ประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า*

EXPERIENCES OF ELDERLY CAREGIVERS IN CARING FOR ELDERLY DEPRESSED PATIENTS

*ณัฏฐ์กฤตา เชาวน์วรารักษ์, พย.บ. (Natkritta Chaowararak., RN)***
*รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., RN)****

Abstract

Objective: The purpose of this study was to describe experiences of elderly caregivers who cared for elderly depressed patients.

Methods: The participants consisted of ten elderly caregivers who cared for elderly depressed patients for more than six months. Data were collected by in-depth interviewed using semi structured questions for 45-60 minutes. Audio – tape interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed using content analysis.

Results: Two themes meanings of caring experiences included 1) expression of concerning, and 2) mutual encouragement. Three themes of caring experiences were: 1) Limited lifestyle (social life, daily life, and adaptation to live with the patients), 2) Caring consequences (living proud, being happy, feeling of high self-esteem, feeling discourage to care for, and increasing closed relationship), 3) The expectation and needs of elderly caregivers (the expectation that elderly patients had better symptoms and be happy; the needs of elderly caregivers were the time to rest by having the helper switched the time to take care for the elderly depressed patients).

Keywords: Experience of caregivers, Elderly caregivers, Persons with depression

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ให้การดูแลเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 45 - 60 นาที และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากท่อ จ.ราชบุรี
***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: rangsiman.s@chula.ac.th

_16-0824(110-122)P4.indd 110 9/5/59 BE 9:37 AM

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าว่า คือ 1) การแสดงความห่วงใยและ 2) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด ประกอบด้วย การเข้าสังคม การใช้ชีวิตประจำวันและการปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วย 2) สิ่งที่ได้จากการดูแล ประกอบด้วย ความภูมิใจ ความสุขใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ท้อแท้ที่ต้องดูแลและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น และ 3) ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและมีความสุข ส่วนความต้องการผู้ดูแลคือต้องการเวลาพักผ่อนโดยมีผู้ช่วยเหลือคอยสลับเปลี่ยนเวลาในการดูแล

คำสำคัญ: ประสบการณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลวัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่แพร่หลายทั่วโลกที่ส่งผลกระทบและเป็นภาระโรคอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ (Williams & Hagerty, 2005; Shives, 2002) เป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย มีอัตราความชุกสูงและเป็นปัญหาที่สาธารณสุขทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากโรคซึมเศร้านำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคลและสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวม และมีการประมาณความสูญเสียทางสุขภาพที่เกิดจากโรคซึมเศร้าคาดว่า โรคซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจจากอันดับ 7 ในปี 1991 เป็นอันดับ 1 เคียงคู่กับโรคหัวใจขาดเลือดในปี 2020 (รณชัย คงสกนธ์, 2548; WHO, 2001) นอกจากนี้โรคซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถซึ่งเป็นสาหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการทำร้ายตนเอง แม้ว่าจะได้รับการรักษาแต่อาจมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ (อภิญญา เจริญฉ่ำ, 2551) และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 20 - 35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

จากการศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 55 - 85 ปี เป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีอัตราการเกิดของผู้หญิงเป็น 2:1 เท่าของผู้ชาย (Blazer, & Hybels, 2005; Buschmann et al., 1995) มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลให้อัตราชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตาม จึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นประชากรที่มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าวัยอื่น (Green et al., 2000) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 ซึ่งได้เปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย พบว่าโรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 3 ในผู้ชาย ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้ดูแลเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นมักไม่สนใจดูแลตนเองทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามากมักจะทำร้ายตนเองมี

ความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นก็จะส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะญาติ ผู้ดูแล (family caregivers) ในด้านสุขภาพกาย/จิต ภาวะตึงเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกเป็นภาระ จากการศึกษาพบผู้ดูแลมีภาวะตึงเครียด 12.9% ภาวะซึมเศร้า 16.6% (Coughlin, 2010) จากการวิเคราะห์ผลกระทบจากการดูแลด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตพบว่ามีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียดสูงขึ้นในผู้ดูแลโดยเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pinquart & Sorensen, 2003) โดยชี้ให้เห็นปัญหาสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งพบว่าผู้ดูแลขาดการเอาใจใส่ในสุขภาพกายของตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ เช่น มีอาการปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดท้อง การรับประทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป การไม่ออกกำลังกาย (Gallant & Connell, 1998; Schulz & Beach, 1999; Schulz et al., 1997; Teel & Press, 1999; Vitalino et al., 2003) และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำมีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลผู้ป่วย (Esterling & Kiecolt Glaser, 1996) มีการใช้ยารักษาโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแล (Schulz et al., 1997)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันจากข้อมูลประชากรพบว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2547 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2567 ทำให้บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องตกไปอยู่กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ทว่าเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเป็นจุดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวการดำเนินชีวิต รวมทั้งความทุกข์ในวัยสูงอายุ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดในผู้สูงอายุเกิดจากการเสื่อมถอยของพัฒนาการสูงอายุและมักมาควบคู่กับโรคภัยไข้เจ็บ (Craig, 1991) ด้วยแล้วนั้น ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลวัยสูงอายุนั้นอาจส่งผลกระทบหรือทำให้ผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องเผชิญกับภาระการดูแลโดยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้นมีความผิดปกติของสมองส่วนหน้าซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพลภาพได้ (Chen et al., 2010) ดังนั้นผลของการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลจากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลวัยสูงอายุ มาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าตลอดจนผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (ชายโพธิสิตา, 2550) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านจากความ

รู้สึกที่แท้จริงเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้จะต้องได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมาเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

3. ไม่จำกัดเพศ และต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป

4. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
2. เทปบันทึกเสียง (Tape Recorder)
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. แบบบันทึกภาคสนาม

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการดำเนินการวิจัยของสนามวิจัย โดยคำนึงถึงจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตการบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบทำลายแถบบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่จะสามารถเกี่ยวโยงถึงผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยรวบรวมและเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใด ๆ ของการวิจัยได้โดยการที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการให้ข้อมูลจะไม่มีผลใดต่อตัวผู้ให้ข้อมูล และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ผู้ให้ข้อมูลดูแล ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ในขณะทำการสัมภาษณ์หากมีสถานการณ์ที่สร้างความกระทบกระเทือนจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น เกิดความรู้สึกเศร้าหรือร้องไห้ ผู้วิจัยต้องยุติการสัมภาษณ์และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (counseling) โดยรับฟังปัญหาของผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้กำลังใจ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

เชิงลึก (In – depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีหลัก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัย และแถบบันทึกเสียง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนทำการนัดวันเวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามวิธีการดำเนินการวิจัยในการเก็บข้อมูล จะใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 45 - 60 นาที ภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ สำรวจความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อนำมาปรับปรุงและเตรียมการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป งานวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจำนวน 2 ครั้ง โดย ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ในประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการวิเคราะห์ตามแบบของคอไลซ์ซี่ (Colaizzi, 1978, as cited in Holloway & Wheeller, 1996) โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 10 ราย มีอายุระหว่าง 60 - 85 ปี โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 60 - 65 ปีจำนวน 5 ราย รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 66 - 70 ปี จำนวน 3 ราย และอายุ 70 ปีขึ้นไปจำนวน 2 ราย โดยเป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 6 ราย ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดราชบุรี เพชรบุรี สมุทรสงคราม ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ความหมายของประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า คือ

1) การแสดงความห่วงใย

ความหมายของประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง การแสดงความห่วงใย โดยการกล่าวกระตุ้นเตือนด้วยความห่วงใย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล ลดความตึงเครียด ไม่คิดเรื่องต่าง ๆ จนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ โดยมีความมุ่งหวังว่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุอาการดีขึ้นหรือไม่ทำให้อาการทรุดลงจากเดิม ซึ่งการแสดงออกถึงความห่วงใย ผู้ดูแลได้แสดงออกมาในรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือ การชวนพูดคุย การกล่าวกระตุ้นเตือน การพูดปลอบใจ ปลอบโยน ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

"ป้าก็ถามเขานะ ว่ากินยาหรือยัง? วันนี้พ่ออย่าลืมกินยานะ แล้วก็ทวนเขาว่าวันนี้กินยาไปกี่เม็ด ตามที่หมอให้มาไหม" (ID1)

"ป้าเห็นแกนั่งเงียบ ๆ ป้าก็เลยชวนแกคุย แล้วก็บอกแกว่า ทำไมไม่เปิดทีวีดูล่ะจะได้ไม่ต้องมีเวลาคิดโน่น คิดนี่" (ID2)

"ก็มีเวลาที่เขาพูดมาก ๆ เราก็บอกให้เขาหยุดพูดเถอะแล้วไปเข้านอนซะ บางทีเขาก็น้อยใจเราก็ตามเข้าไปง้อเขา ตามไปล้อเล่นกับเขา แล้วก็พูดหยอก ๆ ว่า โอ๊ะ!! เตือนแค่นี้ทำโกรธ แค่นี้งอนเหรอ" (ID3)

"เวลาเราเครียด ๆ ก็อย่าไปนึกถึงมัน คิดว่าเราจะไปเที่ยวที่ไหนกันดี ถึงเวลากินก็ต้องกิน อย่าไปเครียดเรื่องมันมีไปแล้วจะไปเครียดกับมันทำไม ก็เฉย ๆ ไปสิ" (ID4)

"เขาเป็นคนนอนไม่ค่อยหลับ แล้วก็ชอบดูหนังฝรั่งนะ แล้วก็ชอบดูเรื่องที่มันต้องเสียเลือดเสียเนื้อ ดูหนังแบบรุนแรง แบบที่มันมีตัดแขนตัดขา ตัดอะไรแบบบนั้นน่ะ เราก็คอยบอกเขา

ว่า ดูทำไมหนังโหดร้ายแบบนั้นมันทำให้จิตใจเราไม่ดี ดูแล้วทำให้เครียด เราก็เลยชวนให้ดูอะไรที่มันทำให้เราหัวเราะ ดูแล้วเราขำขัน มันตลกแบบนี้" (ID5)

"บางทีเราก็ต้องล้อเล่นกับเขาบ้าง พอเขาอารมณ์ไม่ดี เขาก็ไม่เล่นด้วย บางทีเราก็อยากให้เขาอารมณ์ดีอ่ะ เราก็ต้องคอยแหย่ ได้ผลมั่ง ไม่ได้ผลมั่ง บางครั้งถ้าเขาอารมณ์ไม่ดีจัด ๆ เราก็ลงมาดูต้นไม้ใบหญ้าไป" (ID6)

"ฉันก็คอยถามเขานะว่าหมอนัดวันไหนไปหาหมอหรือยัง เพราะบางทีแกก็หลง ๆ ลืม ๆ ไอ้เราก็ต้องทำงานหลายอย่าง" (ID8)

2) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ข้อมูลได้กล่าวถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าว่า นอกจากการดูแลทางด้านร่างกายและความเป็นอยู่ในแต่ละวันแล้ว การให้กำลังใจซึ่งกันและกันก็มีความสำคัญอย่างยิ่งในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้การทำกิจกรรมที่ชอบร่วมกันก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายเกิดความเพลิดเพลินอันจะส่งผลต่ออาการของโรคซึมเศร้า อีกทั้งการหลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะต้องเผชิญและต้องยอมรับ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

"อย่างไรดีล่ะ เราก็ไม่มีอะไร นอกจากคอยให้กำลังใจ พูดปลอบใจ ว่าอย่าคิดมากเดี๋ยวปัญหามันก็ได้รับการแก้ไข เราอย่าไปเครียดกับมันมาก" (ID1)

"ก็ไม่ต้องทำอะไร อยากทำอะไร อยากกินอะไร ก็ไปกินกัน อยากไปทานอาหารนอกบ้านเราก็ไปกัน อีกอย่างคือเราต้องคอยให้กำลังใจ ไม่ชวนทะเลาะ พยายามจะไม่มีเรื่องต้องมาทะเลาะเบาะแว้งกัน" (ID1)

"บางครั้งเราก็ชวนเขา แต่งตัวสวย ๆ ออกไปเดินชอปปิ้งในตลาด ซื้อของอร่อย ๆ มากินกัน มั่งอะไรมั่ง พอทำแล้วเห็นแกมีความสุขสดชื่นกระปรี้ประเปร่า" (ID3)

"ก็ให้กำลังใจทุกอย่าง พาไปหาหมอ แล้วก็พยายามแนะนำ บอกว่าให้เขาพักผ่อนบ้าง ชวนเขาทำกิจกรรมที่ชอบบ้าง เช่น ให้เขานั่งสมาธิถอนหญ้าหน้าบ้านอะไรแบบเนี้ย" (ID7)

"ผมว่าตอนที่เขาป่วยนี่ผมกับเขามีความสุขนะ มีความอบอุ่นที่ได้ดูแล มีความรู้สึกมีความเป็นกันเอง หันหน้าเข้าหากัน คอยดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อก่อนนี้ไปคนละทิศละทาง ทะเลาะกันบ้างอะไรบ้าง จนวันหนึ่งเขาก็บอกผมว่า เขาจะไม่พูดอะไรในทางลบ เขาจะพูดแต่ในทางบวก คือมีอะไรให้คุยกัน สุดท้ายผมก็ให้กำลังใจเขา แล้วก็ไม่ได้กังวลอะไรเลย กลัวว่าเขาจะท้อนะ แต่สุดท้ายผมกับเขาก็อยู่ด้วยกันมาแบบไม่ค่อยมีปัญหานะ" (ID7)

"เราก็คอยพูดให้แกคลายความวิตกกังวล พยายามพูดกับแกตลอดเวลา อย่าให้แกมีเวลาอยู่คนเดียว คอยให้กำลังใจแก เพราะถ้าแกอยู่คนเดียวก็จะเกิดอาการซึมเศร้าอีก" (ID9)

"ฉันกับเขาพอดี ๆ กันก็ไม่ทะเลาะกัน ก็มีให้กำลังใจกัน ปลอบใจกัน บางครั้งตอนลุงแกดี ๆ แกก็บอกป้าว่าฉันจะไม่ด่าเอ็งแล้วนะ เราเองก็รู้สึกดีนะจะได้ไม่ต้องฟังลุงแกบ่นประปอดกระแปดเพราะแกด่าเก่ง ฉันก็ไม่อยากฟัง" (ID10)

2. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก

2.1) การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

2.1.1) การเข้าสังคม/การใช้ชีวิตประจำวัน: เป็นความรู้สึกและความคิดของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต่อการดูแลว่าเป็นการใช้ชีวิตประจำวันที่ต้องมีข้อจำกัดบางอย่าง เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น ไม่มีปัญหาหรือข้อขัดแย้งกัน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุ

"ก็ไม่ถึงกับเก็บเนื้อเก็บตัวหรอก อย่างออกไปทานข้าวนอกบ้านหรือไปเที่ยวเนี่ย เขาก็มีความรู้สึกว่าไม่อยากไปคือช่วงแรกๆ นี่ชวนไปเที่ยวไปทานข้าวนอกบ้านก็ไม่ไปนะ จะอยู่แต่ในบ้านแล้วก็ไปออกกำลังกายแค่นั้น พอเขาไม่ไปเราก็ไม่ไป ก็แค่นี้" (ID1)

2.1.2) การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย: ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าว่าจะต้องมีการปรับตัว ปรับอารมณ์ ปรับพฤติกรรม เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเห็นว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์แปรปรวน ฉุนเฉียวขี้โมโห น้อยใจเก่งเอาแต่ใจตนเองและบางครั้งชอบแยกตัว ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาวะที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างมีความสุข ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้

"ก็พยายามให้อารมณ์เย็น ๆ เพราะบางครั้งอารมณ์จะร้อน มีอะไรนิดอะไรหน่อยก็จะหงุดหงิดฉุนเฉียวนิดหน่อยเลยแหละ ก็พยายามบอกตัวเองว่า เนี่ยต้องพยายามอย่าให้อารมณ์ฉุนเฉียว ให้อารมณ์เย็น ๆ อะไรอย่างเนี้ย เพราะถ้าเราอารมณ์ฉุนเฉียว มันก็จะทำให้เราเครียด เห็นปะเวลาคนเราโมโห มันจะเครียด พอเราปล่อยให้อารมณ์เย็น ๆ มันก็จะไม่เครียด"(ID1

"เราก็คอยให้กำลังใจ จะไม่ชวนทะเลาะ พยายามจะไม่ให้มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้ง ถ้าหากเกิดเรื่อง หรือมีเรื่องที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ป้าก็จะเป็นคนเงียบ ไม่ต่อความ เพราะถ้าเรายิ่งขวาง ก็จะทำให้เขายิ่งเครียด ป้าก็ไม่ค่อยจะได้อะไรกับตรงนี้เท่าไหร่ เออ ๆ ออ ๆ กันไป อันนี้ก็จบ ๆ ไป" (ID1)

2.2) สิ่งที่ได้จากการดูแล แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

2.2.1) ภูมิใจ สุขใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

หลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีอาการที่ดีขึ้น คงที่หรือไม่แย่ลงจากเดิมที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยเองก็มีความสุขและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ และจะส่งผลให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ทำสิ่งดี เหมาะสม และการกระทำนั้นได้ส่งผลให้เกิดความภูมิใจที่ได้ทำ ได้ดูแล และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลอันเป็นที่รัก ให้มีความสุขกายสบายใจ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้

"แบบว่ามันพูดถึงเรื่องเงินค่าจ้าง เงินเดือนนี่ มันก็อยู่ได้นะ แต่ทำแล้วมีความสุข เต็มใจทำ อยากทำให้ อยากช่วย สงสารเขา" (ID2)

“ก็พอใจ ภูมิใจ คือทำให้เขาแล้วเขาก็เมตตาให้เราอยู่ด้วย มีความเต็มใจที่จะทำตรงนี้ พอใจมาก เพราะเคยไปอยู่ที่อื่นก็จะไม่เป็นแบบนี้ เรียกว่า พอใจที่จะทำให้เขา เต็มใจ เอื้ออาทร เห็นใจกัน แล้วเขาก็เป็นคนดี ซึ่งเราก็เคารพ เขาก็ดูแลเราเวลาเราไม่สบาย เขาก็พาเราไปหาหมอ อะไรอย่างเนี้ย ไม่ลำบากเลย แล้วก็ไม่มีอะไรที่มันหนักหนาสำหรับเรา เราทำได้ พอใจ” (ID5)

2.2.2) ท้อแท้ที่ต้องดูแล

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นวัยสูงอายุและส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวทำให้ต้องรับภาระหน้าที่อื่น ๆ ภายในบ้านร่วมด้วย ผู้สูงอายุบางราย อาจจะต้องดูแลบุตรหลานร่วมด้วย บางรายอาจจะต้องรับผิดชอบธุรกิจการค้าขายควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย บางรายต้องหาเช้ากินค่ำ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางครั้งเกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยใจ จนก่อให้เกิดความเครียดได้ อันจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ต้องดูแลด้วยแล้วต้องไปทำงานด้วย บางทีเขาก็บ่น เขาก็ด่าว่ามั่ง เราก็เครียดสิ บางทีเราก็เอ็ดเขามั่ง พอทะเลาะกัน เรานึกขึ้นได้เราก็หยุด เราก็เฉย พอมาระยะหลัง ๆ มาปีนี้ ค่อยยังชั่วหน่อย ไม่งั้นบางทีเราก็ท้อใจ แต่ก็แค่ความคิดแว๊บเดียวเท่านั้น” (ID6)

“บางครั้งเราก็รู้สึกท้อนะ เพราะว่าเราก็เริ่มแก่แล้ว ต้องมาดูแลคนแก่อีกสองคน อย่างแม่เนี่ยเขาก็ชอบบ่น ชอบว่าเราสารพัด เราก็คิดว่าเราทำดีแล้วนะ เขาก็ยังไม่พอใจเราอีก ก็ทำให้ฉันรู้สึกเออ!! ท้อแท้ได้เหมือนกัน ทีลูกคนอื่นเขายังไม่มาดูแลเลย” (ID8)

2.3) ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.3.1) ความคาดหวังของผู้ดูแล

เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ให้การดูแลผู้ป่วยมาสักระยะหนึ่งแล้วย่อมเห็นความเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลย่อมอยากเห็นความเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จึงคิดหาวิธีการต่าง ๆ เข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็ไม่ได้คาดหวังอะไร ก็แค่คาดหวังว่าหายเร็วๆ เมื่อไหร่หายเราก็ไปไหนมาไหนได้อย่างตอนแรกที่เป็น เราอยากไปไหนมาไหนเค้าก็ไม่อยากไป ชวนไปไหนก็ไม่อยากไป บอกเบื่อ!!!”(ID1)

“ก็คาดหวังว่าอยากให้แกอาการดีขึ้น เห็นเขาเหนื่อยมาเยอะแล้ว ไม่อยากให้แกกลับไปเป็นเหมือนอย่างเดิม” (ID2)

“คืออยากให้มันรักษาดี ๆ กว่านี้หน่อยก็คงจะดี บางครั้งเขารู้สึกว่าไม่ดี เราไม่รู้นะเพราะเราไม่ได้รักษา แต่คนป่วยเขาว่า คล้าย ๆ ว่าเขาอยากหาย ทำไมหมอรักษาเขาไม่หาย” (ID6)

2.3.2) ความต้องการของผู้ดูแล

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้ดูแลหลักย่อมมีความเสื่อมของร่างกายตามวัย ดังนั้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป ผู้ให้ข้อมูลบางรายเกิดความรู้สึกถึงความเสื่อมถอยของร่างกายว่าไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ในอนาคตได้ จึงมีความต้องที่จะมีผู้ดูแลผู้ป่วยต่อจากตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ป้าก็ไม่รู้ว่าจะอยู่ได้อีกนานขนาดไหน ก็อยากได้คนดูแลต่อ หรือมาช่วยดูแลแทนเราเพราะ

ถ้าไม่มีใครมาแทนเรา หาตัวแทนไม่ได้ จะไปไหนมาไหนก็เลยลำบาก" (ID2)

"ก็อยากจะแบ่งเบามั่ง แก่จนป่านนี้แล้ว จะไปคาดหวังอะไร เราไม่มีแล้ว เราก็ต้องดู ๆ กันไปอย่างนี้ อย่าไปคาดหวังเลยคนดูแล นอกจากคนที่เขาหยุดงานนะนาน ๆ เขาก็จะมาที" (ID4)

"ผมก็คิดนะ ว่าต่อไปถ้าผมอายุเยอะมากขึ้นกว่านี้ ผมจะดูแลไม่ไหว ซึ่งผมก็เป็นคนดูแลหลัก ๆ แล้วใครจะมาดูแลต่อจากเรา แต่ตอนนี้ยังไหว ป้าแกเองก็ยังเดินช่วยเหลือตัวเองได้ ยังไม่ล้มหมอนนอนเสื่อ ผมก็ยังดูแลไหว แต่ถ้าแกเดินไม่ได้ก็จะมีปัญหาเรื่องการดูแลแน่ ๆ" (ID9)

"คงต้องอยู่กันไปอย่างนี้เรื่อย ๆ เพราะเราอยู่ด้วยกันมานานแล้ว จะคิดเป็นอื่นไม่ได้ มันต้องอยู่อย่างนี้ จนกว่าจะตายจากกัน เพราะว่าถ้าเราไปไหน เราก็จะคอยห่วงเขา เป็นห่วงว่าใครจะดูแลเขา ใครจะทำให้เขา" (ID10)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านความหมายของประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าว่าเป็นการการแสดงความห่วงใย และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กันแบบสามีภรรยา จึงมีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความสุขใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย และก็จะขอดูแลผู้ป่วยอย่างนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะถึงจุดสุดท้ายของชีวิต อันหมายความถึงตัวผู้ดูแลเอง และผู้ป่วยด้วย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะไม่เกิดเลยในผู้ดูแลที่ไม่มีความผูกพันกันกับผู้ป่วย แต่จะเกิดจากความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีความผูกพัน มีความรัก มีความห่วงใยต่อกัน และผู้ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกเหล่านั้นได้จะต้องเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เป็นพ่อเป็นแม่ สามีภรรยา บุตร หรือเป็นญาติใกล้ชิดกัน เพราะการที่ได้ดูแลคนที่ตนเองรัก เป็นการเพิ่มกำลังใจ และเป็นเหมือนรางวัลที่ยิ่งใหญ่ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล (Koerner, Kenyon, & Shirai, 2009)

2. ด้านประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าถ่ายทอดความคิด ความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรม ผ่านการบอกเล่าและเรียบเรียงเป็นภาษาประสบการณ์เหล่านี้ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด นั่นคือการที่ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและมีความเป็นห่วง รู้สึกวิตกกังวลหากผู้ดูแลไม่ได้อยู่ดูแลผู้ป่วยเอง จึงต้องปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอันตรายหรือลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลมีข้อจำกัด ทั้งในชีวิตความเป็นส่วนตัวและบทบาททางสังคม (González et al., 2010) 2) สิ่งที่ได้จากการดูแล มีทั้งผลเชิงบวกและเชิงลบ ผลเชิงบวก เช่น ความรู้สึกภูมิใจ สุขใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้ให้การดูแลบุคคลที่ตนรัก ผู้ดูแลบางรายมีความรู้สึกว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความเห็นอกเห็นใจ พร้อมที่จะดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเพื่อให้ป่วยได้รับการดูแลที่อบอุ่น เพื่อต้องการให้ผู้ป่วย

มีอาการที่ดีขึ้นหรือคงที่หรือไม่แย่ลงไปกว่าเดิม บางรายมีความรู้สึกถึงสิ่งที่ทำให้ต้องใช้ชีวิตร่วมกันต่อไป โดยกล่าวถึงสิ่งที่ตนเองยังสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ในอนาคต นั่นคือ ความรักที่มีให้กัน ความเป็นสามีภรรยา และหน้าที่ของสามี-ภรรยา หน้าที่ของพี่-น้อง หน้าที่ของบุตรที่ต้องให้การดูแลบิดา-มารดา ผลเชิงลบ เช่น ความรู้สึกท้อแท้ เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยรายอื่นหรือมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบประจำร่วมด้วย (Fadden, G., Bebbington, & Kuipers, 1987b; Wijngaarden et al., 2004) 3) ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล กล่าวคือเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยย่อมเกิดความคาดหวังในเรื่องต่าง ๆ เช่น การรักษาอาการของโรค การดูแล การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลในปัจจุบันให้มีความสะดวกสบายมากขึ้น ตลอดจนมีความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ความต้องการผู้ช่วยในการดูแล ต้องการกิจกรรมของสถานพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยให้มากขึ้น โดยผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ข้อมูลกี่ยวกับการให้ความหมายของการดูแลและประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ทำให้เข้าใจถึงความหมายการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลสูงอายุ ในมุมมองตามการรับรู้ของผู้ดูแลผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาลดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ใช้เป็นความรู้ในการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

2. ให้ความสำคัญและจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ควรมีการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลสูงอายุในภูมิภาคอื่น ๆ ด้วยเนื่องจากอาจมีบริบทที่แตกต่างกันจะได้ทราบถึงความต้องการและปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้

2. นำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยรูปแบบอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้ให้ข้อมูลอันมีคุณค่าในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ชาย โพธิสิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้ง.

ชรัตน์ ตันติอำนวย. (2550). *ประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย

นเรศวร.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.

ธีรวรรณ คนชม. (2552). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อม.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิศา ชูโต. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พริ้นต์โพร.

พูลสิน เฉลิมวัฒน์. (2552). *ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ.* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิญญา เจริญฉ่ำ. (2551). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

Bosworth, H. B., Hays, J. C., George, L. K., & Steffens, D. C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(3), 238 - 246.

Chakrabarti, S., & Kulhara, P. (1999). Family burden of caring for people with mental illness. British *Journal of Psychiatry, 174*, 463.

Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Verma, S.K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 86,* 247– 252.

Concha A., Ramierez A., DelaFuente M.A., B. Guilaran, N. Kunnang-Antonio, A. T. Sylio, et al. (2003). Concept of health and health needs of suburban residents in a developing country: Qualitative study. *Asia Pacific Family Medicine, 2,* 107-113.

Coughlin, J. (2010). Estimating the impact of caregiving and employment on well-being. *Outcome and Insight, 2*(1), 1-7.

Covinsky, K. E., Eng, C., Lui, L. Y., Sands, L. P., Sehgal, A. R., Walter, L. C., Wieland, D., Eleazer, G. P, & Yaffe, K. (2003). Reduced employment in caregivers of frail elders: Impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics. *Journals of Gerontology: Medical Sciences, 56A,* M707 – M713.

Covinsky , K. E. , Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., & Yaffe, K. (2001). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia *Journal of General Internal Medicine, 18,* 1006 – 1014.

Dangdomyouth, P. (2006). *Family caregiving process for a person with schizophrenia.* Thesis Doctoral degree, Chulalongkorn University.

Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health, 15,* 1-9.

Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., & Lehtinen, V., et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomized controlled trial. *The British Medical Journal, 321,* 1-6.

Ell, K., & Enguidanos S. (2004). *Evidence-based depression care for elders in home health & geriatric care management. National Gerontological Social Work Conference, Anaheim, CA.*

Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L., (1987a). The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry, 150,* 285– 292.

Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L., (1987b). Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry, 151,* 660– 667.

Garrido, M. M., Kane, R. L., Kaas, M., & Kane, R. A. (2009). Perceived need for mental health care among community-dwelling older adults. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 64*(6), 704-712.

Gonzalez L. A., Romero, Y. M., López, M. R., Ramírez, M., & Stefanelli, M. C. (2010). The experience of family caregivers of older people with depression. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44*(1), 32 - 38.

Lee K. H. (2010). *Help-seeking behaviors by Korean Americans with depression or anxiety.* Unpublished doctoral dissertation. University of Illinois at Chicago. Retrieved September 9, 2011, from http://web.ebscohost.com

Lewin, L. (2003). *The Client with a Depressive Disorder.* In D. Antai-Otong (Ed.), Psychiatric nursing: Biological and behavioral concepts. Clifton park, NY: Delmar.

Lotrakul, M. (2005). Suicide in the north Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand, 88,* 944 - 948.

Mellor, D., Davison, T., McCabe, M., & George, K. (2008). The Management of depressed elderly care recipients: Family perspectives on the skills of professional careers. *Journal of Community Health Nursing, 25,* 44 - 61.

Mojtabai, R. & Olfson, M. (2004). Major depression in community – dwelling middle – aged and older adults: prevalence and 2 – and 4 – year follow – up symptoms. *Psychological Medicine, 34*(4), 623 - 634.

Paykel, E. S., & Priest, R. G. (1992). Recognition

and management of depression in general practice: consensus statement. *The British Medical Journal, 161*, 633 - 637.

Persky, T. (2011). *Overlooked and underserved: Elders in need of mental health care.* Retrieved January 21, 2012, from http://www.mhaging.org/info/olus.html

Sidik, S. M., Zulkefli, N. A. M., & Mustaqim, A. (2003). Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine, 2*(4), 196 - 199.

Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders, 81*, 211 – 222.

Watson, J. (2008). *The philosophy and science of caring.* Boulder: University Press of Colorado.

Worakul, P., Thavichachart, N., & Lueboonthavatchai, P. (2007). Effects of psycho – educational program on knowledge and attitude upon schizophrenia of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand, 90*(6), 1199 - 1204.