้รับความสนใจหรือดูแลในที่สุด

ด้วยเหตุนี้หากผู้ดูแลที่ใกล้ชิดมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลของโรคซึมเศร้า ลักษณะอาการพื้นฐานการเสื่อมถอยของร่างกาย สาเหตุ แนวคิดในเรื่องการรักษาและการดูแลที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่ทัศนคติที่ถูกต้องและส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าต่อไป ผู้วิจัยได้เล็งเห็นประโยชน์จากสิ่งนี้จึงได้ทดลองจัดทำคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง เรื่อง โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้น เพื่อใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยประยุกต์มาจาก การสร้างบทเรียนแบบโปรแกรม (Programmed Instruction) และดูว่าคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองนี้จะก่อให้เกิดความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ ถ้าหากมีผลดี ก็จะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้เข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งเป็นการลดภาระเรื่องเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมาเข้ากลุ่มสุขศึกษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

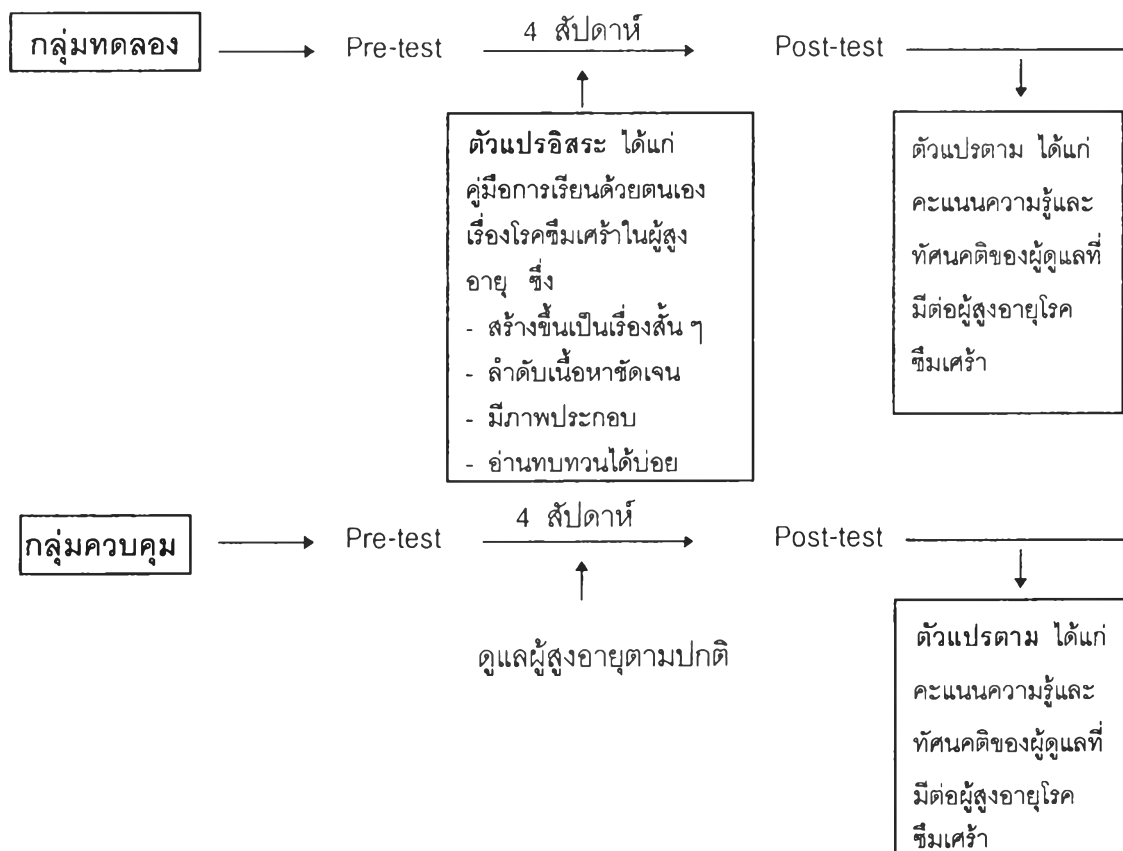
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ก่อนการทดลองคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน
2. หลังการทดลองคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองจะสูงกว่าในกลุ่มควบคุม
3. คะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน
4. คะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองจะสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิด



รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design) ชนิดก่อนและหลังโดยมีกลุ่มควบคุมหนึ่งกลุ่ม (before -after experimental with one control group)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กระทำเฉพาะในขอบเขตดังต่อไปนี้

1. ศึกษาการประเมินผลการใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งพาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามารักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในวันอังคารและศุกร์ และที่สถาบันประสาทวิทยา ในวันจันทร์และพฤหัสบดี
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (purposive sampling) แล้วสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธี block randomization โดยแยกปัจจัยด้านการศึกษาก่อน (stratified randomization) กลุ่มทดลองจะได้อ่านคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองต่อหน้าผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการอ่าน และทั้งสองกลุ่มดูแลผู้สูงอายุตามปกติที่บ้าน
3. ศึกษาเฉพาะความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพียงประการเดียว โดยถือเอาคะแนนจากแบบทดสอบความรู้ และแบบวัดทัศนคติซึ่งได้ผ่านการตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่น (reliability) แล้วเป็นเกณฑ์
4. ระยะเวลาในการศึกษาทดลอง 3 เดือน

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV (American Psychiatric Association's Diagnosis and Statistical Manual of Mental disorder-Forth Edition) โดยจิตแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย

นิยามตัวแปร

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแล และการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. ทักษะคติ (Attitude) หมายถึง ความคิดเห็น (Opinion) ความเชื่อ (Beliefs) ความจริง (Fact) รวมทั้งความรู้สึก (Feeling) ของบุคคลหนึ่งที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งแล้วก่อให้เกิดแรงจูงใจ นำไปสู่แนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ๆ ในลักษณะต่าง ๆ กัน ได้แก่ ด้านบวก ด้านลบ หรือเฉย ๆ

3. ผู้ดูแล (Carers) หมายถึง บุคคลซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลและเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีอายุระหว่าง 18-55 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีประวัติหรือเป็นโรคจิต โรคประสาท หรือปัญญาอ่อน ไม่เป็นผู้พิการทางหูและตา และไม่มีประสบการณ์หรือไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามาก่อน

4. ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Depressed elderly) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งจิตแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของ DSM IV (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Forth Edition)

5. คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-instruction manual) หมายถึง อุปกรณ์ประเภทสิ่งพิมพ์ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาการ สาเหตุ การรักษา การดูแล และการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยจัดทำเนื้อเรื่องเป็นบทละครสั้น ๆ มีการดำเนินเรื่องต่อเนื่องกันไป และมีภาพประกอบ โดยคู่มือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน 85/85 โดยที่ 85 ตัวแรกหมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถตอบคำถามในคู่มือได้ถูกต้องเฉลี่ยร้อยละ 85 และ 85 ตัวหลัง หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถทำแบบทดสอบความรู้หลังจากได้อ่านคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ถูกต้องเฉลี่ยร้อยละ 85

ปัญหาด้านจริยธรรม

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พยายามปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยที่ถูกต้องโดยคำนึงถึงหลักสิทธิของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะก่อให้เกิดปัญหาด้านจริยธรรม ดังนี้

1. ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแต่ละรายถือเป็นความลับ
2. ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลแต่ละรายตามความเหมาะสมในกรณี que ขอรับคำปรึกษา

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น
4. หลังจากจบการวิจัยผู้วิจัยมอบคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดีขึ้น รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รู้จักแสวงหาความรู้จากคู่มือต่าง ๆ ทางทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้
2. เพื่อทราบทัศนคติรวมทั้งความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อันจะเป็นแนวทางในการส่งเสริม การช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้อง ลดการกลับมาเป็นซ้ำอีก เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวและลดปัญหาทางเศรษฐกิจของประเทศ
3. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะจัดทำคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อตัดปัญหาการเข้ากลุ่มสุศึกษา ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การไม่มีเวลา หรือมีภาระครอบครัวต้องดูแลที่บ้าน เป็นต้น
4. เป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยที่จะนำคู่มือนี้ไปปรับปรุงและประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ต่อไป