

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสังคมปัจจุบันมีการพัฒนาทางด้านวัตถุอย่างรวดเร็ว มนุษย์ต้องอยู่ในสังคมวัตถุนิยมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ในทางตรงกันข้ามการพัฒนาทางด้านจิตใจของมนุษย์เริ่มเสื่อมถอยลง โดยจะเห็นได้ว่ามนุษย์ต้องเผชิญความเครียดจากการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก การเรียนการสอนแข่งขัน เมื่อถึงวัยทำงานพบว่า มีความเครียดเรื่องงาน การเลี้ยงดูครอบครัว เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนมักมีปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วย เมื่อเข้าวัยสูงอายุมักเกิดความเสื่อมของร่างกาย สูญเสียการทำงานที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลจนอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้า

องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าซึมเศร้าเป็นโรคที่พบมากทั่วโลกประมาณ 350 ล้านคน และมีผู้ที่ฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี โดยพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (WHO. 2012 : ออนไลน์) จากข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาของประเทศอเมริกา พบว่า ประชาชน 1 ใน 20 คน เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง และประชาชน 1 ใน 5 คน จะเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ในทุกกลุ่มอายุ อัตราโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นมีอัตราสูงเทียบเท่ากับวัยผู้ใหญ่ (Passer and Smith. 2007 : 548) จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชของไทย จากทุกภาคของประเทศ พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทยอายุระหว่าง 15 ปี ขึ้นไปมีร้อยละ 2.70 สัดส่วนหญิง : ชาย เป็น 1.6 : 1 โรคซึมเศร้าในเพศชายจะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปี เป็นต้นไป มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดช่วงอายุ 80 ปี และพบมากที่สุด ใน กรุงเทพมหานครและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนในเพศหญิง จะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 45 ปี เป็นต้นไป มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดในช่วง 55 – 59 ปี และพบมากที่สุด ในกรุงเทพมหานครและภาคเหนือ (ธรมินทร์ กองสุข. 2551 : ออนไลน์) จากรายงานและสถิติของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย จำนวน 186,651 คน คิดเป็นอัตรา 290.82 ต่อแสนประชากร และมีคนพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ 3,873 คน คิดเป็นอัตรา 6.03 ต่อแสนประชากร และมีคนพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 21,014 คน คิดเป็นอัตรา 32.74 ต่อแสนประชากร สำหรับจังหวัดปทุมธานี ในปี 2554 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1,981 คิดเป็นอัตรา 198.44 ต่อแสนประชากร และพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ 27 คน คิดเป็นอัตรา 2.70 ต่อแสนประชากร และพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 264 คน คิดเป็นอัตรา 26.45 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข. 2554 : ออนไลน์)

โรคซึมเศร้ามี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับเล็กน้อย จะไม่มีอาการทางร่างกายแสดงออกอย่างชัดเจน แต่อาจสังเกตจากคำพูดและท่าทางซึ่งจะแสดงออกอย่างเชื่องช้า 2) ระดับปานกลาง ความสนใจกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสนุกสนานจะน้อยลง ขาดความรักในชีวิต กระบวนการคิดแคบลง ไม่มีสมาธิ และการตัดสินใจ

ไม่ดี บางคนจะบ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกาย ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบหายใจ และการนอนหลับ แยกตัวเองจากสังคม สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่มีความบกพร่อง 3) ระดับรุนแรงจะมีความสลดใจและหมดหวังอย่างชัดเจน ไม่มีเรี่ยวแรง ขาดพลังกำลัง ความคิดช้า การตัดสินใจไม่ดี แยกตัวไม่เข้าสังคม ปฏิเสธการรับประทานอาหาร รู้สึกไร้ค่า บางคนอาจมีพฤติกรรมกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย แม้ว่าไม่มีพลังกำลัง แต่คนที่มีความซึมเศร้าระดับรุนแรงก็สามารถทำร้ายตนเองได้ มีบางคนเก็บกดอารมณ์เศร้าไว้แต่แสดงออกด้วยอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือหลับมากผิดปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (Beck, et al. 1984 อ้างถึงใน ทวี ตั้งเสรี และคณะ. 2551 : 11-12) ในผู้ป่วยไทยพบไม่น้อยที่มาหาแพทย์ด้วยอาการทางร่างกายมีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่น ๆ ของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548 : 144-145)

อาการสำคัญของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกับอาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด นอนไม่หลับ กระวนกระวายหรือเซื่องช้า อ่อนเพลีย รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิด สมาธิลดลง ลังเลใจ และคิดเรื่องการตายหรือการฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวตั้งแต่ 5 อาการขึ้นไปต่อเนื่องเป็นเวลานาน ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 9 เดือน หากได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำครั้งต่อไป ร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสเกิดครั้งต่อไป ร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ และในกรณีของการศึกษาย้อนหลังในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้น พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล. 2553 : 78-79)

ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีผลต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ได้แก่ ปัญหาด้านความรู้สึก การดำเนินชีวิตประจำวันและเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อบุคคล ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเซื่องช้า เซื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553 : 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ แฮร์รี และบาราคลอพ (Harris and Barraclough, 1997 อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล. 2553 : 76) ได้วิเคราะห์รายงานการฆ่าตัวตายเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยแต่ละโรคที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่พบในประชากรทั่วไปในกลุ่มวัยเดียวกัน ผลการศึกษา พบว่าโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า ผลกระทบต่อครอบครัว โรคซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล ญาติ และคนที่ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพราะผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเครียด หงุดหงิด บางครั้งแสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวหรือ

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้การที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานานส่งผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช รู้สึกเป็นตราบาปที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในบ้าน ความรู้สึกเหล่านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในการจัดการกับตนเอง หน้าที่การงาน เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้อำนาจ ปฏิเสธการมีสังคมกับผู้อื่น แยกตัว และเกิดภาวะซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553 : 205) ผลกระทบในระดับชุมชน สังคม และประเทศชาติ ทำให้ขาดสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านและคนในชุมชน ก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองและไม่เพียงพอ เมื่อผู้ป่วยทางกายมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น เพราะภาวะซึมเศร้าทำให้โรคทางกายหายช้า กำเริบหรือมีปัญหาแทรกซ้อน (เบญจลักษณ์ มณีทอง. 2551 : 140) ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีการเกิดซ้ำและเป็นเรื้อรัง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายและก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. 2553 : 21)

ครอบครัวคือสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใยเอื้ออาทรและกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ ซึ่งจะช่วยให้อาการป่วยดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจากทางโรงพยาบาลแล้ว ครอบครัวจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย (สมส่วน สำราญพันธ์. 2550 : 2) นอกจากนี้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรค ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ ทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ด้วยความรักความผูกพันในครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553 : 198) แต่จากสถานการณ์ที่ผ่านมา ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมักจะมีทัศนคติต่อผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลที่น่ากลัว น่าสมเพชเวทนา เป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของครอบครัว (สมส่วน สำราญพันธ์. 2550 : 2) และจากการศึกษาของ สมส่วน สำราญพันธ์ (2550 : 70-71) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสัมพันธ์ภาพของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย แสดงว่าหากสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ดีและมีสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยไม่ดี จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจะไม่ดีไปด้วย จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยที่การดูแลของครอบครัวนั้นจะดีหรือไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพของครอบครัวและผู้ป่วย

การให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นการบำบัดที่สามารถทำให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะที่สมดุล ครอบครัวผู้ดูแลได้เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างยอมรับ เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้กลับมาพักพิงทางใจที่บ้านเพื่อรักษาดูแลแผลใจ คอยให้กำลังใจ อาการป่วยจะได้หายเร็วขึ้น ทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขพร้อมหน้า

เหมือนเดิม (วิลลั๊กซ์มิง พงษ์โสภา. 2555 : 359-360) จากการศึกษาของ อัญชูลี เตมียะประดิษฐ์ และคณะ (2533 : 24-26) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ญาติผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ญาติได้รับการสอนความรู้เรื่องโรคมียัตราการกลับเข้าอยู่ใหม่ในโรงพยาบาลและการกำเริบซ้ำของโรคน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับการสอนได้รับการเน้นย้ำจากผู้สอนให้เห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับการกำเริบหรือการเป็นซ้ำ ทำให้ญาติให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของ ปานจิตต์ เอี่ยมสำอางค์ (2546 : 66) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามโปรแกรมการสอน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามปกติ และการศึกษาของ เอกพงษ์ ฌ เชียงใหม่ (2552 : 99) ที่ ได้ทำการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน โภชนาการ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับประทานยาและการพามาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการรู้มีคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการความรู้ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ทางสุขภาพสามารถทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงขององค์กรพยาบาลเวชปฏิบัติแห่งชาติของอเมริกา (National Organization of Nurse Practitioner : NONPF, 2006 อ้างถึงใน สมจิตร หนูเจริญกุล และอรสา พันธรัตน์. 2553 : 19) เน้นให้ความสำคัญกับบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพ ในส่วนของการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ให้การสนับสนุนในการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการลดภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในชุมชน

โรงพยาบาลคลองหลวง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในพื้นที่ ตำบลคลองหก อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ให้บริการสุขภาพด้านการรักษา ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพในระดับทุติยภูมิ และประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองหลวงเพื่อดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิ จากข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลคลองหลวง พบว่า ในปี 2555 มีผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 26 คน และในปี 2556 จำนวน 44 คน เพิ่มมากขึ้นถึง 1.69 เท่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลคลองหลวง ได้รับการดูแลรักษา ด้วยวิธีการรักษาด้วยยา แต่จากการสัมภาษณ์เบื้องต้น ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่าครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียดและคับข้องใจจากการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมือนเดิม เป็นภาระการดูแล ไม่รู้ว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร ผู้ป่วยไม่ค่อยทำกิจกรรมอะไร เปื่อ มีความรู้สึกอยากนอนทั้งวัน รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ และมีอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้ ส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียด บางครอบครัวผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ

และร้องไห้ระหว่างการให้สัมภาษณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553 : 197) ที่กล่าวว่า ครอบครัวผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้รู้สึกเครียด เป็นภาระ ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระในการดูแล หมดความอดทน หมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดภาวะซึมเศร้า และแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย ในที่สุดผู้ป่วยก็จะกลับมามีอาการป่วยแบบเดิมอีก ในขณะที่เดียวกันครอบครัวอาจจะเป็นต้นเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือทำให้การปวยนั้นดำรงอยู่ต่อไป ทำให้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล (นิรมล พัจจนสุนทร และคณะ. 2554 : 164) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นการให้ความรู้ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้ดูแล และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับครอบครัวผู้ดูแล อาจมีผลช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความสามารถและเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยลดความเครียดจากการดูแลซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีความสนใจที่จะให้การพยาบาลด้วยโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลคลองหลวง โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และสามารถดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัวผู้ดูแล สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข และเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวในชุมชน

1.2 คำถามการวิจัย

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ (กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัว ผู้ดูแลที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ (กลุ่มทดลอง) กับครอบครัวผู้ดูแลที่ไม่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ (กลุ่มควบคุม) หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน
2. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่ แตกต่างกัน
3. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแล โดยทำการวัด คะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ซึ่งระยะเวลาของการทดลองอยู่ในช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2557

ประชากร (Population) ประชากรที่ดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of Disease (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก โดยคัดเลือกจากสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับการรักษาที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) จากคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลคลองหลวง
- 2) เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- 3) สติสัมปชัญญะดี สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง
- 4) พูด เขียน และฟังภาษาไทยได้เข้าใจและโต้ตอบได้
- 5) สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโปรแกรมนี้ตลอดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยพิจารณาจากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และจับคู่ตามระดับการศึกษา จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน จากนั้นนำกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทำแบบทดสอบ (Pre-test) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองให้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการรักษาพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบ (Post-test) และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

1.6 คำนิยามศัพท์

โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ หมายถึง วิธีการช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครอบคลุมความรู้เรื่องความหมาย อาการสำคัญ การรักษาโรคซึมเศร้า สัญญาณเตือนภัยที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 เรื่องทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 3 เรื่องการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ครอบคลุมการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ครั้งที่ 4 สรุปและประเมินผลความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กิจกรรมในแต่ละครั้งเป็นการทำกิจกรรมรายบุคคล ใช้สถานที่ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที

ครอบครัวผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ รู้สึกไม่มีคุณค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจพยายามหรือเคยฆ่าตัวตายได้ โดยที่อาการดังกล่าวเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of Disease (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและมีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลจากครอบครัวผู้ดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความเข้าใจในครอบครัว ลดความขัดแย้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข
3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้กับครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

