

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำไปใช้ดำเนินการวิจัยดังนี้

2.1 โรคซึมเศร้า

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

2.1.2 การบำบัดโรคซึมเศร้า

2.1.3 แบบประเมินสภาพทางจิตและโรคซึมเศร้า

2.2 การให้ความรู้ทางสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ

2.2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ (KAP)

2.3 ครอบครัวผู้ดูแล

2.3.1 ความหมายของครอบครัวผู้ดูแล

2.3.2 บทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 โรคซึมเศร้า

2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1) ความหมายของโรคซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD) เป็นโรคจิตเวชที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งจากอาการของโรค ความบกพร่องของหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย และยังคงเป็นภาระในการดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย รวมถึงการสูญเสียทางด้านสังคมและเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีนักวิชาการให้ความหมายโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548 : 144) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า คือ ภาวะที่มีอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหดหู่น้อย ร้องไห้ง่าย บางคนอาจบอกว่าไม่เศร้า

แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน จะรู้สึกทนเสียดังหรือมีคนรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ

ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2551 : 9) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า คือ ภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มองตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ โดยที่อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

อรพรรณ และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553 : 1) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า คือโรคที่เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายในที่สุด

วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา (2555 : 310) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจที่มีแต่ความเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง ชีวิตไร้ค่า รู้สึกหดหู่ ชอบตำหนิ ลงโทษตนเอง คิดมากมีความคิดอยากตาย มีความรู้สึกเบื่อ นอนไม่หลับ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และมีความวิตกกังวล โดยมีสาเหตุจากปัญหาในจิตใจและมีอิทธิพลของพันธุกรรม จากประวัติครอบครัวเคยมีผู้ป่วยอาการซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ทำให้มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้าย สภาพจิตใจอยู่ในภาวะท้อแท้หมดหวัง ขาดแรงจูงใจและความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายหมดกำลังใจไม่มีความกระตือรือร้น โดยมีผลแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดคือการฆ่าตัวตาย (Suicide) เพราะทุกคนที่คิดฆ่าตัวตายต่างก็มีเป้าหมายในชีวิตและความเชื่อถือแตกต่างกัน

จากความหมายของโรคซึมเศร้าตามที่นักวิชาการได้กล่าวมาข้างต้นนี้ สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า โรคซึมเศร้า คือ กลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ รู้สึกไม่มีคุณค่า ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจพยายามหรือเคยฆ่าตัวตายได้ โดยที่อาการดังกล่าวเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ได้รับยอมรับและมีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ประกอบด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และ International Classification of Disease (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก ดังนี้ (สายฝน เอกวางกูร. 2553 : 9-11)

2.1) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-IV ประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ 5 แกน ตั้งแต่แกน A – E ดังนี้

A. มีอาการในข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป เกิดพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ได้แก่

- (1) อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
- (2) ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร เกือบทุกวัน
- (3) ไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน
- (4) น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากเพราะกินจุ

- (5) นอนไม่หลับหรือนอนมากเกือบทุกวัน
- (6) การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข
- (7) อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
- (8) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ เป็นเกือบทุกวัน
- (9) สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก เป็นเกือบทุกวัน
- (10) คิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

B. ไม่เข้ากับเกณฑ์โรคอารมณ์สองขั้วชนิดผสม (Mixed episode)

C. มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ

D. อาการไม่ได้เกิดจากการใช้ยาเสพติด หรือโรคทางกาย

E. อาการไม่ได้เป็นผลจากความโศกเศร้าเพราะสูญเสียคนรัก

2.2) สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม ICD-10 มีดังนี้

G1 :

A. มีกลุ่มอาการซึมเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์

B. อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ

- (1) อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
- (2) ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไรหรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลินเป็นเกือบทุกวัน
- (3) อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน

C. อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อ คือ

- (1) ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองหายไป
- (2) ชอบตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ
- (3) คิดอยากตายซ้ำ ๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย

- (4) สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
- (5) การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข
- (6) นอนไม่หลับหรือมาก
- (7) น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่ได้ตั้งใจอดอาหารหรือน้ำหนักเพิ่มอย่าง

มากเพราะกินจุ

การแบ่งระดับความรุนแรงแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (Mild) บุคคลจะมีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ ระดับปานกลาง (Moderate) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ และระดับรุนแรง (Severe) มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ

G2 : ไม่เคยมีอาการอารมณ์ครื้นเครง (Hypomania หรือ Mania) ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

G3 : อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกาย

โรงพยาบาลคลองหลวง ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ขององค์การอนามัยโลก International Classification of Disease (ICD-10)

3) ระดับของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ (Beck, et al. 1984 อ้างถึงใน ทวี ตั้งเสรี และคณะ. 2551 : 11-12) ดังนี้

3.1) ระดับเล็กน้อย จะไม่มีอาการทางร่างกายแสดงออกอย่างชัดเจน แต่อาจสังเกตจากคำพูด ท่าทาง ซึ่งจะแสดงออกอย่างเชื่องช้า

3.2) ระดับปานกลาง ความสนใจกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสนุกสนานจะน้อยลง ขาดความรักในชีวิต กระบวนการคิดแคบลง ไม่มีสมาธิ และการตัดสินใจไม่ดี บางคนจะบ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกาย ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบหายใจ และการนอนหลับ แยกตัวเองจากสังคม สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่มีความบกพร่อง

3.3) ระดับรุนแรง จะมีความสลดใจและหมัดหวังอย่างชัดเจน ไม่มีเรี่ยวแรง ขาดพลังกำลัง ความคิดช้า การตัดสินใจไม่ดี แยกตัวไม่เข้าสังคม ปฏิเสธการรับประทานอาหาร รู้สึกไร้ค่า บางคนอาจมีพฤติกรรมกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย แม้ว่าไม่มีพลังกำลังแต่คนที่มิภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงก็สามารถทำร้ายตนเองได้ มีบางคนเก็บกดอารมณ์เศร้าไว้แต่แสดงออกด้วยอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับหรือหลับมากผิดปกติเบื่ออาหารน้ำหนักลด

ในผู้ป่วยไทยพบไม่น้อยที่มาหาแพทย์ด้วยอาการทางร่างกายมีอาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมจะพบว่ามีอาการอื่น ๆ ของโรคซึมเศร้าร่วมด้วย (มานอน หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์. 2548 : 144-145)

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยไม่ได้กำหนดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย เนื่องจาก การวิจัยในครั้งนี้เน้นที่การให้ความรู้ทางสุขภาพ กับครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้อย่างเหมาะสม

4) อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีอาการและอาการแสดงหลายด้าน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553 : 9-11) ได้แบ่งเป็นกลุ่มอาการด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

(1) กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Mood symptoms) ได้แก่ อารมณ์เศร้า และความสนใจ หรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างชัดเจน อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นติดต่อกัน นานเกินกว่าที่ควรจะเป็น จากผลกระทบของเหตุการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญความสนใจ และความเพลิดเพลินที่ลดลงจะทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และทำงานต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ลำบาก จนทำให้ผู้ป่วยหลายรายรู้สึกว่าคุณเหมือนคนขี้เกียจ ไม่อยากทำอะไร ถึงแม้ อารมณ์เศร้าจะเป็นอาการทางอารมณ์ที่เด่นชัดที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็ยังพบว่ามีอารมณ์อื่น ๆ เกิดขึ้นร่วมด้วยได้ เช่น ความรู้สึกกังวล อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์โกรธ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายจะมีอาการวิตกกังวลเกิดขึ้นร่วมด้วย โดยอาจพบบ่อยถึง ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยอาการ วิตกกังวลที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นความวิตกกังวลไปล่วงหน้า หรืออาจจะเป็นอาการวิตกกังวลที่รุนแรงจน กลายเป็นอาการตื่นตระหนกก็ได้

(2) กลุ่มอาการทางชีวภาพ (Vegetative symptoms) หรือกลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptoms) ได้แก่ อาการอ่อนล้า หดเหี่ยวเร่วงกำลัง นอนไม่หลับ โดยมากพบการตื่นเร็ว กว่าปกติ หรือการตื่นกลางดึกหลายครั้ง ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลดลง แต่ในบางรายอาจ พบว่ามีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และนอนมากเกินปกติ ซึ่งเรียกว่าอาการที่ไม่เป็นไปตาม แบบฉบับ (Atypical features) และยังพบประจำเดือนผิดปกติ เช่น ประจำเดือนขาด ปัญหาสมรรถภาพ ทางเพศ เช่น ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง และกิจกรรมทางเพศลดลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลายรายมักจะบอกรถึงอาการทางร่างกายที่เกิดร่วมด้วยหลายอย่าง เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องผูกหรือท้องเสีย และคลื่นไส้อาเจียนด้วย

(3) กลุ่มอาการเกี่ยวกับจิตใจและการเคลื่อนไหว (Psychomotor symptoms) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมีจิตใจการเคลื่อนไหวที่ช้าลง (Psychomotor slowness) จนต้องซ้ำ รายที่มีอาการรุนแรงจะมีการเคลื่อนไหวน้อยมากจนแทบไม่ขยับเนื้อตัว อาจจะมีอาการนิ่งไม่พูด (Mutism) หรืออยู่นิ่งนาน ๆ โดยไม่เคลื่อนไหว (Catatonia) ผู้ป่วยบางรายมีจิตใจการเคลื่อนไหวแบบ หงุดหงิด (Psychomotor agitation) คือ รู้สึกว่าจิตใจไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย กระวนกระวาย และ ลูกลึกลูกกลน

(4) กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive symptoms) ได้แก่ การไม่มีสมาธิ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 84 การไม่สามารถคิดตัดสินใจ ความรู้สึกผิด มีความคิดโทษหรือตำหนิตัวเอง ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังหรือสิ้นหวัง และความรู้สึกไร้ค่า จนอาจถึงความคิดอยากตาย หรือความคิดฆ่าตัวตาย

(5) กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ (Interpersonal symptoms) หรือกลุ่มอาการทางสังคม (Social symptoms) ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี การไม่เข้าสังคม และการแยกตัวจากสังคม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมักพบว่าขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เนื่องจากปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างจากปัญหาอารมณ์ของตน และเมื่อเกิดอาการของโรคซึมเศร้าแล้วยิ่งทำให้แยกตัวจากสังคมมากขึ้น เนื่องจากรู้สึกว่าไม่อยากพูดคุย พบปะหรือสังสรรค์กับใคร

กลุ่มอาการของโรคซึมเศร้ามักที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญ ซึ่งได้แก่ หน้าที่ด้านการเรียน การทำงาน ทางสังคมหรือความสัมพันธ์กับบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักควรได้รับการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการของโรคซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดการบำบัดรักษาตามที่กล่าวต่อไป

2.1.2 การบำบัดโรคซึมเศร้า

การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แบ่งการบำบัดรักษาเป็น 2 วิธี คือ วิธีทางชีวภาพ และทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดรักษาทางชีวภาพ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า สำหรับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมมีการบำบัดหลากหลายรูปแบบ ซึ่งจะได้กล่าวโดยละเอียดต่อไป

1) การบำบัดรักษาทางชีวภาพ

การบำบัดรักษาทางชีวภาพ ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1) การรักษาด้วยยา

การรักษาโรคซึมเศร้าโดยทั่วไปแล้วจะเริ่มต้นการรักษาด้วยจิตบำบัด ก็สามารถทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้โดยไม่ต้องใช้ยา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยลักษณะต่อไปนี้ควรให้การรักษาด้วยยาร่วมด้วย

- (1) ให้การรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- (2) ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง หรือระดับปานกลาง
- (3) มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว

แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้พิจารณาในการจ่ายยารักษาโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยไม่ควรที่จะซื้อยารับประทานเอง และควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องเพื่อให้หายจากอาการป่วย

1.2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy-ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นทางเลือกสุดท้ายของการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า มุ่งเน้นการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยใช้กระแสไฟฟ้าเป็นตัวบำบัด เป็นการรักษาด้านร่างกาย (Physical therapy) ผู้รักษาจะเลือกใช้วิธีการรักษาดังกล่าวเฉพาะกรณีที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น โดยใช้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการและอาการแสดง ประกอบด้วย 1) มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงจนมีอันตรายจากการฆ่าตัวตาย 2) ไม่สามารถรับประทานยาได้ 3) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา คือ รับประทานยาต้านเศร้าแล้วไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อย และ 4) ผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หวาดระแวง (Paranoid) หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) เป็นต้น ผู้บำบัดควรให้ความมั่นใจกับผู้รับการรักษาและญาติด้วยไฟฟ้าถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษา (สายฝน เอกวรังกูร. 2553 : 109-110) ในโรงพยาบาลคลองหลวงยังไม่มี การรักษาด้วยไฟฟ้าส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาและการให้คำปรึกษา

2) การบำบัดรักษาทางจิตสังคม

จิตบำบัดเป็นการรักษาทางจิตใจที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการรักษาทางชีวภาพของโรคซึมเศร้ามากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาด้วยยา แต่การรักษาด้วยจิตบำบัดก็ยังมีบทบาทสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการรักษาด้วยยา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553 : 53) จิตบำบัดเป็นการรักษาหรือช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยอาศัยการสนทนาและสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ความทุกข์ทรมานในจิตใจลดลง แต่ละรูปแบบการรักษามีแนวคิดพื้นฐานและวิธีการแตกต่างกันออกไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548 : 369) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1) จิตบำบัดชนิดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic psychotherapy)

เป็นจิตบำบัดชนิดที่รักษาหรือช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีความเชื่อพื้นฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่นิยมใช้ ได้แก่ จิตบำบัดแบบหยั่งลึก (Insight psychotherapy) และจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นต้น

2.2) การบำบัดพฤติกรรมการรู้คิด (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) เป็น

กระบวนการ มุ่งเน้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการ และกระบวนการคิดที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมและมีเหตุผล โดยใช้หลักการบำบัด คือ การสะท้อนให้บุคคลมองเห็นลักษณะความคิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่บ่งชี้โรคซึมเศร้า พร้อมกับสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องแก้ไขการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุรวมทั้งกระบวนการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการเปิดรับทางความคิดในสถานการณ์จริง การบำบัดความคิด การจัดการกับอาการซึมเศร้าที่ซับซ้อน การกำหนดกิจกรรม เทคนิคและพฤติกรรมที่ช่วยจัดการ

โรคซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้เทคนิคต่าง ๆ รวมทั้งการมอบหมายการบ้านให้ทำ (Homework assignment) (สายฝน เอกวารางกูร. 2553 : 116-117)

2.3) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นการรักษาทางจิตใจรูปแบบหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นปัญหา (Maladaptive behavior) ที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Desired behavior) เพื่อช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น อาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical conditioning) ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning) ทฤษฎีการเรียนรู้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นปัญหา เกิดจากการเรียนรู้ที่ผิด ดังนั้น หากทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง ก็จะสามารถปรับเปลี่ยนและแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นได้ นักพฤติกรรมบำบัดจึงมุ่งค้นหาและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเสริมแรงจิตใจให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ในปัจจุบันมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมบำบัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553 : 71-72)

2.4) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy : IPT) เป็นจิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงของโรคซึมเศร้ารูปแบบหนึ่ง มีประสิทธิภาพทั้งการรักษาโรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ 1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief or complicated bereavement) 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal role disputes) 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role transitions) และ 4) ความบกพร่องทางสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal deficits) เมื่อแก้ไขปัญหาระหว่างบุคคลของผู้ป่วย อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553 : 62)

2.5) การบำบัดการรู้คิดอารมณ์ให้มีเหตุผล (Rational emotive therapy) เป็นการขจัดความยุ่งยากทางอารมณ์อันเนื่องมาจากมีความเชื่อผิดๆ เหตุผล สามารถเผชิญกับปัญหาที่แท้จริง ได้เรียนรู้พฤติกรรมที่ดี กลายเป็นผู้ที่มีเหตุผลตามทฤษฎีของ Ellis (2000) นักจิตวิทยาคลินิกชาวอเมริกันเจ้าของทฤษฎี RET (Ration Emotive Therapy) หรือใช้การรักษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person centered therapy) ของ Rogers (1942) ด้วยเทคนิคของการให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) ความกระจ่างชัดในปัญหา (Clarification) การประคับประคอง (Supportive) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบชีวิตของตนเอง ได้รู้จักตัวตนที่

แท้จริงโดยยอมรับสภาพความจริง เป็นการสร้างความมั่นใจให้ได้พัฒนาศักยภาพแห่งตนไปสู่วิถีตามธรรมชาติ (วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. 2555 : 359)

2.6) กลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy) เป็นการรักษาโดยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาร่วม ๆ กัน มีการให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่กัน มีการทราบถึงปัญหาตลอดจนการแก้ไขของบุคคลอื่น ๆ มีการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ที่แต่ละคนมีต่อกัน ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยมีได้น้อยไปกว่าการรักษาแบบตัวต่อตัว ในบางกรณีอาจมีความเหมาะสมกว่าด้วย กลุ่มผู้ป่วยอาจมีตั้งแต่ 4-15 คน ส่วนใหญ่จะประมาณ 8 - 10 คน ผู้รักษา 1 - 2 คน โดยเป็นผู้นำกลุ่ม (Leader) และผู้ช่วย นำกลุ่ม (Co-leader) ใช้เวลาในกลุ่มประมาณ 90 นาที ทำ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาไม่แน่นอน วัตถุประสงค์ของแต่ละกลุ่มมีแตกต่างกันไป เช่น เป็นกลุ่มเพื่อเสริมกำลังใจให้คำแนะนำแก่กัน (Supportive group) ซึ่งมักเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยในซึ่งยังมีอาการมากอยู่ กลุ่มพัฒนาตนเอง (Reconstructive group) เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาบุคลิกภาพหรือปัญหาในการปรับตัว ซึ่งมักเป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก ระยะเวลาในการรักษาอาจนานเป็นปี ผู้ป่วยมีการเรียนรู้จากกลุ่มในระดับลึกกลุ่มจะช่วยกันชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกในกลุ่มภายใต้การช่วยเหลือของผู้รักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548 : 377)

2.7) ครอบครัวบำบัดหรือการให้คำปรึกษารอบครัว (Family counseling) เป็นเทคนิคของการบำบัดที่ต้องประยุกต์ใช้แนวคิดด้านประสบการณ์และมนุษยนิยม และแนวคิดด้านพลวัตทางจิต หรือการวิเคราะห์ทางจิต และพลวัตครอบครัว ประกอบด้วย ทฤษฎีการปรึกษารอบครัว กลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการรู้คิดด้วยเทคนิคการบำบัดพฤติกรรมการแต่งงาน ซึ่งเป็นการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สำคัญของคู่สมรส ด้วยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลใหม่ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะกลับบ้านเพื่อจะได้อยู่กับครอบครัวที่ตนรักคอยช่วยเหลือและรักษาสภาพจิตใจ ในกระบวนการที่ทุกคนในครอบครัวต่างให้ความช่วยเหลือ โดยเข้าใจในปัญหา ความเครียด ความขัดแย้งของเขาที่เกิดขึ้น เพราะระบบครอบครัวเป็นความรับผิดชอบของทุกคนที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข ทำให้ครอบครัวอยู่ในสถานะที่สมดุล มีประสิทธิภาพ การได้เรียนรู้เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว ให้การยอมรับสภาพความเป็นจริง และมีทัศนคติทางบวกต่อครอบครัว เป็นแนวทางที่จะพัฒนาผู้ป่วยในครอบครัวให้มีความภาคภูมิใจเป็นตัวของตัวเอง สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และปรับตัวได้กับทุกคนในครอบครัวและสังคมภายนอก มีการกำหนดพบกัน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ในการบำบัดอาจใช้ระยะเวลานานหลายเดือน ฉะนั้นบทบาทของครอบครัวต้องยอมรับ เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วยเมื่อได้กลับมาพักพิงทางใจที่บ้านเพื่อรักษา ดูแลแผลใจ คอยให้กำลังใจ อาการป่วยจะได้หายเร็วไว ทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขพร้อมหน้าเหมือนเดิม (วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. 2555 : 359-360)

2.8) การบำบัดคู่สมรส (Marital therapy) การบำบัดช่วยเหลือคู่สมรสที่มีปัญหา
ระหว่างกัน ในการรักษาคู่สมรสอาจพบผู้รักษาพร้อมกันหรือแยกกันพบ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ สิ่งสำคัญ
คือ ท่าทีของผู้รักษาต้องเป็นกลางไม่โอนเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การช่วยเหลือเริ่มต้นด้วยการดูว่า
ปัญหาอยู่ที่ตรงไหน ให้คู่สมรสระบุว่าต้องการให้อีกฝ่ายแก้ไขเรื่องใดบ้าง โดยระบุให้เจาะจงลงไป
ผู้รักษาจะเป็นฝ่ายประนีประนอม ไม่ให้ออกมาเป็นการประณามหรือต่อว่ากัน ค่อย ๆ ให้แต่ละฝ่าย
ปรับตัว หรือแก้ปัญหาก็จะเรื่อง กรณีที่ไม่เหมาะแก่การทำ ได้แก่ การที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความผิดปกติ
ทางจิตเวชที่มากหรือรุนแรง เช่น เป็นโรคจิต หรืออีกฝ่ายหนึ่งต้องการหย่าร้างอย่างจริงจังหรือไม่
ร่วมมือในการรักษาเลย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548 : 378-379)

2.9) การบำบัดทางสิ่งแวดล้อม (Milieu therapy) การบำบัดประเภทนี้มีจุดมุ่งหมาย
ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้อยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น โดยพยายามจัดสิ่งแวดล้อมใน
โรงพยาบาลให้มีความเหมาะสมด้วยการสร้างบรรยากาศเหมือนที่บ้าน จนผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี
ขึ้นเริ่มมีความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความคิดริเริ่ม กล้าแสดงออกมากขึ้น สามารถกลับคืนสู่สังคมเดิม
ภายนอกในสภาพของความพร้อมที่จะยอมรับต่อปัญหาและอุปสรรค (วิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. 2555 :
360)

จะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย
ใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเน้นการให้ความรู้ใน
การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติในการ
ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เหมาะสม โปรแกรมนี้ไม่ใช่การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรง แต่เป็นการ
ช่วยเหลือ ครอบครัวผู้ดูแลให้มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติในการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อให้
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัว โดยมีการดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้
ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีจำนวน
4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที โดยมีข้อมูลการดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมินผล
1	การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขั้นตอน ระยะเวลา บทบาทและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้เกี่ยวกับ ความหมาย อาการสำคัญ การรักษา โรคซึมเศร้า สัญญาณเตือนภัยที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า บทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลในการดูแลและการสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p>	<p>1. กล่าวทักทายและแนะนำตัว</p> <p>2. การปฐมนิเทศชี้แจงขั้นตอนและบทบาท</p> <p>3. การสอนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า</p>	<p>1. การให้ความสนใจ</p> <p>2. การให้ความร่วมมือ</p> <p>3. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p>
2	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับผู้ดูแล	<p>เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ ที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p>	<p>การเล่าเรื่องเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ</p> <p>- เรื่องเล่าที่ 1 นิทานเซน : คนดาบอดกับคอมพิวเตอร์</p> <p>- เรื่องเล่าที่ 2 บ้านของเรา</p> <p>- เรื่องเล่าที่ 3 หมาขี้เรื้อนเปลี่ยนหัวใจคนใจดำ</p>	<p>1. การให้ความสนใจ</p> <p>2. แบบประเมินทัศนคติ : คุณคือกุญแจไขสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมินผล
3	การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง	การสอนแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	1. การให้ความสนใจ 2. แบบประเมินการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4	สรุปและประเมินผล การเข้าร่วมโปรแกรม	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ทบทวนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2. เพื่อสรุปความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	1. ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสรุปความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2. สรุปความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3. ให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำแบบประเมิน	1. การให้ความร่วมมือ 2. การให้ความสนใจ 3. แบบสอบถามเรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1.3 แบบประเมินสภาพทางจิตและโรคซึมเศร้า

1) การประเมินสภาพทางจิต

ในการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการตรวจสภาพทางจิต (Mental status examination) ทำได้โดยการสังเกตร่วมกับการสนทนากับบุคคลที่ถูกประเมิน ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ถูกประเมินเป็นอย่างดี จึงจะตีความพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และคำพูดต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง สภาพทางจิตของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ (ศิริพร จิรวัดนกุล. 2546 : 43-45)

1.1) พฤติกรรมทั่วไป

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คิดช้า สีหน้าเศร้า คอตก หลังมักจะค่อม ไม่สบตาคู่สนทนา

1.2) อารมณ์และสีหน้า

ส่วนใหญ่สีหน้าเศร้าหมอง แต่บางคนไม่แสดงออกทางสีหน้า และปฏิเสธว่าไม่รู้สึกรเศร้า แต่จะแสดงอารมณ์เศร้าโดยการแยกตัวเองจากสังคม กิจกรรมต่าง ๆ ลดลง

1.3) ความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส

ผู้มีอารมณ์เศร้าทั่วไปมักไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้สัมผัส แต่บางคนอาจมีอาการประสาทหลอน (Hallucination) และหลงผิด (Delusion) ได้ ซึ่งก็มักจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับตนเองผิดบาป ไม่มีค่า ล้มเหลว ถูกกลั่นแกล้ง ซึ่งการแสดงออกของการรับรู้สัมผัสนี้จะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ๆ เป็นอย่างมาก

1.4) เนื้อหาและกระบวนการคิด

เนื้อหาความคิดของผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมองโลก มองตนเองไปในทางลบ หมกมุ่นกับความรู้สึกผิด ความสูญเสีย และความตาย กระบวนการคิดก็ซ้ำ แสดงออกโดยการพูดซ้ำ พูดน้อย ใช้เวลาในการตอบคำถามนาน และตอบด้วยคำพูดสั้น ๆ

1.5) การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

ผู้มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติด้านนี้ ตอบคำถามเรื่องนี้ได้ถูกต้อง แต่ถ้าอารมณ์เศร้ามากก็ไม่สนใจ หรือไม่มีพลังที่จะตอบคำถาม

1.6) ความจำ

ส่วนใหญ่สมาธิไม่ดี ลืมง่าย

1.7) การตัดสินใจและความหยุ่งเหยิง

การตัดสินใจในชีวิตอยู่บนพื้นฐานความคิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไร มักเห็นว่าตนเองไม่สบายมาก หรือมีปัญหาชีวิตมากจนไม่มีความหวังอะไร

1.8) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

เนื่องจากผู้มีภาวะซึมเศร้าหมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ ทำให้เนื้อหาสาระที่พูดออกมาจะวนเวียนเป็นอยู่ที่ความไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหวังในชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้ประเมินควรตรวจสอบข้อมูลจากคนแวดล้อมของผู้ถูกประเมินประกอบด้วย

2) การประเมินโรคซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ประเมินอาการโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และประเมินการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 8 คำถาม (8Q) (กระทรวงสาธารณสุข. 2553 : 53-57) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

เครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม อารมณ์เศร้ามีความไวสูง ร้อยละ 97.3 (95% CI=95.4-7.6%) ความจำเพาะต่ำร้อยละ 45.6 (95% CI=42.5-48.7%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า

(Positive likelihood ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่” จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1% (95% CI=82.9–87.3%) ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive likelihood ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า

ตารางที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม และให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย “√” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. 2553 : 53

การแปลผลและดำเนินการต่อไป

- ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า แล้วให้ประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

2.2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้าจากการทำ Receiver operating characteristic curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931 – 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูง ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึง ร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder : MDD) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อยมี จำนวน 9 ข้อ เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า 9Q เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รายข้ออยู่ที่ระหว่าง 0.7836 – 0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (P-value < 0.001) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่าสัดส่วนความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Likelihood ratio) ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95% CI = 2.16 – 4.26) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามการแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

หมายเหตุ : ให้นับการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คำถาม	ไม่มี เลย	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	เป็น บ่อย > 7 วัน	เป็น ทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตนเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

คะแนนรวมทั้งหมด.....

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. 2553 : 55-56

การแปลผล

- <7 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
- 7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย
- 13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
- ≥19 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

ตารางที่ 4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 8 คำถาม (8Q)

ข้อแนะนำ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามการแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

ลำดับคำถาม	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ในช่วง	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	1 เดือนที่	อยากทำร้ายตนเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ผ่านมา รวมวันนี้	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือตอบได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิต ที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

รวมคะแนน.....

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. 2553 : 57

การแปลผล

- 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
- 1-8 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
- 9-16 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
- ≥17 คะแนน แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

ข้อจำกัดในการใช้

ข้อคำถามที่ 1-7 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาเท่านั้น

ข้อคำถามที่ 8 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตที่ผ่านมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบบางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ดังนี้

เพอร์ติกเชส (Perdices. 1992 : 280 – 320) ศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 207 คน และผู้ที่ไม่ติดเชื้อ จำนวน 36 คน พบว่า คะแนนความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ไม่มีความแตกต่างกันในอายุ และระดับการศึกษา ส่วนความรุนแรงของความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางกาย

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2550 : 67) ศึกษาการรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้โรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมือง ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 18 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยคำถามปลายเปิด ผลการวิจัยพบ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความหมายของโรคซึมเศร้า คือ โรคของความเป็นทุกข์ กลุ่มใจ และเป็นโรคของคนคิดมาก คิดไม่ออก 2) อาการและอาการแสดงออก คือ รู้สึกซึม หดหู่ ไม่พูดไม่จา เหม่อลอย น้อยใจ กลัวนอนไม่หลับ คิดเรื่องความเป็นอยู่ 3) สาเหตุการเกิดโรค คือ การสูญเสียคนที่รัก และการกระทำที่ไม่ดีในอดีต 4) ผลกระทบต่อชีวิต คือ ทำให้ไม่มีความสุข และเป็นโรคต่าง ๆ ตามมา 5) การจัดการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ ทำใจให้สงบ สบาย ทำให้หายอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และทำกิจกรรมที่ชอบ อย่ายู่คนเดียว ประเด็นความรู้เหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลทางสุขภาพในการเข้าใจความหมาย อาการ สาเหตุ ผลกระทบและการจัดการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุไทยในเขตชุมชนเมืองและทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลและจัดหาวิธีการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

อังคณา หมอนทอง และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2550 : 25) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 จำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง 2) ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อด้านสุขภาพ และความหวังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ร้อยละ 17.00

อุ้นจิตร คุณารักษ์ (2554 : 42) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 263 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.00 เพศชายและหญิงคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน คะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงพบในผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ ปัจจัยที่มีผลและสามารถร่วมคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ รายได้ สถานภาพทางการเงิน การรักษาต่อเนื่องและการรับรู้เกี่ยวกับการหายของโรค โดยสามารถคาดทำนายได้ ร้อยละ 14.50 ดังนั้น การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง การดำเนินโรคและการติดตามในกลุ่มที่ขาดนัด จะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำและเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียุทธศาสตร์ชีวิตที่ดีขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อ ร่างกาย อารมณ์และการรับรู้ของผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อด้านสุขภาพ และความหวัง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด นั่นคือครอบครัวผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามียุทธศาสตร์ชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 การให้ความรู้ทางสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ

การให้ความรู้ทางสุขภาพหรือสุขศึกษา (Health education) จะเกี่ยวข้องกับคำสองคำคือ “สุขภาพ” (Health) และ “การศึกษา” (Education) ซึ่งคำว่า “สุขภาพ” จะหมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงอยู่ในสังคมด้วยดี และคำว่าสุขภาพนี้ มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคหรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น สุขภาพแบ่งออกได้เป็นสุขภาพส่วนบุคคลและสุขภาพของชุมชนหรือสาธารณสุข (พิสมัย เเด่นดวงบริพันธ์. 2539 : 1) ส่วนคำว่า “การศึกษา” จะหมายถึง กระบวนการต่าง ๆ ที่นำมาใช้พัฒนามนุษย์ให้มีความสามารถด้านพฤติกรรม มีทัศนคติที่ดีซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมปรารถนาและเป็นที่ยอมรับ การศึกษาจะรวมถึงการวางแผนหลักสูตร การจัดประสบการณ์การเรียนการสอน และการถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นระบบ (Gagne. 1975 อ้างถึงใน วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ. 2553 : 68) ดังนั้น การให้ความรู้ทางสุขภาพหรือสุขศึกษาจึงมีความหมาย ดังนี้

อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2546 : 2) ได้ให้ความหมายของความรู้ทางสุขภาพ คือ กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ อันมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี เป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ จากการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี

เอมอัชมา (รัตนริมจ) วัฒนบูรานนท์ (2556 : 18) ได้ให้ความหมายของสุขศึกษา คือ กระบวนการจัดการศึกษาและประสบการณ์ เพื่อจะให้บุคคลและชุมชนมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ดี และถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ อันจะส่งผลให้บุคคลและชุมชนมีความสุขทั้งกาย ใจ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ (2553 : 68) ได้ให้ความหมายของสุขศึกษา คือ กระบวนการที่ได้มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยการทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นในการดำรงไว้หรือสร้างเสริมสุขภาพ

สรุปได้ว่า การให้ความรู้ทางสุขภาพหรือสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ อันมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีของกลุ่มเป้าหมายซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบุคคล กลุ่มคน หรือชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าของการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัวผู้ดูแล

1) จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ

จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ หรือการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนตามคำจำกัดความที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก กล่าวว่า จุดรวมของการให้ความรู้ทางสุขภาพอยู่ที่บุคคลและการกระทำ มีจุดมุ่งหมายโดยทั่วไป คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพที่ดี ต้องการให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติ และมีรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพอนามัย สามารถใช้วิจารณญาณและความรอบรู้ในการเลือกใช้บริการต่าง ๆ ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการตัดสินใจร่วม เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยสรุปจุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ คือ การพัฒนาคนโดย

1.1) ให้ประชาชน รู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน

1.2) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในวิถีทางการดำเนินชีวิตของชุมชนอย่างสร้างสรรค์และมีเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่ดี

1.3) ให้ประชาชนเชื่อมั่นในการพัฒนาและพึ่งพาตนเอง

1.4) ให้ประชาชนได้รับข้อมูลความรู้ทางสุขภาพตลอดเวลา

1.5) ให้ความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความต้องการของประชาชนและชุมชน

1.6) ให้ประชาชนมีความรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพ และดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. 2546 : 2)

นอกจากนี้ การให้ความรู้ทางสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน เกิดการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี โดยต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2536 : 50-52)

(1) พฤติกรรมด้านความรู้ หรือพุทธิปัญญา เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถด้านสติปัญญา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณคนนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพอย่างไร ประกอบด้วยความสามารถเป็นระดับชั้นต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการเรียนรู้ระดับง่ายและเพิ่มการใช้ความคิด และสติปัญญามากขึ้น ได้แก่ ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า

(1.1) ความรู้ ความจำ (Knowledge) คือการสอนเพื่อให้ผู้เรียนได้ระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพที่เคยพบ เคยเห็น เคยได้ยินหรือเคยมีประสบการณ์มาแล้ว วัดได้จากการจำหรือท่องจำได้ เป็นต้น

(1.2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญสรุปความหรือแปลความหมายของสิ่งที่พบเห็นอย่างถูกต้อง

(1.3) การนำไปใช้ (Application) เป็นการสอนที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ไปใช้แก้ปัญหาใหม่ได้ หรือแก้ไขสถานการณ์ใหม่ได้

(1.4) การวิเคราะห์ (Analysis) ผู้เรียนสามารถแยกแยะเรื่องราวต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อยแยกส่วนประกอบของสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบความสำคัญ และบอกความสัมพันธ์ของแต่ละส่วนได้ เช่น สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน และบอกได้ว่าสาเหตุใดสำคัญที่สุดรวมทั้งเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

(1.5) การสังเคราะห์ (Synthesis) ผู้เรียนสามารถผสมผสานความรู้ส่วนต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่

(1.6) การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถขั้นสูงสุด ผู้เรียนจะสามารถตัดสินเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่าถูกต้อง ดีงามหรือเหมาะสมหรือไม่ด้วยการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ

(2) พฤติกรรมด้านทัศนคติ เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้จะเกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ความคิดเห็น ความชอบ ค่านิยม ซึ่งถ้าสอนให้ผู้เรียนเกิดทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพแล้วย่อมนำไปสู่การปฏิบัติได้ แต่ทัศนคติจะไม่ได้เกิดขึ้นในทันทีทันใด จะเกิดขึ้นตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก คือ ขั้นการรับรู้ การตอบสนอง การสำนึกในคุณค่า การรวมตัวของคุณค่า และการตรึงมั่นในคุณค่า

(3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการสอน สุขศึกษา เป็นกระบวนการทางร่างกายหรือการใช้กล้ามเนื้อซึ่งเป็นการแสดงออกที่สามารถสังเกตได้ เช่น การเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การพบแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น การปฏิบัติที่ดีจะเกิดขึ้นเมื่อประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นเสียก่อน

และการปฏิบัติที่ดีนั้น จะต้องเป็นการปฏิบัติที่มีทักษะ ซึ่งการเกิดทักษะจะต้องมีการกระทำเป็นขั้นตอน มีการฝึกปฏิบัติ มีการพัฒนาโดยเริ่มจากการเลียนแบบ การลงมือทำตามแบบ ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และการกระทำอย่างเป็นธรรมชาติ

2) หลักการให้ความรู้ทางสุขภาพ

หลักการให้ความรู้ทางสุขภาพ มีประเด็นสำคัญดังนี้ (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ. 2553 : 74-75)

2.1) การให้ความรู้ทางสุขภาพควรเน้นเรื่องสุขภาพทางบวก โดยจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดคือ ความเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่ใช่สอนเพียงเพื่อให้ผู้เรียนได้รับแต่ความรู้เท่านั้น

2.2) ควรสอดแทรกหรือผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิต ประสบการณ์จริง บรรทัดฐาน วัฒนธรรม หรือประเพณีของสังคม

2.3) ควรจัดให้มีความสัมพันธ์และมีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตั้งแต่บุคคล ครอบครัวและชุมชน

2.4) ควรมุ่งส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดใหม่ทางด้านสุขภาพ

2.5) ควรเน้นแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อสังคม

2.6) การสอนจะสัมฤทธิ์ผลได้อย่างสมบูรณ์ จะต้องมีการวางแผนการสอนที่เน้นวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ

2.7) วัตถุประสงค์ในการสอนจะต้องมุ่งเน้นไปที่ผลที่ผู้เรียนจะได้รับ และวัตถุประสงค์นั้นต้องได้รับการยอมรับจากผู้เรียนว่าเป็นเป้าหมายเฉพาะตัวเขา

2.8) ต้องคำนึงถึงปัญหา ความต้องการ และความแตกต่างระหว่างบุคคล

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ทางสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ทางสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ซึ่งสามารถแยกได้ดังนี้ (เอมอัชฌา (รัตนริมจง) วัฒนบูรานนท์. 2556 : 22-23)

3.1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล ซึ่งได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การตระหนักในตนเอง เห็นคุณค่าของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การมีทัศนคติที่ดีและการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ การมีแรงกระตุ้น การมีแรงจูงใจ ความตั้งใจ ความมุ่งมั่นอดทน รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการใฝ่รู้และสามารถใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้

3.2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมของสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และการบริหารจัดการ ในสังคมเมืองและสังคมชนบทที่มีขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมต่างกัน วิถีชีวิตย่อมแตกต่างกัน ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ ในเรื่องเศรษฐกิจ การมีรายได้สูง รายได้ต่ำของประชาชนก็ส่งผลต่อการเรียนรู้ทางสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนในการศึกษานั้นประชาชนที่ได้รับการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน ย่อมมีโอกาสที่จะเรียนรู้และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน การศึกษามีส่วนบ่มเพาะให้บุคคลมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีและการปฏิบัติที่ถูกต้องได้

4) กระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพ

กระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นการดำเนินการเพื่อให้บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน หรือชุมชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม เพื่อให้บุคคลมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ

กระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพ จะมีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วย (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ. 2553 : 71-74)

4.1) การประเมินปัญหา (Assessment) ในการวางแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ จะต้องประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนทุก ๆ ด้าน ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ประเมินกลุ่มเป้าหมาย ประเมินสภาพแวดล้อมในการเรียนการสอน และประเมินตัวผู้สอน

4.2) การวางแผนการสอน (Planning) ควรวางแผนการสอนในเรื่องดังนี้

(1) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ควรกำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม คือมุ่งไปที่พฤติกรรมของผู้เรียน และสามารถวัดได้ การกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้จะช่วยให้ผู้เรียนทราบว่า พฤติกรรมที่คาดหวังคืออะไร ผู้สอนสามารถกำหนดเนื้อหา วิธีการสอนและการประเมินผลได้อย่างเหมาะสม

(2) ทำข้อตกลงร่วมกัน การทำข้อตกลงร่วมกันจะช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน และมีความรับผิดชอบมากขึ้น

(3) เลือกวิธีการเรียนการสอนและสื่อการสอน ผู้สอนควรเลือกใช้วิธีการเรียนการสอน และใช้สื่อการสอนให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาวิชาและลักษณะความสามารถของผู้เรียน

4.3) การดำเนินการสอน (Implementation) การนำแผนการสอนไปใช้ ผู้สอนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาในการสอนเป็นอย่างดี และขณะที่สอนควรสร้างให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ สอนและใช้สื่อต่าง ๆ ย้ำในเรื่องที่สำคัญ ให้ผู้เรียนได้แสดงความรู้ ความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การชมเชยและให้รางวัลตามความเหมาะสม

4.4) การประเมินผล (Evaluation) จะประเมินผลใน 2 ลักษณะ ได้แก่

(1) การประเมินประสิทธิผลของการสอน เพื่อดูว่าผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้หรือไม่ วิธีการประเมินสามารถทำได้โดยการทดสอบ การสาธิตย้อนกลับ หรือสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียน เป็นต้น

(2) การประเมินผู้สอนและสิ่งแวดล้อม ผู้ประเมินอาจเป็นกลุ่มผู้เรียน เพื่อนร่วมงาน หรือผู้บังคับบัญชา ทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินต้องมีความจริงจัง ให้ความนับถือซึ่งกันและกัน ผู้ถูกประเมินต้องใจกว้าง ยอมรับข้อเสนอแนะและปรับปรุงเพื่อให้การสอนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ หรือการให้สุขศึกษา เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญ ที่ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพของบุคคล และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นส่วนหนึ่งของเนื้อหาของ การให้ความรู้ทางสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ จึงเน้นที่การให้ความรู้เรื่องสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติไปในทางที่พึงประสงค์เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งการให้ความรู้ทางสุขภาพยังสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมอีกด้วย

2.2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ (KAP)

ทฤษฎีนี้ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และ การปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับข้อมูลอันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป จากการรับข้อมูลนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้ จะเกิดขึ้น ในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับข้อมูลได้รับข้อมูลก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้น จะไปมีผลทำให้เกิด ทศนคติ และขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. 2533 หน้า 118 อ้างถึงใน สำเนียง ประถมวงษ์. 2553 : 7)

1) ความรู้ (Knowledge)

คาร์เตอร์ วี กู๊ด (Carter V. Good, 1973 : 325 อ้างถึงใน สำเนียง ประถมวงษ์. 2553 : 8) กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ การที่บุคคลยอมรับ หรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลควรจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรม และทศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

1.1) ระดับความรู้ ทาบา (Hilda taba) แบ่งความรู้ ออกเป็น 4 ระดับ (ศักดิ์ศรี ปานะกุล. 2553 : 74 – 75) ดังนี้

(1) ความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริงและกระบวนการ (Facts and processes) เป็นความรู้ขั้นต่ำสุด ง่ายและธรรมดาที่สุด เป็นข้อมูลซึ่งแสดงความเป็นจริงของธรรมชาติ รวมทั้งหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีผู้กำหนดขึ้น เป็นข้อมูลที่อาศัยการท่องจำ และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาไปสู่แนวคิดพื้นฐานในระดับต่อไป

(2) ความรู้ที่เป็นแนวคิดพื้นฐาน (Basic ideas) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างของสองสิ่ง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตและร่างกาย ความรู้ในลักษณะนี้เป็นข้อมูลที่แฝงความหมายอยู่ด้วย เมื่อผู้เรียนเข้าใจและเห็นความสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ก็สามารถนำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดและหลักการดังกล่าวไปอธิบายเหตุการณ์อื่น ๆ ได้ ความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริงและกระบวนการ แนวคิดพื้นฐาน จะนำไปสู่ความเข้าใจในเรื่องมนทัศน์ต่อไป

(3) ความรู้ที่เป็นมโนทัศน์ (Concepts) เกี่ยวกับความเข้าใจในลักษณะร่วมโครงสร้างและส่วนประกอบย่อย ๆ ของสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม รวบรวม สรุป เป็นความคิดรวบยอดหรือมโนทัศน์ ความคิดรวบยอดเป็นระบบของความคิดที่ซับซ้อน และเป็นนามธรรมซึ่งสามารถสร้างขึ้นได้โดยประสบการณ์ที่ต่อเนื่องจากสภาพการณ์ต่าง ๆ ความคิดรวบยอดไม่สามารถแยกแยะออกเป็นหน่วยเฉพาะได้

(4) ความรู้ที่เป็นระบบการคิด (Thought systems) ระบบการคิดประกอบด้วย ความคิดรวบยอด หลักการ และคำจำกัดความ ผู้เรียนที่มีวุฒิภาวะ (Mature) จะตั้งคำถามแล้วเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของความคิดสืบสอบ (Inquiry) อย่างมีเหตุผล โดยอาศัยระบบการคิดเป็นพื้นฐาน ระบบการคิดจึงเป็นการศึกษาวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจในสิ่งนั้นแล้วสรุปหรือสังเคราะห์ออกมาเป็นคำถาม คำตอบ หรือข้อสรุปในเรื่องนั้น ๆ

1.2) เครื่องมือในการวัดความรู้ เนื่องจากความรู้ คือความสามารถทางพุทธิปัญญา ซึ่งแบ่งได้หลายระดับดังกล่าว ดังนั้นการวัดความรู้จึงควรวัดความสามารถในทุกระดับ เครื่องมือในการวัดความรู้จะต้องอาศัยแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement test) ที่จะเป็นการวัดความสามารถทางปัญญาและทักษะต่าง ๆ ตลอดจนสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในอดีต ยกเว้นการวัดทางร่างกาย การวัดความรู้ทางเครื่องมือแตกต่างกันตามความสามารถทางสติปัญญา ซึ่งพอสรุปได้ (สำเนียง ประถมวงษ์. 2553 : 9-10) ดังนี้

(1) พฤติกรรมด้านความรู้ความจำ (Knowledge) ความรู้ ความจำ หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นหลักเบื้องต้นของพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ซึ่งนอกจากความจำแล้วยังมีการระลึกได้ (Recall) อีกด้วย แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจไปตีความหมายเรื่องนั้น ๆ

(2) พฤติกรรมด้านเข้าใจ (Comprehension) ความเข้าใจ หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถจับใจความสำคัญในเรื่องราวต่าง ๆ ได้ ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม

(3) พฤติกรรมด้านการนำไปใช้ (Application) การนำไปใช้ หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมาไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือนำไปแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

(4) พฤติกรรมด้านการวิเคราะห์ (Analysis) การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อยหรือเป็นการหาความสำคัญ ความสัมพันธ์ และหลักการหรือทฤษฎีที่มีมูลเหตุของเรื่องราวต่าง ๆ ได้

(5) พฤติกรรมด้านการสังเคราะห์ (Synthesis) การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราว หรือส่วนประกอบย่อย ๆ มาผูกสัมพันธ์กันเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการดัดแปลง ริเริ่มสร้างสรรค์ทำการปรับปรุงให้ดีขึ้น

(6) พฤติกรรมด้านการประเมินค่า (Evolution) การประเมินค่า หมายถึง การวินิจฉัย หรือการตีราคาอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินใจว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดีอย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้

สรุปได้ว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริง ความจริง ซึ่งเป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ของบุคคลในการที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลควรจะต้องรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริง หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สนับสนุน และให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ โดยความรู้สามารถทำการวัดระดับความรู้ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะประกอบไปด้วย ความหมาย อาการสำคัญ การรักษาโรคซึมเศร้า สัญญาณเตือนภัยที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นการให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ดูแล และเพื่อชี้แจงให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2) ทัศนคติ (Attitudes)

ซีคอร์ด และแบคแมน (Secord and Backman. 1964 : 97) ได้ให้ความหมายของทัศนคติ คือ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่แสดงต่อสภาพแวดล้อมของตนเอง

เชเวอร์ (Shaver. 1977 : 796) ได้ให้ความหมายของทัศนคติ คือ สภาพความพร้อมของจิตใจและความคิด ซึ่งเกิดจากการได้รับประสบการณ์ที่มีผลต่อการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์และสิ่งต่าง ๆ ที่มาเกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น

พิภพ วงษ์เงิน (2547 : 403) ได้ให้ความหมายของทัศนคติ คือ การประมวลข้อมูลแล้วประเมินหรือตัดสินว่าชอบ หรือไม่ชอบ ในเหตุการณ์ วัตถุ บุคคล ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของคนๆหนึ่ง เกี่ยวกับอะไรอย่างใดอย่างหนึ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับ ทัศนคติ เป็นความรู้สึกด้านอารมณ์

ความเชื่อ ความมุ่งมั่น เป็นพลังอย่างหนึ่งซึ่งมองไม่เห็น เป็นพลังที่สามารถผลักดันการกระทำบางอย่างที่สอดคล้องกับความรู้สึก ทศนคติ คือ ท่าที หรือแนวโน้มของบุคคลที่แสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเป็นบุคคล กลุ่มคน สิ่งของ ความคิด โดยมีความรู้สึกหรือความเชื่อเป็นพื้นฐาน

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2550 : 3) ได้ให้ความหมายของทศนคติ คือ พฤติกรรมหรือความรู้สึกทางด้านจิตใจที่มีต่อสิ่งเราใดสิ่งเราหนึ่งในทางสังคม รวมทั้งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเราหรือเกี่ยวกับประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

วิภาส ทองสุทธิ (2552 : 157-158) ได้ให้ความหมายของทศนคติ คือ ถ้อยคำที่เกี่ยวกับการประเมินหรือการตัดสิน เกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบในวัตถุ บุคคล หรือเหตุการณ์ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของคนคนหนึ่งเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่าง ทั้งนี้ทศนคติไม่ใช่สิ่งเดียวกันกับค่านิยม (Values) เพราะค่านิยมเป็นสิ่งที่เราเห็นคุณค่า แต่ทศนคติเป็นความรู้สึกทางด้านอารมณ์ว่าพอใจหรือไม่พอใจ ชอบหรือไม่ชอบ แต่ทั้งสองอย่างก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอยู่อย่างแยกไม่ออก

จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย (2553 : 169) ได้ให้ความหมายของทศนคติ คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยการตอบสนองจะแสดงออกในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ

สร้อยตระกูล (ตวยานนท์) อรรถมานะ (2553 : 64) ได้ให้ความหมายของทศนคติ คือ ผลผสมผสานของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งออกมาในรูปแบบการประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งขึ้น ดังนั้นพฤติกรรมของมนุษย์ก็คือการแสดงออกซึ่งทศนคติของ อันเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้ ประสบการณ์ ภูมิหลังและการเรียนรู้ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น ในแง่ของความเชื่อนั้น ทศนคติทุกทศนคติจะรวมเอาความเชื่อเข้าไว้ด้วย ทั้งนี้ได้หมายความว่าความเชื่อทุกอย่างจะเป็นทศนคติ เมื่อทศนคติของบุคคลถูกรวบรวมไว้ด้วยกันอย่างมีโครงสร้างหลักรวมกัน นั่นก็คือ ระบบค่านิยม และเมื่อบุคคลมีความแตกต่างกัน ทศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งเดียวกันจึงแตกต่างกันไปด้วย

นิติพล ภูตะโชติ (2556 : 44-45) ได้ให้ความหมายของทศนคติ คือ เป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าชอบ ไม่ชอบ ลำเอียง เฉย ๆ ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ เป็นการประเมินจากสิ่งที่ได้พบเห็น การรับรู้ อารมณ์ ความคาดหวัง และจะมีผลต่อความคิดซึ่งอยู่ภายในจิตใจของมนุษย์ และยังสามารถเกิดปฏิกิริยาและพฤติกรรมออกมาภายนอก ให้เห็นได้ เช่น ท่าทาง คำพูด การกระทำ แต่ทศนคติส่วนมากจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของมนุษย์มากกว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก

จากความหมายของทศนคติดังกล่าว สรุปความหมายของทศนคติ คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยการตอบสนองจะแสดงออกในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ เป็นการประเมินจากสิ่งที่ได้พบเห็น การรับรู้ อารมณ์ ความคาดหวัง และจะมีผลต่อ

ความคิดซึ่งอยู่ภายในจิตใจของมนุษย์ และยังสามารถเกิดปฏิกิริยาและพฤติกรรมออกมาภายนอกให้เห็นได้ เช่น ท่าทาง คำพูด การกระทำ แต่ทัศนคติส่วนมากจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของมนุษย์มากกว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก

ในงานวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการสอบถามครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การรับฟัง การระบายความรู้สึก การให้กำลังใจ และใช้วิธีการเล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปรับทัศนคติ และเน้นให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1. การแสดงทัศนคติของบุคคล

บุคคลจะแสดงทัศนคติของตนเองออกมาได้ 3 ลักษณะ (นิตินพ ภูตะโชติ. 2556 : 45)

ดังนี้

1.1 ทัศนคติในทางบวก เป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออกถึงความรู้สึก อารมณ์ สภาพของจิตใจ รวมทั้งความรู้สึกนึกคิดไปในทางที่ดี เป็นการส่งเสริม สนับสนุนต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เขามีทัศนคติที่เห็นด้วย หรือที่เรียกว่าทัศนคติเชิงบวก

1.2 ทัศนคติในทางลบ เป็นทัศนคติที่แสดงออกมาในลักษณะไม่เห็นด้วย ไม่ชอบ ไม่ดี ไม่เชื่อถือ ไม่ยอมรับ เป็นความรู้สึกไปในทางต่อต้าน ขัดขวาง ที่จะสร้างให้เกิดความรู้สึกไปในทางเสื่อมเสียหรือทำให้เกิดความเสียหาย

1.3 ทัศนคติที่ไม่แสดงออก คือ มีปฏิกิริยาในลักษณะเฉย ๆ ไม่แสดงออกทั้งในเชิงบวกหรือเชิงลบ คือ ไม่แสดงการโต้ตอบ ต่อต้าน ขัดขวางหรือให้การสนับสนุน เขาจะนิ่งเฉย ไม่แสดงปฏิกิริยาใด ๆ ออกมาว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

2. ที่มาของทัศนคติ

ทัศนคตินั้นไม่ได้มีในตัวบุคคลมาแต่กำเนิด หากแต่ค่อย ๆ เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ หรือการเรียนรู้ (Learning) ที่ผ่านมาในชีวิตของบุคคลนั้น ๆ (สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ. 2553 : 65) ทัศนคติได้เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นสามารถพิจารณาสาเหตุหรือที่มาของทัศนคติได้ (นิตินพ ภูตะโชติ. 2556 : 47-48) ดังนี้

2.1 ครอบครัว บุคคลในครอบครัวทุกคนจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติของเด็กที่เกิดมาในครอบครัวนั้นมาก ตั้งแต่การเลี้ยงดู การอบรมสั่งสอน การเอาใจใส่ให้ความสนใจ อิทธิพลทางความรู้สึกนึกคิดที่พ่อแม่ปลูกฝังให้แก่เด็ก เด็กจะมีความรู้สึกเชื่ออย่างลึกซึ้งมาก เพราะเด็กวัยนี้จะยึดพ่อแม่เป็นแบบอย่าง

2.2 กลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน กลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อทัศนคติของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะเพื่อนเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ แลกเปลี่ยนความรู้

2.3 การศึกษา การศึกษาไม่ว่าจะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็มีผล และเป็นแหล่งสำคัญในการสร้างทัศนคติของบุคคล

2.4 ข่าวสารข้อมูล ระบบข่าวสารข้อมูลในปัจจุบันมีความทันสมัย มีปริมาณมากมาย สามารถเข้าถึงได้ง่าย สื่อมวลชนที่นำเสนอข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการสร้างทัศนคติ

2.5 วัฒนธรรมประเพณี มนุษย์เป็นสมาชิกของสังคม ดังนั้น จะต้องประพฤติปฏิบัติตามระเบียบของสังคม มนุษย์จะต้องเรียนรู้และยอมรับในวัฒนธรรมประเพณีต่าง ๆ ของสังคมที่อาศัยอยู่ วัฒนธรรมประเพณีจะสร้างและพัฒนาทัศนคติของบุคคลให้อยู่ในกรอบแห่งวัฒนธรรมประเพณีของสังคมนั้นและเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม

2.6 ประสบการณ์ของบุคคล ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการสร้างทัศนคติของบุคคล ไม่ว่าจะเป็ประสบการณ์ในแง่ดีหรือไม่ดี

3. องค์ประกอบของทัศนคติ

แม้ทัศนคติของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันก็ตาม แต่องค์ประกอบที่สำคัญของทัศนคติโดยทั่วไปจะเหมือนกัน (สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ. 2553 : 64-65) ประกอบด้วย

3.1 ด้านความคิดความเข้าใจ (Cognitive component) ความคิด ความเข้าใจนี้จะเป็นการแสดงออกซึ่งความรู้หรือความเชื่อ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ในประสบการณ์ต่าง ๆ จากสภาพแวดล้อม

3.2 ด้านความรู้สึก (Affective component) องค์ประกอบด้านความรู้สึกนี้จะเป็สภาพทางอารมณ์ (Emotion) ประกอบกับการประเมิน (Evaluation) ในสิ่งนั้น ๆ อันเป็นผลจากการเรียนรู้ในอดีต ดังนั้นจึงเป็นการแสดงออกซึ่งความรู้สึกอันเป็นการยอมรับ เช่น ชอบ ถูกใจ สนุก หรือปฏิเสธต่อสิ่งนั้น เช่น เกลียด โกรธ ก็ได้ ความรู้สึกนี้อาจทำให้บุคคลเกิดความยึดมั่นและอาจแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ หากมีสิ่งขัดขวางกับความรู้สึกดังกล่าว

3.3 ด้านแนวโน้มของพฤติกรรม (Behavioral tendency component) หมายถึงแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม หรือปฏิบัติต่อสิ่งที่ตนชอบ หรือเกลียดอันเป็นการตอบสนองหรือการกระทำในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น ๆ

การมองทัศนคติ จากส่วนประกอบ 3 ส่วนดังกล่าว จะช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนและความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ กับพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี ความคิดความเข้าใจประกอบด้วยความเชื่อของบุคคลที่มีเป้าหมาย เป็นความเชื่อที่ได้ประเมินค่าแล้วว่าน่าเชื่อ น่าชื่นชม หรือไม่น่าชื่นชม ดีหรือไม่ดี รวมถึงความเชื่อที่อยู่ใใจว่าควรมีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างไร ความรู้สึก คือ อารมณ์ชอบหรือไม่ชอบ

ถูกใจหรือไม่ถูกใจ และแนวโน้มพฤติกรรม พร้อมที่จะมีพฤติกรรมคล้ายตามทัศนคติ (พิภพ วังเงิน. 2547 : 408)

4. หน้าที่ของทัศนคติ

แคตซ์ (Katz. 1960 : 163-191 อ้างถึงใน นิติพล ภูตะโชติ. 2556 : 45 – 46) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของทัศนคติมีหน้าที่สำคัญ 4 ประการ คือ

4.1 เพื่อใช้ในการปรับตัว (Adjustment) บุคคลแต่ละคนจะใช้ทัศนคติของตนเป็นเครื่องยึดถือสำหรับใช้แสดงพฤติกรรมของตนให้เป็นไปในทางที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองมากที่สุดและมีผลเสียน้อยที่สุด ดังนั้น ทัศนคติของบุคคลจึงสะท้อนให้เห็นถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของแต่ละบุคคล

4.2 เพื่อเป็นการป้องกันตนเอง (Ego-defensive) โดยทั่วไป บุคคลมักจะมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับความจริงกับบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้น ดังนั้น ทัศนคติจึงแสดงออกมาเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงกลไกในการป้องกันตัวเอง โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกไม่เห็นด้วย ถูกเหยียดหยามหรือเป็นการติฉินนินทาคนอื่น และในขณะเดียวกันก็จะยกย่องตนเองให้สูงกว่า เป็นการป้องกันตนเอง

4.3 เพื่อเป็นการแสดงออกของค่านิยม (Value expressive) เนื่องจากทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งของค่านิยมของบุคคล ดังนั้นทัศนคติจึงแสดงออกมาเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมต่าง ๆ ของบุคคลด้วย

4.4 เพื่อให้เกิดความรู้ (Knowledge) ทัศนคติจะใช้เป็นมาตรฐานของแต่ละบุคคลเพื่อใช้ในการประเมินสภาพแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว ดังนั้น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้

5. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

ทัศนคติเป็นสิ่งที่มืองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึกผสมผสานอยู่ในความชอบไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจ แม้จะมีความคงทนถาวรแต่ก็เปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากทัศนคติของคนเรตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของคนอื่น หรือที่เรียกว่า “กระแสสังคม” หรือ “อารมณ์ของสังคม” สิ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติ (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. 2553 : 186-187) ได้แก่

5.1 แหล่งข้อมูลข่าวสาร (Source) แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนทัศนคติมีทั้งที่เป็นบุคคล สถาบัน และสื่อมวลชนต่าง ๆ ซึ่งจะต้องมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างคือ เป็นผู้ที่มีความสามารถ น่าเชื่อถือ มีอำนาจ มีเสน่ห์น่าสนใจ หรือมีความคุ้นเคยกับผู้รับข่าวสาร จึงก่อให้เกิดความสนใจ

5.2 ข้อมูลหรือข่าวสาร (Message) ข่าวสารที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนทัศนคติ คือข่าวสารที่มีการส่งข่าวสารซ้ำ ๆ บ่อยครั้ง โดยในการพิจารณาเรื่องของข่าวสารต้องคำนึงถึงรูปแบบของข้อมูลข่าวสาร โครงสร้างการนำเสนอ และเนื้อหาของข่าวสารประกอบกัน

ในส่วนที่เกี่ยวกับเนื้อหาของข่าวสาร มีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) การเสริมแรง ได้แก่ การให้ชมรับประทานขณะอ่าน/ชมข่าวสาร หรือผู้อ่านข่าว ยิ้ม พยักหน้าให้ ทำให้เกิดความชอบและเปลี่ยนทัศนคติไปตามข่าวสารที่เสนอมา
- 2) การกระตุ้นให้เกิดความกลัว (Fear arousing) ความกลัวทำให้คนยอมทำตาม หรือไม่ก็พยายามหลีกเลี่ยงจากสภาพการณ์นั้น ๆ ซึ่งต้องทำให้กลัวมาก ๆ จะทำให้เปลี่ยนทัศนคติได้ง่ายกว่ากลัวน้อย เช่น ข่าวที่ทำให้คนกลัวเอตส์ เป็นต้น
- 3) ภาษาที่ใช้ในการเสนอ พบว่าในการสื่อสาร ภาษาพูดมีประสิทธิภาพมากกว่า ภาษาเขียน และการใช้ภาษาท่าทาง เช่น การประสานสายตา การจัดระยะห่าง ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเช่นกัน
- 4) การเตือนล่วงหน้า (Forewarning) พบว่าทำให้ผู้ฟังเตรียมข้อมูลไว้โต้แย้งได้
- 5) การทำให้ไขว้เขว (Distraction) เช่น มีการเสนอภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่พูด ทำให้ความสนใจลดลง หรือมีภาพเคลื่อนไหวอยู่ใกล้ผู้พูด เป็นต้น
- 6) การเข้าถึงตัว (The foot in the door) การเคาะประตูบ้านทำให้เกิดผลดี ในการทำตามที่ต้องการ โดยครั้งแรกจะยอมตามเรื่องเล็ก ๆ และต่อมาก็จะยินยอมในเรื่องที่ใหญ่ขึ้น

5.3 ผู้รับข้อมูลหรือช่างสาร (Audience) ในการเปลี่ยนทัศนคติ พบว่า ลักษณะต่าง ๆ ของผู้รับช่างสารมีความสำคัญเช่นกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับสติปัญญา บุคลิกภาพ ประสบการณ์เดิม และสิ่งแวดล้อม โดยเพศหญิงถูกชักจูงง่ายกว่าเพศชาย ผู้ที่อายุน้อยถูกชักจูงง่ายกว่าอายุมาก

5.4 วิธีการส่งข้อมูลหรือข่าวสาร (Channel) การส่งข่าวสารด้วยภาพเคลื่อนไหว ประกอบเสียงได้ผลดีกว่าการฟังเพียงอย่างเดียว

6. การวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ไม่เหมือนกับการวัดทางกายภาพซึ่งสามารถวัดได้โดยตรง เพราะทัศนคติเป็นเพียงท่าทีทางจิตซึ่งกำหนดเป็นแนวปฏิบัติต่อประสบการณ์ใหม่ก่อนที่จะทำการแสดงออกไปจริง ๆ ด้วยเหตุนี้ การวัดทัศนคติจึงเป็นเรื่องที่ละเอียดซับซ้อนต้องอาศัยการตอบสนองออกมาเป็นถ้อยคำหรือพฤติกรรมภายนอกเสียก่อน การวัดทัศนคติจะวัดในลักษณะของทิศทาง (Direction) และปริมาณ (Magnitude) โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้น (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. 2553 : 188)

ธีรวุฒิ เอกะกุล (2550 : 19-20) สรุปวิธีการวัดทัศนคติได้ดังนี้

6.1 การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นวิธีที่ง่ายและตรงไปตรงมามากที่สุด การสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์จะต้องเตรียมข้อรายการที่จะซักถามไว้เป็นอย่างดี ข้อรายการนั้นต้องเขียนเน้นความรู้สึกที่สามารถวัดทัศนคติให้ตรงเป้าหมาย ผู้สัมภาษณ์จะได้ทราบความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้ตอบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่มีข้อเสียว่า ผู้ถามอาจจะไม่ได้รับคำตอบที่จริงจังจากผู้ตอบ เพราะผู้ตอบอาจ

ปิดเป็นคำตอบเนื่องจากกลัวการแสดงความคิดเห็น วิธีแก้ไขคือ สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองและให้ผู้ตอบแน่ใจว่าคำตอบของเขาจะเป็นความลับ

6.2 การสังเกต (Observation) เป็นวิธีการที่ใช้ตรวจสอบบุคคลอื่นโดยการเฝ้ามองและจดบันทึกพฤติกรรมบุคคลอย่างมีแบบแผน เพื่อจะได้ทราบว่าบุคคลมีทัศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยอย่างไร ทั้งนี้ ผู้สังเกตควรทำตัวเป็นกลาง ไม่มีความลำเอียง และการสังเกต ควรสังเกตหลาย ๆ ช่วงเวลา ไม่ใช่สังเกตเฉพาะเวลาใดเวลาหนึ่ง

6.3 การรายงานตนเอง (Self-report) วิธีนี้ต้องการให้ผู้ถูกสอบวัดแสดงความรู้สึกของตนเองตามสิ่งเร้าที่ได้สัมผัส นั่นคือ สิ่งเร้าที่เป็นข้อคำถามให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกออกมาอย่างตรงไปตรงมา แบบทดสอบหรือมาตราวัดเป็นของ เทอร์สโตน (Thurstone) กัทท์แมน (Guttman) ลิเคอร์ท (Likert) และออสกู๊ด (Osgood) นอกจากนี้ยังมีแบบให้ผู้สอบรายงานตนเองแล้วแต่จุดมุ่งหมายของการสร้างและวัด

6.4 เทคนิคจินตนาการ (Projective techniques) วิธีนี้อาศัยสถานการณ์หลายอย่างไปเร้าผู้สอบ เช่น ประโยคไม่สมบูรณ์ ภาพแปลก ๆ เรื่องราวแปลก ๆ เมื่อผู้สอบเห็นสิ่งเหล่านี้จะจินตนาการออกมาแล้วนำมาตีความหมาย จากการตอบนั้น ๆ พอจะรู้ได้ว่ามีทัศนคติอย่างไร

6.5 การวัดทางสรีระภาพ (Physiological measurement) การวัดด้านนี้อาศัยเครื่องมือไฟฟ้า แต่สร้างเฉพาะเพื่อจะวัดความรู้สึกที่จะทำให้พลังงานไฟฟ้าในร่างกายเปลี่ยนแปลง ใช้หลักการเดียวกับเครื่องจับเท็จ เครื่องมือแบบนี้ยังพัฒนาไม่ตีพอจึงไม่นิยมใช้เท่าใดนัก

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะวัดทัศนคติโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เรื่องทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อวัดทัศนคติที่ครอบครัวผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจาก การตอบแบบสอบถามจะทำให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึก ความเชื่อของตนเองตามสิ่งเร้าที่ได้สัมผัสที่เป็นข้อคำถาม เพื่อให้ตอบแสดงความรู้สึกออกมาอย่างตรงไปตรงมา โดยแบบสอบถามจะมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด และเป็นข้อความซึ่งในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก ในลักษณะมาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งนี้ได้แบ่งลักษณะข้อความ เป็นข้อความเชิงบวก (Positive) และข้อความเชิงลบ (Negative)

3) การปฏิบัติ/พฤติกรรม (Practice/Behavior)

จากแนวคิดทางสังคมวิทยา พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำที่สามารถสังเกต อธิบายและบันทึกได้ หรือหมายถึงสิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนอง หรือตอบโต้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่ง ที่สามารถสังเกต ได้ยิน นับได้ วัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออกนั้นจะเกิดขึ้นภายนอกหรือภายในร่างกายก็ตาม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2526 ; Wilson & Kneisl. 1996 อ้างถึงใน วรณวิมล วิเชียรฉาย. 2546 : 30)

1. องค์ประกอบของพฤติกรรม พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นได้เพราะองค์ประกอบ (สุทิน เตียนพลกรัง. 2546 : 26) ดังต่อไปนี้

- 1.1 ความมุ่งหมาย
- 1.2 ความพร้อม
- 1.3 สถานการณ์
- 1.4 การแปลความหมาย
- 1.5 การตอบสนอง
- 1.6 ผลที่ได้รับหรือผลที่ตามมา
- 1.7 ปฏิกริยาต่อการไม่สมหวัง

2. ประเภทของพฤติกรรม โดยมากนักจิตวิทยาแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท (สำเนียง ประถมวงษ์. 2553 : 17) คือ

2.1 พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) หมายถึง การกระทำที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) พฤติกรรมโมลาร์ (Molar behavior) เป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้โดยตรง ไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น พฤติกรรมกินอาหาร หัวเราะ อ้าปาก ถีบจักรยาน

2) พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular behavior) เป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้แต่ต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น การเต้นของหัวใจ การวัดความดันโลหิต เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) หมายถึง การกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นไม่ได้โดยตรง ถ้าหากบุคคลที่เป็นเจ้าของพฤติกรรมภายในเป็นเรื่องของประสบการณ์ส่วนบุคคลเท่านั้นที่จะรู้ ได้แก่ ความคิด ความจำ ความฝัน จินตนาการ และพฤติกรรมความรู้สึกต่าง ๆ เช่น หิว เพลีย เจ็บ ชื่นชม หนาว กลัว ตื่นเต้น เสียใจ เป็นต้น พฤติกรรมภายในแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

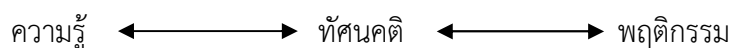
1) พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยรู้สึกรู้ตัว (Conscious processes) พฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นได้และไม่บอก หรือไม่แสดงอาการหรือสัญญาณให้คนอื่นรู้ก็ยากที่จะสังเกต เช่น ปวดฟัน หิว โกรธ เหนื่อย

2) พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้สึกรู้ตัว (Unconscious processes) เป็นพฤติกรรมบางอย่างที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล โดยบางครั้งบุคคลไม่รู้สึกรู้ตัวซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมภายนอกของบุคคลนั้น เช่น ความคิด ความปรารถนา ความคาดหวัง ความกลัว และความพอใจ เป็นต้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรม

ชวาร์ท (Schwartz ; อ้างถึงใน สุทิน เตียนพลกรัง. 2546 : 30) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติหรือพฤติกรรมไว้ 4 รูปแบบ ดังนี้

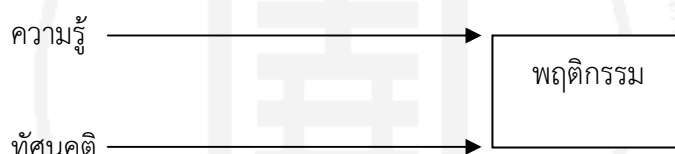
3.1 พฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามทัศนคติและความรู้ที่บุคคลนี้มีอยู่ โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่าง ความรู้และพฤติกรรมคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และพฤติกรรมจะแสดงออกไปตามทัศนคติ



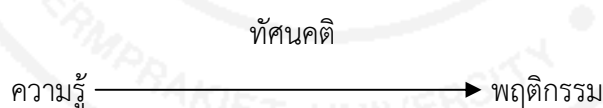
3.2 พฤติกรรมที่เกิดจาก ความรู้และทัศนคติความสัมพันธ์กันหรือความรู้กับทัศนคติที่ผลร่วมกัน เกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดพฤติกรรม



3.3 ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่มีความเกี่ยวข้องกัน



3.4 ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้ว พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคติ



สรุปได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันหลายรูปแบบ และมีผลซึ่งกันและกัน ดังนั้น การมีความรู้และทัศนคติที่ดี จะทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี

4. การวัดพฤติกรรม พฤติกรรมของบุคคลมีทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน การที่จะศึกษาพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้หลายวิธี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน. 2538 หน้า 131-136 ; อ่างถึงใน สำเนียง ประถมวงษ์. 2553 : 17) ได้กล่าวถึงการวัดพฤติกรรมไว้ว่ามี 2 วิธี คือ

4.1 การศึกษาพฤติกรรมโดยทางตรง ทำได้โดย

1) การศึกษาพฤติกรรมสังเกตแบบให้ผู้สังเกตรู้ตัว เช่น ครูสังเกตพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนโดยบอกนักเรียนให้ทราบว่าครูสังเกตใครทำกิจกรรมใดบ้างในห้อง การสังเกตแบบนี้บางคนอาจไม่แสดงพฤติกรรมที่แท้จริงออกมาก็ได้

2) การสังเกตแบบธรรมชาติ คือ การที่บุคคลผู้สังเกตพฤติกรรมไม่ได้กระทำตนเป็นที่รบกวนพฤติกรรมของบุคคลที่สังเกต และเป็นไปในลักษณะที่ทำให้ผู้ถูกสังเกตไม่ทราบว่าถูกสังเกตพฤติกรรม การสังเกตแบบนี้จะได้พฤติกรรมที่แท้จริงมาก และจะทำให้สามารถนำผลที่ได้ไปอธิบายพฤติกรรมในสถานที่ใกล้เคียงกันหรือเหมือนกัน ข้อจำกัดในการสังเกตแบบธรรมชาติ คือ ต้องใช้เวลามากในการสังเกตพฤติกรรมที่ต้องการได้และการสังเกตต้องทำเป็นเวลาติดต่อกันเป็นจำนวนหลายครั้ง พฤติกรรมบางอย่างอาจต้องใช้เวลาจนถึง 50 ปี หรือ 100 ปี ก็ได้

4.2 การศึกษาพฤติกรรมโดยทางอ้อม แบ่งได้หลายวิธี คือ

1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการซักถามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลโดยการซักถามแบบเผชิญหน้าหรือมีคนกลางทำหน้าที่ซักถาม เพื่อต้องการซักถามข้อมูลจากบุคคล หรือกลุ่มของบุคคลการสัมภาษณ์ เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การสัมภาษณ์โดยตรงโดยซักถามเป็นเรื่อง ๆ ตามที่ได้ตั้งจุดมุ่งหมายไว้ อีกประเภท คือ การสัมภาษณ์พูดคุยกันไปเรื่อย ๆ โดยสอดแทรกเรื่องที่จะสัมภาษณ์

2) การใช้แบบสอบถาม เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลเป็นจำนวนมาก และเป็นผู้อ่านออกเขียนได้

3) การทดลอง เป็นการศึกษาพฤติกรรมโดยผู้ถูกศึกษาจะอยู่ในสภาพการควบคุมตามที่ผู้ศึกษาต้องการ โดยสภาพแท้จริงแล้วการควบคุมจะทำได้ในห้องทดลอง แต่ในชุมชนการศึกษาพฤติกรรมชุมชนโดยการควบคุมตัวแปรต่าง ๆ คงเป็นไปได้น้อยมาก

4) การทำบันทึก วิธีนี้ทำให้ทราบพฤติกรรมของบุคคล โดยให้บุคคลบันทึกพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งอาจเป็นบันทึกประจำวันหรือการศึกษาพฤติกรรมแต่ละประเภท

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแล โดยการสอบถามครอบครัวผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเกิดการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด และเป็นข้อความซึ่งในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกในลักษณะมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ในการวัดการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านออกเขียนได้

สรุปได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันหลายรูปแบบ และมีผลซึ่งกันและกัน ดังนั้นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลที่ดีขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ทางสุขภาพ ดังนี้

อัญชลี เตมียะประดิษฐ์ และคณะ (2533 : 24) ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติของผู้ป่วยที่มารับการรักษาจากโรงพยาบาลสงขลา จำนวน ทั้งหมด 34 ราย โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงแล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 17 ราย ใช้การสุ่มแบบง่าย ใช้การสอนแบบมีแบบแผนเป็นตัวจัดกระทำแก่ญาติผู้ป่วยแบบรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ญาติได้รับการสอนความรู้เรื่องโรคมีอัตราการกลับเข้าอยู่ใหม่ในโรงพยาบาลและการกำเริบซ้ำของโรคน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน (ร้อยละ 17.6, 23.5 และร้อยละ 35.3, 64.7 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบระดับความเดือดร้อนของญาติ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความรู้เรื่องระบบการให้บริการของโรงพยาบาลของทั้ง 2 กลุ่ม หลังการสอนพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อร่ามศรี เกสจินดา (2537 : 49-50) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล ศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้วิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 50 คน โดยสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้คือแบบทดสอบความวิตกกังวลของสไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger) แบบสเตท (State form) และแบบเทรท (Trait form) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า 1) ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีความวิตกกังวลแบบสเตท (State form) ลดลงโดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 2) ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีความวิตกกังวลแบบเทรทลดลง (Trait form) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ชลพร กองคำ และกาญจนา สุทธิเนียม (2545 : 38-39) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนก่อนการจำหน่ายกับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนก่อนการจำหน่ายกับผู้ป่วยจิตเภทและญาติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทและญาติจำนวน 20 คู่ เครื่องมือที่ใช้แบ่งเป็นโปรแกรมการสอนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท 2 ครั้ง และโปรแกรมการฝึกพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ 2 ครั้ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า 1) การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติและผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย พบว่า หลังเข้าโปรแกรมทั้งญาติและผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งญาติและผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เพิ่มขึ้น 2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสดงอารมณ์ของ

ญาติและผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนก่อนการจำหน่าย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งญาติและผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าทั้งญาติและผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ที่ดีขึ้น

ปานจิตต์ เอี่ยมสำอางค์ (2546 : 66) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลและผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คู่ ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ส่วนในกลุ่มควบคุมผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับความรู้ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการสอนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังดีกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

จากข้อมูลสรุปได้ว่า การให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงจากการได้รับการดูแลที่ดีขึ้นจากครอบครัวผู้ดูแล เนื่องจากครอบครัวผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ จากผู้วิจัยจนสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และลดอัตรากลับเข้าอยู่ใหม่ในโรงพยาบาลและการกำเริบซ้ำของโรคได้ และจากการให้ความรู้กับครอบครัวผู้ดูแลยังช่วยให้ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ดูแลลดลงอีกด้วย

2.3 ครอบครัวผู้ดูแล

2.3.1 ความหมายของครอบครัวผู้ดูแล

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรมประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น และใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน ครอบครัวจึงเป็นหน่วยที่สำคัญมากเนื่องจาก

1) ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่ยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่น ๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนตาย

2) ครอบครัว เป็นแหล่งในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นแหล่งสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม เป็นสถาบันเบื้องต้นที่ให้การอบรมหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกของบุคคล

3) ครอบครัว เป็นแหล่งอนุรักษ์รวมทั้งถ่ายทอดวัฒนธรรมจากชนรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นต่อ ๆ ไป นอกจากนี้เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรค ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ ทำให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ด้วยความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นรากฐานของความเป็นปึกแผ่นแห่งสังคม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. 2553 : 198) ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญ

ของบุคคลในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน โดยเฉพาะโครงสร้างเกี่ยวกับบุคลิกภาพของแต่ละคน การพัฒนาทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ครอบครัวมีบทบาทอย่างมาก การเป็นครอบครัวจะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) สร้างความรักและความอบอุ่น (Love and warm) อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาสัมพันธภาพและการปรับตัวที่ดีในสังคมต่อไป ในขณะที่เดียวกันครอบครัวที่มีปัญหาก็อาจนำไปสู่ความเศร้าหมองและความล้มเหลวในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้เช่นกัน ดังนั้น การพัฒนาครอบครัวและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว จะช่วยเป็นเกราะในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคลที่ดีต่อไป (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. 2553 : 197)

2.3.2 บทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล

บทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 บทบาท ดังนี้

1) ผู้ดูแล (Care provide) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มักจะยึดติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตามเวลา และอื่น ๆ เป็นต้น มักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษา ดูแลร่างกายให้สุขสบายแต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

2) ผู้จัดการดูแล (Care manager) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานที่มี ผู้แสวงหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคม และจัดการติดต่อให้กับผู้ป่วยได้รับบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้พาผู้ป่วยไปจับจ่ายซื้อของหรือเพิลิตเพลิน ชักชวนเพื่อนที่สนิทสนมผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเพื่อนเดินทางไปพักผ่อน เป็นต้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 102)

ในงานวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งหมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่บ้าน ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หรือ ญาติพี่น้องสายสัมพันธ์ใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตสังคม โดยครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ครอบครัวผู้ดูแลอาจมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหรือมีบทบาททั้งเป็นผู้จัดการดูแลและผู้ดูแลร่วมด้วยก็ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวในการเป็นผู้ดูแล ดังนี้

เอกพงษ์ ณ เชียงใหม่ (2552 : 99) ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ณ หน่วยบริการปฐมภูมิห้วยแหวน จังหวัดลำพูน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับบริการแบบเดิม เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแล อายุ ≥ 18 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน โดยกลุ่มทดลอง

ได้รับกิจกรรมกลุ่ม ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง ติดต่อกันสัปดาห์ละ 4 ครั้ง โดยกิจกรรมประกอบด้วย การเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน โภชนาการ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การรับประทานยาและการพามาตรวจตามนัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001, .040, .035$ ตามลำดับ)

สมส่วน สำราญพันธ์ (2550 : 70-71) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษาเฉพาะกรณีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคจิตเภทของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 แสดงว่าหากสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทไม่ดีและมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทไม่ดี การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ดีไปด้วย ส่วนปัจจัยด้านภูมิหลังและลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวไม่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกัน แต่หากความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะแตกต่างกันไปด้วย

อารมย์ อารามเมือง (2551 : 62-63) ได้ทำการศึกษาผลการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 44 คน โปรแกรมเป็นการประยุกต์ทฤษฎีการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการเปลี่ยนพฤติกรรมของการดูแลของครอบครัวผู้ดูแล ส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแล มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีในการดูแล และมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล ทำให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีขอบเขตบทบาทหน้าที่ครอบคลุมการดูแลกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพดี (Wellness) กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเป็นโรค และทางด้านจิตสังคม ในสภาพชุมชนลักษณะต่าง ๆ ซึ่งมุ่งการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care) โดยมีหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับทำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการดูแล การตัดสินใจและการส่งต่อ รวมทั้งทักษะด้านการสื่อสารขั้นสูง ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2550)

จากการประกาศของสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2551 โดยนายกสภาการพยาบาล ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ นั้นเพื่ออนุมัติตามความในมาตรา 7(2) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้กำหนดขอบเขตและความหมายของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ยิ่งทำให้การศึกษาครั้งนี้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการกระทำการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายในชุมชน เพื่อจัดการในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนด้วยการพยาบาลที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้การจัดการรายบุคคล และครอบครัว รวมทั้งการให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรในชุมชน ซึ่งบุคคลในครอบครัวถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาความรู้ การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนควบคุมคุณภาพและจัดการผลลัพธ์ในการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีรายละเอียดดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หลักในการดูแลรักษา และการป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยใช้การประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านและครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการสอน (Teaching) ฝึกทักษะ (Coaching) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring) ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะเป็นผู้ให้ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเหมาะสม สามารถดูแลผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าลงอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุข

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ดังนั้น ในการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำเป็นต้องมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ โดยผสมผสานทฤษฎีการพยาบาลในการดูแล การให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแล รวมทั้งมีการส่งต่อในรายที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องกับบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องและสามารถนำหลักฐานงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในรายที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้ เพื่อนำไปกำหนดวิธีป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพตลอดจนประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องต่อไป

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทำการวัดคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

