e272150

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568
Journal of Health Sciences and Pedagogy Vol. 5 No.1 January – April 2025

Journal of Health and Pedagogy

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
Effect of an Empowerment Program on the Caregiving Burden of Elderly Individuals with Depression

เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ[1*] และ ณรัฐฐา หน่อพันธุ์[2]
Metta Lertkiatratchata[1*] and Naruttha Norphun[2]

[1]ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต, [2]โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
[1]Department of Mental Health, [2]Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

(Received: November11, 2024; Revised: January15, 2025; Accepted: January16, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชเฉพาะทาง(สูงอายุ) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 52คน แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ26 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ26 คนการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกันเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1)เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.85และ2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าดำเนินจัดกิจกรรม5กิจกรรมครั้งละ 30-60 นาทีผ่านการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์สถิติฟิชเชอร์ สถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระผลการวิจัยพบว่า 1.หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05(t= -2.1, p-value= 0.045)2.หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05(t= -2.25, p-value=.030)ผลการวิจัยแสดงถึงโปรแกรมฯสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมฯไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ,ภาระในการดูแล,ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า,ผู้ดูแล

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:mettalert@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of an empowerment program on the caregiving burden of caregivers for older adults with depression receiving outpatient services at the Geriatric Psychiatry Clinic, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. A total of 52 participants were randomly assigned to either the experimental group (n= 26), who participated in the empowerment program, or the control group (n= 26), who received standard care. Simple random sampling was used by alternately drawing lots to assign participants to each group. The research instruments included 1) a demographic questionnaire for caregivers and a caregiving burden assessment scale for caregivers of older adults with depression, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85; and 2) the empowerment program to reduce the caregiving burden of caregivers for older adults with depression consisted of five activities, each lasting 30–60 minutes. The program was reviewed by three experts, yielding a content validity index (CVI) ranging from 0.67 to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test, and independent t-test. The study results indicated that: 1) After participating in the program, the experimental group showed a statistically significant reduction in caregiving burden compared to before the intervention (t = -2.1, p = .045, p< .05). 2) The experimental group also had a significantly lower caregiving burden than the control group after the intervention (t = -2.25, p= .030, p< .05). These findings suggest that the empowerment program effectively reduces the perceived caregiving burden among caregivers of older adults with depression. Therefore, mental health and psychiatric nurses can apply this program in their practice to alleviate the caregiving burden experienced by these caregivers. Keywords: Empowerment Program, Caregiving Burden, Older Adults with Depression, Caregivers

Keywords: Empowerment Program, Caregiving Burden, Older Adults with Depression, Caregivers

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากถึง 12.5 ล้านคน และร้อยละ 14 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบความผิดปกติทางจิต (World Health Organization, 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้าที่ส่งผลต่อสภาพอารมณ์และบทบาททางสังคมลดลงอยู่ในภาวะพึ่งพา จึงทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ง่าย (Phalasak, Soonthornchaiya, & Upasen, 2017) ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศไทยร้อยละ 3.7-45.0 (Setapura & Chaisongkram, 2021) และต่างประเทศร้อยละ 13.0-27.5 (Jalali, Ziapour, Karimi, Rezaei, Emami, Kalhori, et al, 2024) ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจประเมินโรคซึมเศร้าและรักษาที่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมาจากเหตุ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวภาพ เช่น เปลี่ยนแปลงของสมองและสารสื่อประสาท ด้านจิตวิทยา เช่น ความคิดบิดเบือน การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และด้านจิตสังคม เช่น การสูญเสีย การขาดแรงสนับสนุน (Wongpanarak & Chaleoykitti, 2014) สูญเสียการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก มีผลกระทบคือความไม่มั่นใจในการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแย่ลง เกิดปัญหาด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขาดความคิดริเริ่ม หลีกหนีสังคมและเก็บตัวอยู่คนเดียว (Seenak, Nukaew, & Suttharangsee, 2018) เห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีข้อจำในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจและปรับตัวได้

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องมีความรับผิดชอบ ความเข้าใจเรื่องโรค เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และใช้เวลารักษาค่อนข้างนาน เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลส่วนหนึ่งอาจจะปรับตัวได้ แต่อาจมีบางส่วนที่ปรับตัวไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเจ็บป่วยทั้งทางกายและใจ มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยได้

(Chanapan, 2020) ผลจากการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อเนื่องและยาวนานส่งผลต่อการรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Khatta, Hanprasitkam, & Siripitayakunkit, 2018)

การเสริมสร้างพลังอำนาจจากแนวคิดของ Gibson (1991) เป็นแนวคิดที่ยอมรับผลของการพัฒนาสมรรถนะของบุคคล เนื่องจากเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมจากการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง และการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นการเสริมสร้างพลังให้บุคคลตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ โดยการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าในตนเอง จากการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเสริมพลังเชื่อมั่นในตนเอง (Poomsanguan, 2015) การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (Yimyam & Rodjarkpai, 2017). เปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ความสามารถในการดูแล สร้างกำลังใจ ความสามารถการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วย (Chansri, Samrannet, & Kor-issaranuphab, 2021); Naewbood, 2015) มีผลต่อมีการศึกษาของ Heidari, Mousavi, Mousavinasab, & AzimiLolaty (2020) พบว่าผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 12 ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ข้อมูล 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า คือ 3,031 ราย 3,918 ราย และ 3,206 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีเพียงแค่การให้คำปรึกษาทั่วไปสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และยังไม่มีรูปแบบการให้บริการที่เฉพาะหรือโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ชัดเจน ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่ต้องพัฒนาความรู้การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้รับรู้ความมีคุณค่าในตนเองทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ฟื้นหายใกล้เคียงปกติ ลดการพึ่งพาผู้อื่น และใช้เป็นแนวทางให้ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลทุกระดับโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลในการบำบัดด้านสังคมจิตใจผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

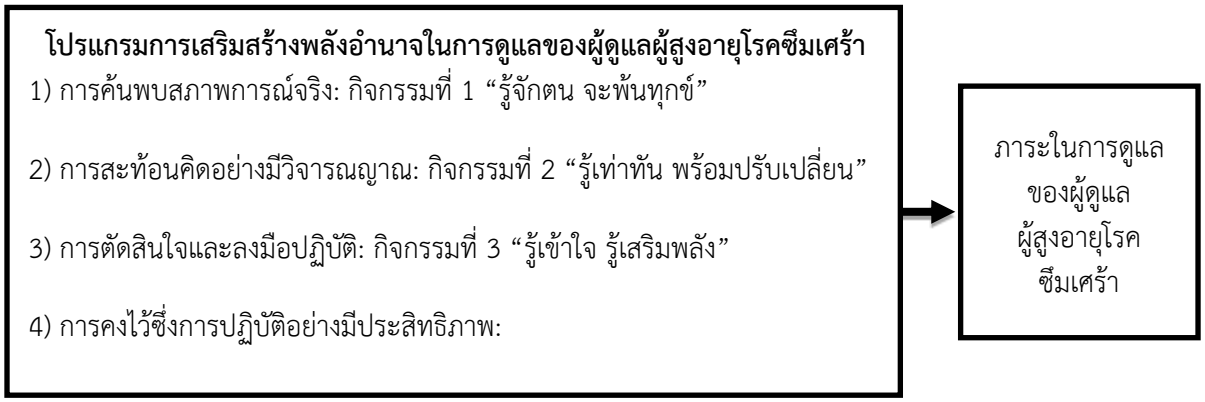
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยนำขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจภายใต้แนวคิดของ Gibson (1995) เชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคน การเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดดังกล่าวไปสู่โปรแกรมฯ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยสามารถอธิบายขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดังภาพ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) ใช้สองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ที่มารับบริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกจิตเวชเฉพาะทาง (สูงอายุ) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ระยะเวลาในการดูแลไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามเวลาที่กำหนด ไม่เป็นโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยจนก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เกณฑ์การยุติการวิจัย คือ ถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนเวลากำหนด

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก T-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two groups) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยใกล้เคียง (Noisuk, S., & Pimpimol P. ,2021) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.48 ค่าความคลาดเคลื่อน = .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 8 คน ซึ่งมีจำนวนน้อยมากผลการวิจัยครั้งไม่น่าเชื่อถือ จึงปรับค่าขนาดอิทธิพลเป็นขนาดกลางเท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน เผื่อการออกกลางคันร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน ดังสูตร (Jirawatkul, A., 2013)

$$n = \frac{42}{(1-.1)^2} = 51.85$$

แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน จับคู่ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เพศ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อายุ เพศ สถานภาพ ปัญหาสุขภาพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีบุคคลอื่นช่วยในการดูแลหรือไม่ ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย และระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลฉบับภาษาไทย (Toonsiri, Sunsern, & Lawang, 2011) ที่แปลเป็นภาษาไทยจากแบบวัดภาระของ Steven H. Zarit ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจาก 0 - 4 คะแนน จำนวน 22 ข้อ การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกเป็นภาระเป็น 4 ระดับ รวมคะแนน 0 - 88 คะแนน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดความรู้สึกภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Department of Mental Health, 2017; Singhard, 2016) วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและมีความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคล 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การการค้นพบสถานการณ์จริง ผ่านกิจกรรมที่ 1 “รู้จักตน จะพ้นทุกข์” เป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและผลกระทบที่เกิดจากโรคซึมเศร้าที่จำเป็นภาระของผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกและปัญหาการดูแล การบอกเล่าสภาพปัญหาแก่ผู้วิจัยโดยเปิดโอกาสให้คิดทบทวนและสำรวจปัญหาที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้ดูแลและผู้วิจัยร่วมทบทวนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าผ่านกิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทัน พร้อมปรับเปลี่ยน” ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแล โดยให้พยายามทบทวนเหตุการณ์ มองปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง วิเคราะห์ โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้วิจัย และตัดสินใจในการปฏิบัติการดูแลของดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ 3 “รู้เข้าใจ รู้เสริมพลัง” เป็นการร่วมมือกันหาทางเลือกและมีส่วนร่วมการตัดสินใจ ทำความเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ หากไม่สามารถจัดการปัญหาของตนเองได้ต้องร่วมกันค้นหาสาเหตุและปัญหาอุปสรรค เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประโยชน์โดยการเสริมแรงทางบวกและให้การสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กระบวนการที่ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติตัว ผ่านกิจกรรมที่ 4 “รู้ลงมือทำ สม่ำเสมอ” เป็นการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลของดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เหมาะสม และการสรุปประเมินผลผ่านกิจกรรมที่ 5 “รู้เติมพลังบวก อย่างต่อเนื่อง” เป็นการประเมินผลเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสิ้นสุดกิจกรรมโปรแกรมฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และ โปรแกรมฯ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 1 ท่าน และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งรายกิจกรรมและโดยรวม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 โดยผู้วิจัยปรับปรุงข้อความ นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาระในการดูแล ที่ไม่ได้ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยการหาค่า Cronbach′ s alpha coefficients มีค่าความเชื่อมั่น .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์และหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ คลินิกจิตเวชเฉพาะทาง (สูงอายุ) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัย ทำความเข้าใจแบบสอบถามและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้ช่วยนักวิจัยสำรวจทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชเฉพาะทาง (สูงอายุ) โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และแพทย์วินิจฉัยว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้า โทรศัพท์นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. ผู้ช่วยนักวิจัย เตรียมสถานที่ แบบสัมภาษณ์และแบบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างแนบแบบสอบถามทุกฉบับ

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ที่ห้องกิจกรรมกลุ่มงานบริการผู้ป่วย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ของการทำวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับจะนำข้อมูลวิเคราะห์รวมกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคนอื่น นำเสนอผลในภาพรวม ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและกล้าเปิดเผยความรู้สึกในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สถานที่ทำกิจกรรมมีความเหมาะสมเนื่องจากปราศจากเสียงรบกวนและมีความเป็นส่วนตัว ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดภาระในการดูแลก่อนเริ่มโปรแกรมฯ ส่วนกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดภาระในการดูแลเช่นเดียวกัน

6. กลุ่มทดลอง โดยนำโปรแกรมฯ ไปใช้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1–3 เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 13 คน จัดกิจกรรมวันละ 2 รอบ เช้าและบ่าย ไม่ซ้ำคน ครั้งละ 45-60 นาที ครั้งที่ 4–5 เป็นกิจกรรมรายบุคคล โทรศัพท์ติดตาม ครั้งละ 30-45 นาที รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) “กิจกรรมที่ 1: รู้จักตน จะพ้นทุกข์” กระบวนการค้นพบสถานการณ์จริง เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นค้นหาปัญหาที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากำลังเผชิญ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพูดระบายความรู้สึกและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยการใช้คำถามเพื่อประเมิน ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ใช้เวลา 45-60 นาที

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) “กิจกรรมที่ 2: รู้เท่าทัน พร้อมปรับเปลี่ยน” กระบวนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เรียนรู้การแก้ปัญหาการดูแลที่เกิดขึ้นโดยอาศัยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมากับผู้วิจัย ใช้เวลา 45-60 นาที

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) “กิจกรรมที่ 3: รู้เข้าใจ รู้เสริมพลัง” กระบวนการร่วมกับผู้วิจัยในการหาทางเลือกและเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า วางแผนร่วมกันและฝึกทักษะกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ใช้เวลา 45-60 นาที

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 2) “กิจกรรมที่ 4: รู้ลงมือทำ สม่ำเสมอ” กระบวนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อเป็นที่ปรึกษารับฟังสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ ให้แรงเสริมทางบวกโดยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล เป็นการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม ใช้เวลา 30-45 นาที

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 3) “กิจกรรมที่ 5: รู้เติมพลังบวก อย่างต่อเนื่อง” ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการติดตามผลการแก้ไขปัญหาในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมุ่งเน้นสิ้นสุดโปรแกรมฯ สรุป ประเมินผลและยุติโปรแกรมฯ และให้ทำแบบวัดภาระในการดูแลหลังสิ้นสุดโปรแกรม ใช้เวลา 30-45 นาที

ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของแนวทางการดูแลของโรงพยาบาล เช่น การรับคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และประเมินด้วยแบบวัดภาระในการดูแลที่สัปดาห์ที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์และสถิติฟิชเชอร์ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Simonov one sample test พบว่าข้อมูลมีการกระจายปกติจึงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบ independent t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือ SKPH.IRB.COA1/2567 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการวิจัย ให้เอกสารข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าการวิจัย ลงนามในหนังสือให้ความยินยอม (inform consent)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มทดลอง (M=47.46 ปี, SD=12.11) และกลุ่มควบคุม (M=47.73 ปี, SD=13.61) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร เพศหญิงร้อยละ 61.5 และ 61.5 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 61.5 และ 61.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อวันมากกว่า 4 ชั่วโมง ไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (p-value > .05)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=26) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี)	*M*=47.46, *SD*=12.11	*M*=47.73, *SD*=13.61	.940[a]
ผู้ดูแลที่ตอบแบบประเมินเกี่ยวข้องเป็น			.884[b]
บุตร	15 (57.69)	14 (53.85)	
หลาน	3 (11.54)	3 (11.54)	
สามี/ภรรยา	6 (23.08)	8 (30.77)	
อื่นๆ	2 (7.69)	1 (3.84)	
เพศ			1.000[c]
ชาย	10 (38.46)	10 (38.46)	
หญิง	16 (61.54)	16 (61.54)	
สถานภาพสมรส			.749[c]
โสด	7 (26.92)	6 (23.08)	
สมรส	19 (73.08)	20 (76.92)	
ปัญหาสุขภาพ			1.000[c]
มี	16 (61.54)	16 (61.54)	
ไม่มี	10 (38.46)	10 (38.46)	
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า			.490[b]
อยู่กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 4 ชั่วโมง/วัน	2 (7.69)	0 (0.00)	
อยู่กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามากกว่า 4 ชั่วโมง/วัน	24 (92.31)	26 (100.00)	
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย			.578[c]
ไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	13 (50.00)	15 (57.69)	
มีกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	13 (50.00)	11 (42.31)	
มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า			1.000[c]
มาก-มากที่สุด	9 (34.62)	9 (34.62)	
น้อย-ปานกลาง	18 (69.23)	18 (69.23)	

[a]independence t-test, [b]fisher's exact test, [c]chi-square

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองและหลังทดลอง

คะแนนภาระในการดูแล	*Mean*	*SD*	*t*	*df*	*p-value*
กลุ่มทดลอง (n=26)			-2.10	25	.045
ก่อนทดลอง	38.62	10.06			
หลังทดลอง	34.12	8.56			
กลุ่มควบคุม (n=26)			-0.78	25	.440
ก่อนทดลอง	40.04	9.94			
หลังทดลอง	39.69	9.29			

จากตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนภาระในการดูแลเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05 และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน พบว่าก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=52)

คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแล	*n*	*Mean*	*SD*	*t*	*p-value*
ก่อนทดลอง				-0.51	.612
กลุ่มทดลอง	26	38.61	10.06		
กลุ่มควบคุม	26	40.04	9.94		
หลังทดลอง				-2.25	.030
กลุ่มทดลอง	26	34.12	8.56		
กลุ่มควบคุม	26	39.69	9.29		

จากตารางที่ 3 แสดงผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ถือว่าเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะการรับรู้เต็มที่เมื่อได้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ Seenak et al. (2018) กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสามารถดูแลบุคคลอื่นได้ดี มีทักษะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นบุตร เนื่องจากสังคมไทยมีวัฒนธรรมที่เพศหญิงได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว สามารถดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในระดับสูง ส่วนเพศชายมีบทบาทหน้าที่หารายได้หลักของครอบครัว และบริบทของสังคมไทยมีการยึดถือในหลักของความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ โดยบุตรต้องเป็นผู้ดูแลบิดามารดาเมื่ออายุมากขึ้นหรือเจ็บป่วย (Muenhor & Poonpol, 2016; Pengsa-ium, Chaiyasung, Pongsupasa, & Joomjana, 2017; Seenak et al., 2018) การที่ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนมีผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระไม่รู้สึกว่าตนเองต้องแบกรับการดูแลไว้คนเดียว (Kongnirundon, Vatanasin, & Nabkasorn, 2018) การที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้โรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางทำให้พร้อมที่จะได้รับการเรียนรู้และมีความเชื่อมั่นต่อบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ย่อมส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าทำให้มีภาระการดูแลลดลง (Meanmit & Wongpanarak, 2024)

จากผลการทดลองพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มทดลองความรู้สึกเป็นภาระลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลไม่แตกต่างกัน เห็นได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่าการดำเนินกิจกรรมสามารถส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) การค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริงเกี่ยวกับ

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมช่วงแรกให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญ สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีเป็นมิตร แสดงการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข Vipavanich (2021) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสำรวจปัญหาร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รับบริการมองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี และเสริม

พลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Poomsanguan, 2015) กระบวนการค้นพบสภาพการณ์จริง ผ่านกิจกรรม “รู้จักตน จะพ้นทุกข์” Chansri, et al (2021) กล่าวว่าเมื่อบุคคลเข้าใจตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ จะแก้ปัญหาโดยอาศัยความรู้ ความสามารถ ทำให้บุคคลมีพลังอำนาจ เกิดความมั่นใจในตนเอง ดังนั้นในการทำกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการตอบสนองด้านต่าง ๆ โดยตระหนักว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยปรับเปลี่ยนความคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผ่านกิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทัน พร้อมปรับเปลี่ยน” โดยให้พยายามคิดทบทวนเหตุการณ์ ผ่านการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลเลือกการ์ดสี ทำให้ง่ายในการแสดงออกแทนความรู้สึก โดยเริ่มจากการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและวางแผน เป็นการกระตุ้นให้สะท้อนคิดสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไตร่ตรองสภาพการณ์อย่างรอบคอบซึ่ง Meanmit & Wongpanarak (2024) กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้และเข้าใจโรค สามารถที่จะรับมือและจัดการกับอาการของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการพัฒนาศักยภาพ ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการดำรงชีวิตที่ดี (Singhard, 2016) เปิดโอกาสให้ทบทวนประสบการณ์การดูแลในด้านบวก เพิ่มความมั่นใจในการดูแลและเพื่อเป็นการลดความเครียดในการดูแล ซึ่งช่วยให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจะน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่ถูกทอดทิ้งจากผู้ดูแล (Khunarak, 2019)

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ 3 “รู้เข้าใจ รู้เสริมพลัง” ผู้วิจัยกลุ่มทดลองนำเป้าหมายที่กำหนดมาวางแผน เมื่อผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกการดูแลในการปฏิบัติการดูแลที่ช่วยให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และเพิ่มความสามารถในการดูแลเพิ่ม ซึ่ง Suvanayos & Thapinta (2018) กล่าวว่าการที่บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพการณ์ที่แท้จริงของผู้ดูแลทำให้สามารถประเมินปัญหา ความต้องการของผู้แลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดกิจกรรมได้ฝึกคิดด้วยตนเอง มาจากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ประเมินได้จากการวางแผน (Seenak et al., 2018)

ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 4 “รู้ลงมือทำ สม่ำเสมอ” เป็นการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม ติดตามว่าสามารถนำวิธีการที่ตัดสินใจเลือกไปใช้ได้หรือไม่ Chansri, et al. (2021) กล่าวว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหา วิเคราะห์ สะท้อน และการเสริมแรงทางบวกส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความภูมิใจ และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Chaowararak & Soonthornchaiya, 2016) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ เป็นการติดตามประเมินผล และยุติโปรแกรมฯ ผ่านกิจกรรมที่ 5 “รู้เติมพลังบวก อย่างต่อเนื่อง” ติดตามว่าผู้ดูแลสามารถนำวิธีการที่ตัดสินใจเลือก นำไปปฏิบัติเพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นและตอบสนองความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า (Seenak et al., 2018) โดยสารมารถประเมินผลลัพธ์ทางบวก 4 ประการ ได้แก่ 1) การพัฒนาตนเอง 2) ความสามารถในการควบคุม 3) ความรู้สึกพึงพอใจ และ 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต ส่วนผลลัพธ์ทางลบ 3 ประการ ได้แก่ 1) การไม่ได้รับการยอมรับ 2) การมีความรับผิดชอบเกินความจำเป็น และ 3) การขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ (Gibson, 1995)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังจากที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ มีประสิทธิภาพสอดคล้องโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Stepanian, N., Larsen, M. H., Mendelsohn, J. B., Mariussen, K. L., & Heggdal, K., 2023) ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลข้างต้น ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลงได้ เนื่องจากโปรแกรมฯ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ (Gibson, 1995) ทำให้ตระหนักในความสามารถ เพิ่มความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าส่วนใหญ่ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้ดี เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Naewbood, 2015;

Prateepteranun & Lueboonthavatchai, 2015) นอกจากนี้ (Chansri et al., 2021) กล่าวว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีประสิทธิผลด้านต่าง ๆ เช่น ลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระการดูแล เพิ่มทัศนคติการดูแล และเพิ่มความสามารถการดูแลตัวเอง เพราะการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวก พยายามเข้าใจบทบาทของตนเองเพื่อปรับปรุงความสามารถในการดูแล (Sakanashi & Fujita, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้การพยาบาลแบบปกติในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และจัดทำเป็นคู่มือสำหรับทีมสหวิชาชีพนำไปใช้ในคลินิกที่ดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

2. การนำโปรแกรมฯ ไปใช้ สามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เช่น กิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทัน พร้อมปรับเปลี่ยน” ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหา สามารถเชื่อมโยงกับความเชื่อส่วนบุคคลหรือความเชื่อทางศาสนา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อทดสอบความคงอยู่ของโปรแกรมฯ ว่าสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่านี้

2. เพื่อดูความเสถียรของผลทดลองควรนำโปรแกรมฯ ไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน ในแต่ละภูมิภาค ต่างสถานที่และวัฒนธรรม เช่น 3 จังหวัดชายแดนใต้นับถือศาสนาอิสลามมากกว่าพื้นที่อื่น อาจศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลาม

3. การคัดเลือกผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน อาจให้ผลของโปรแกรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจเลือกผู้สูงโรคซึมเศร้าสูงอายุที่มีความรุนแรงมากและน้อยเปรียบเทียบผลของโปรแกรม

4. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดความรู้สึกเป็นภาระและให้สามารถดูแลได้มีคุณภาพมากขึ้น ควรเทียบกับโปรแกรมอื่น เช่น โปรแกรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจทั้งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแล เป็นต้น

References

Chanapan, N. (2020). Patients with major depressive disorder: nurses’ role in promoting for patients’ self-care. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 32*(1), 75-88. (in Thai)

Chansri, P., Samrannet, W., & Kor-issaranuphab, N. (2021). Empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients. *Journal of MCU Nakhondhat, 8*(11), 112-125. (in Thai)

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Chaowararak, N., & Soonthornchaiya, R. (2016). Expericence of elderly caregivers in caring for elderly depressed patients. *The journal of nursing research and mental health, 30*(1), 110-122. (in Thai)

Department of Mental Health. (2017). Guidelines for depression at provincial level (Revised Edition IV; 2017). Nontaburi: Department of Mental Health. (in Thai)

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing, 16*(3), 354-361.

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing, 21*(6), 1201-1210.

Heidari, T., Mousavi, S. M., Mousavinasab, S. N., & AzimiLolaty, H. (2020). Effect of family and patient centered empowerment program on depression, anxiety and stress in patients with obsessive-compulsive disorder and their caregivers' burden. *Iranian journal of nursing and midwifery research, 25*(6), 482–489.

Jalali, A., Ziapour, A., Karimi, Z., Rezaei, M., Emami, B., Kalhori, R., et al. (2024). Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, *24*(1), 809.

Jirawatkul, A. (2013). *Statistics for health science research.* (in Thai). Bangkok: Witthayaphat Co., Ltd.

Khatta, N., Hanprasitkam, K., & Siripitayakunkit, A. (2018). Relationships among selected factors, caregiving burden, and quality of life of caregivers of persons undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 24*(2), 108-129. (in Thai)

Khunarak, U. (2019). Stressor, burden and supports needed by the caregivers of the elderly with depressive disorders. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, 12*(1), 36-47. (in Thai)

Kongnirundon, S., Vatanasin, D., & Nabkasorn, C. (2018). Factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 32*(3), 118-132. (in Thai)

Meanmit, S., & Wongpanarak, N. (2024). The relationships between mental health literacy, social support, quality of life, and caregiver burden in caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Health and Nursing Education, 30*(1), 49-64. (in Thai)

Muenhor, C., & Poonpol, S. (2016). Factors associated with the caregivers, role in caring for the elderly in Nakhon Phanom Province. *Nakhon Phanom University Journal, 6*(1), 79-86. (in Thai)

Naewbood, S. (2015). Effects of empowerment program on self-care ability of a family caregiver. *Journal of nursing and education, 8*(4), 30-40. (in Thai)

Noisuk, S., & Pimpimol P. (2021). The effects of empowerment program on caring burden for caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Nursing Division, 48*(2), 30-41. (in Thai)

Pengsa-ium, V., Chaiyasung, P., Pongsupasa, V., & Joomjana, S. (2017). The development of caregiver's empowerment program of bed bound elderly in the community. *Journal of Nursing and Health Research, 18*(3), 83-95. (in Thai)

Phalasak, T., Soonthornchaiya, R., & Upasen, R. (2017). The effect of the problem solving therapy program on depression of patients with major depressive disorder. *The journal of psychiatric nursing and menatl health, 31*(1), 60-74. (in Thai)

Poomsanguan, K. (2015). Health empowerment: nurses' important role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(3), 86-90. (in Thai)

Prateepteranun, W., & Lueboonthavatchai, O. (2015). The effects of empowerment program on coping ability of suicidal attemps. *The journal of psychiatric nursing and menatl health, 29*(2), 103-115. (in Thai)

Sakanashi, S., & Fujita, K. (2017). Empowerment of family caregivers of adults and elderly persons: A concept analysis. *International journal of nursing practice*, *23*(5), 10.1111/ijn.12573.

Seenak, T., Nukaew, O., & Suttharangsee, W. (2018). Factors Predicting Caregivers' Capabilities in Caring for Older Persons with Major Depressive Disorder (MDD). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 5*(2), 216-230. (in Thai)

Setapura, P., & Chaisongkram, N. (2021). Prevalence and associated factors of depressive disorder among the elderly in Thailand. *Regional Health Promotion Center 9, 16*(3), 1070-1084. (in Thai)

Singhard, S. (2016). Nursing of the Elderly with Depression. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University, 18*(3), 15-24. (in Thai)

Stepanian, N., Larsen, M. H., Mendelsohn, J. B., Mariussen, K. L., & Heggdal, K. (2023). Empowerment interventions designed for persons living with chronic disease - a systematic review and meta-analysis of the components and efficacy of format on patient-reported outcomes. *BMC health services research*, *23*(1), 911.

Suvanayos, C., & Thapinta, D. (2018). Role of Nurse in Decrease Caregiving Burden with Dementia Patients. *Nursing Journal, 45*(4), 229-239. (in Thai)

Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of nursing and education, 4*(1), 62-75. (in Thai)

Vipavanich, S. (2021). Role of Psychiatric Nurses in Therapeutic Relationship Building. *Reginval Health Promotion Center 9 Journal, 15*(38), 732-743. (in Thai)

Wongpanarak, N. & Chaleoykitti, S. (2014). Depression: a significant mental health problem of elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(3), 24-31. (in Thai)

Yimyam, N. & Rodjarkpai, Y. (2017). Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district, Prachinburi province. *Journal of the office of DPC 7 Khon kaen, 24*(2), 46-58. (in Thai)