

วารสารธรรมเพื่อชีวิต

JOURNAL OF DHAMMA FOR LIFE

ISSN: 2822-048X

<https://soo8.tci-thaijo.org/index.php/dhammalife/index>

Original Research Article

Experiences And Coping of Family Caregivers in Caring for Elderly with Depression

ประสบการณ์และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
โรคซึมเศร้าThreehathai Sakulnattee¹, & Buranee Kanchanatawan^{2*}ตรีหทัย สกุลนัฏ¹, & บุรณี กาญจนถวัลย์^{2*}

ARTICLE INFO

Name of Author &
Corresponding Author: *

1. Threehathai Sakulnattee

ตรีหทัย สกุลนัฏ

Faculty of Medicine, Chulalongkorn
University, Thailand.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Email: threehathai33@gmail.com

2. Buranee Kanchanatawan*

บุรณี กาญจนถวัลย์

Faculty of Medicine, Chulalongkorn
University, Thailand.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Email: drburanee@gmail.com

คำสำคัญ :

ผู้สูงอายุ, โรคซึมเศร้า, ประสบการณ์ของผู้ดูแลใน
ครอบครัว, การเผชิญปัญหา

Keywords:

Elderly, Depression, Family Caregiver,
Coping

Article history:

Received: 06/04/2026

Revised: 11/06/2026

Accepted: 20/07/2026

Available online: 27/08/2026

How to Cite:

Sakulnattee, T. & Kanchanatawan, B.
(2026). Experiences And Coping of Family
Caregivers in Caring for Elderly with
Depression. *Journal Dhamma for Life*,
32(4), 358-371.

ABSTRACT

This study aimed to explore the coping strategies employed by family caregivers in providing care for older adults with depression. A qualitative study using a phenomenological approach was conducted to capture caregivers lived experiences. Fifteen primary family caregivers of older adults diagnosed with depression who attended the psychiatric outpatient department at King Chulalongkorn Memorial Hospital were purposively recruited. Data were collected through semi-structured, in-depth interviews and analyzed using systematic content and contextual analysis to identify recurring themes and meanings embedded in participants' experiences.

The findings revealed five major coping strategies adopted by family caregivers: (1) seeking knowledge and understanding about depression and its treatment; (2) adapting caregiving practices and communication to accommodate patients' emotional conditions and functional limitations; (3) managing personal emotions and psychological distress; (4) expressing emotions and seeking support from family members and significant others; and (5) maintaining positive perspectives while accepting the realities of the illness. Caregivers actively sought information regarding depressive symptoms, treatment options, and medication management to reduce uncertainty and improve caregiving confidence. They also modified communication styles, closely monitored patients' emotional changes, encouraged participation in meaningful and relaxing activities, and relied on emotional regulation strategies, social support networks, and cognitive reframing to sustain their caregiving role. The

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
Thai-Journal Citation Index Centre<https://soo8.tci-thaijo.org/index.php/dhammalife/index>

findings suggest that family caregivers employ both problem-focused and emotion-focused coping strategies in response to the complex demands of caring for older adults with depression. These coping processes are dynamic and interconnected, integrating practical problem-solving, emotional regulation, social support, and positive adaptation. The findings provide valuable evidence for developing caregiver support programs, psychoeducational interventions, and mental health services that strengthen caregivers' resilience and promote sustainable, high-quality care for older adults with depression.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 15 ราย ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและบริบทอย่างเป็นระบบ เพื่อสกัดประเด็นสำคัญจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การแสวงหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา (2) การปรับรูปแบบการดูแลและการสื่อสารให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย (3) การจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง (4) การระบายความรู้สึกและการขอรับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และ (5) การใช้มุมมองเชิงบวกและการยอมรับความเป็นจริงของโรค ผู้ดูแลใช้ทั้งกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และแบบมุ่งจัดการอารมณ์ ควบคู่กับการใช้เครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเพื่อคงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเป็นกระบวนการเชิงพลวัตที่ผสมผสานการจัดการปัญหา การควบคุมอารมณ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการปรับกรอบความคิดเข้าด้วยกัน องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล การให้คำปรึกษา และระบบสนับสนุนทางจิตสังคม เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาว

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุนับตั้งแต่บัดนี้ ภายในระยะเวลาประมาณ 15 ปีข้างหน้า (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นท้าทาย



หายที่สำคัญของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาระของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยรายงาน Global Health Estimates ปี 2019 ระบุว่าผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณร้อยละ 14 ประสบปัญหาสุขภาพจิต และโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อย (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2019) สำหรับประเทศไทย มีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 9.3 (Aung et al., 2022) สะท้อนให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในบริบทของสังคมไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของประชากรสูงอายุ การเข้าสู่วัยสูงอายุสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (multimorbidity) ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว และสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ปรียาพร และคณะ, 2541) แม้ว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจต่ำกว่าบางช่วงวัย แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (Conejero et al., 2018) ขณะที่ข้อมูลในประเทศไทยยังพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง โดยมีปัจจัยสัมพันธ์สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคเรื้อรัง และปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2562) ดังนั้น โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมิใช่เพียงปัญหาทางคลินิกของผู้ป่วยรายบุคคล หากแต่เป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตของครอบครัว ภาระการดูแล และประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม

ภายใต้บริบทดังกล่าว ผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregivers) นับเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีบทบาทในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน กำกับการใช้ยา เฝ้าระวังการกำเริบของอาการและความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ตลอดจนให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมแก่ผู้ป่วย งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นที่ยอมรับ มีคุณค่า และสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Nasurdin, Ling, & Khan, 2018) อย่างไรก็ตาม บทบาทดังกล่าวต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเผชิญภาระในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (World Federation for Mental Health (WFMH), 2010) หลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักประสบกับความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าจากการดูแล และภาวะหมดไฟ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (อิติพันธ์ ธาณิรัตน์ และคณะ, 2559) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับระดับภาระและความเครียดของผู้ดูแล โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมักสามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้ดีกว่า

แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาระ ความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณในการอธิบายระดับของปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ขณะที่องค์ความรู้เกี่ยวกับ "ประสบการณ์การดูแล" "ความหมายของการเป็นผู้ดูแล" และ "กระบวนการเผชิญปัญหา" ของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเฉพาะในบริบทวัฒนธรรมไทย



ยังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยเพียงจำนวนน้อยที่อธิบายพลวัตของการปรับตัว การตัดสินใจ และการจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างลุ่มลึก ส่งผลให้การพัฒนาแนวทางสนับสนุนผู้ดูแลยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนบริบทจริงของครอบครัวไทย จากองค์ความรู้ดังกล่าว การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาประสบการณ์และวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจความหมาย ประสบการณ์ และกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแลในบริบทชีวิตจริง องค์ความรู้ที่ได้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างของงานวิจัยเดิม และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนผู้ดูแล การออกแบบบริการสุขภาพจิต และการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยต่อไป

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดในการวิจัย

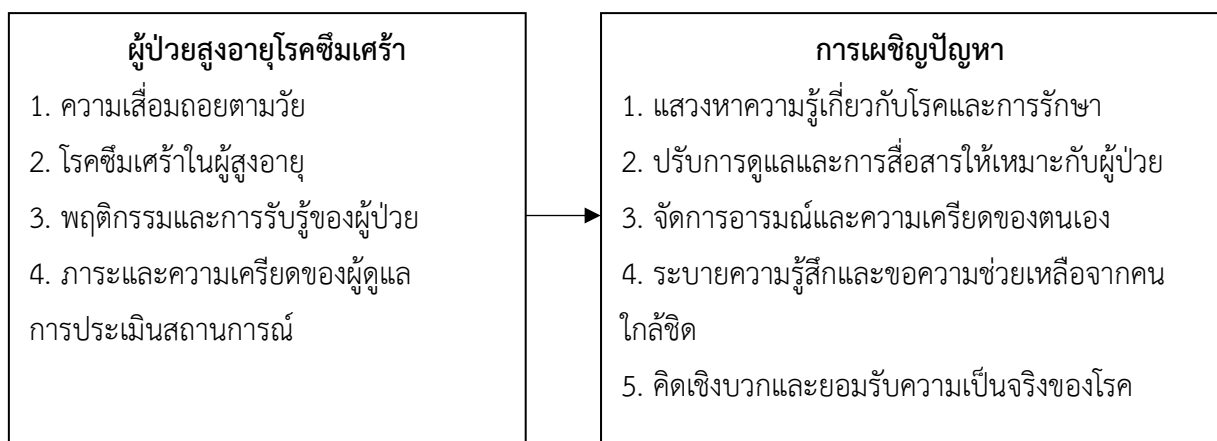
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งอธิบายว่าผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่เผชิญความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Bektas et al., 2018) โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากมักแสดงออกผ่านอาการทางกาย การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าการแสดงอารมณ์เศร้าอย่างชัดเจน (Evans & Mottram, 2000) อีกทั้งยังเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อนทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม (Delgado, 2000; เรณูการ์ ทองคำรอด, 2550) ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว ในบริบทดังกล่าว ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการ และการประสานการรักษา อย่างไรก็ตาม ภาระการดูแลที่ต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ดูแลเอง (Horowitz, 1985; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ยาใจ สิทธิมงคล, 2543) ดังนั้น การทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งลักษณะของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และกระบวนการที่ผู้ดูแลใช้ในการรับรู้ ตีความ และจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว

ทฤษฎีความคิดทางปัญญาของ (Beck, 1967) ช่วยอธิบายว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีรูปแบบความคิดเชิงลบต่อตนเอง โลก และอนาคต (cognitive triad) ส่งผลให้เกิดการรับรู้ที่บิดเบือน ความรู้สึกสิ้นหวัง และการหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา ลักษณะดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อประสบการณ์ของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรม อารมณ์ และการตอบสนองของผู้ป่วยที่เกิดจากกระบวนการคิดเชิงลบ ทำให้การดูแลมีความซับซ้อนและอาจเพิ่มภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว ทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถอธิบายกระบวนการที่ผู้ดูแลใช้ในการประเมินสถานการณ์ (cognitive appraisal) และประเมินทรัพยากรที่ตนมี ก่อนเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการมุ่งจัดการกับปัญหา เช่น การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค การวางแผนการดูแล และการขอความช่วยเหลือ หรือการมุ่งจัดการกับอารมณ์ เช่น การควบคุมความเครียด การปรับมุมมอง และการ

ยอมรับสถานการณ์ ทั้งนี้ วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลเลือกใช้ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและการคงไว้ซึ่งสุขภาพทางจิตของตนเอง อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ได้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแลเพียงลำพัง แต่ยังได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับภาระการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนดังกล่าวครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ การยอมรับคุณค่า และเครือข่ายทางสังคม (Cutrona & Suhr, 1992; Albrecht & Adelman, 1987; Barnes & Duck, 1994) โดยการได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจะช่วยลดความเครียด เพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น

ดังนั้น แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ความเสื่อมถอยตามวัยนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะของกระบวนการคิดเชิงลบตามทฤษฎีของ Beck และส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระและความเครียดในการดูแล ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยเสริมศักยภาพในการเผชิญปัญหา ลดผลกระทบจากความเครียด และส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กรอบแนวคิดดังกล่าวจึงสามารถอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม ทั้งในมิติของการรับรู้ การตอบสนองต่อความเครียด และบทบาทของทรัพยากรทางสังคมที่มีต่อการดำรงบทบาทผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลกับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. ศึกษาความสำคัญกับการจัดการอารมณ์ของตนเองควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย การดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประเภทการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Approach) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experiences) และการให้ความหมายต่อประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า แนวทางดังกล่าวเหมาะสมสำหรับการศึกษาประสบการณ์เชิงลึก ความรู้สึก การรับรู้ และความหมายที่ผู้ดูแลสร้างขึ้นจากการปฏิบัติบทบาทการดูแล (Creswell, 2013)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 15 ราย ซึ่งได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง สามารถถ่ายทอดข้อมูลได้อย่างลึกซึ้ง และมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลอาศัยหลักการอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) ซึ่งพิจารณาจากการที่ข้อมูลใหม่ไม่ก่อให้เกิดประเด็นหรือสาระสำคัญเพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย



2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัวที่มีร่วม และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

3. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured In-depth Interview Guide) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแล การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถอธิบายประสบการณ์ได้อย่างอิสระ ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) ประสบการณ์และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (2) ความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (3) อุปสรรคและความท้าทายในการดูแล (4) วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัว (5) ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล และ (6) แหล่งสนับสนุนและความต้องการความช่วยเหลือ

4. เครื่องบันทึกเสียงดิจิทัล ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ โดยได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการบันทึกเสียงทุกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 1338/2024) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เป็นพื้นที่ศึกษา และประสานงานกับบุคลากรของแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วม รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูลแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียวผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้างในรูปแบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม LINE หรือ Zoom ตามความสะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้ระยะเวลาประมาณ 30–45 นาทีต่อราย โดยบันทึกเฉพาะเสียงสนทนาและไม่บันทึกภาพ เพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วม

ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดความคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่เข้ารหัส โดยจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย ทั้งนี้ หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความไม่สบายใจหรือมีภาวะสะท้อนใจระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามความเหมาะสม เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ไฟล์เสียงและข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้จะถูกทำลายตามหลักจริยธรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ตามแนวทางของ (Braun and Clarke, 2006) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล (Familiarization with the Data) โดยอ่านบทวนบทคัดย่อความหลายรอบ (2) การกำหนดรหัสข้อมูลเบื้องต้น (Generating Initial Codes) (3) การค้นหาประเด็นหลัก (Searching for Themes) (4) การทบทวนและตรวจสอบความเหมาะสมของประเด็น (Reviewing Themes) (5) การกำหนดชื่อและนิยามของแต่ละประเด็น (Defining and Naming Themes) และ (6) การสังเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ (Producing the Report)

เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเข้มงวดของงานวิจัยตามเกณฑ์ของ (Lincoln and Guba, 1985) ประกอบด้วย (1) Credibility โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) และการอภิปรายผลการวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา (Peer Debriefing) (2) Dependability โดยจัดทำบันทึกขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Audit Trail) (3) Confirmability โดยทบทวนกระบวนการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องเพื่อลดอคติของผู้วิจัย และ (4) Transferability โดยนำเสนอรายละเอียดของบริบท กลุ่มตัวอย่าง และกระบวนการวิจัยอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความหลากหลายและปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์การดูแล โดยสามารถจำแนกได้ 5 วิธี ได้แก่ 1) การแสวงหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) การปรับวิธีการดูแลและการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 3) การจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง 4) การระบายความรู้สึกและขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด และ 5) การใช้มุมมองเชิงบวกและการยอมรับความเป็นจริงของโรค วิธีการเหล่านี้สะท้อนความพยายามของผู้ดูแลในการประคับประคองทั้งผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว และสุขภาวะทางจิตใจของตนเองภายใต้บริบทการดูแลที่ยืดเยื้อและเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

1. การแสวงหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจำนวนหนึ่งลดความไม่แน่นอนของสถานการณ์ด้วยการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการรักษา การใช้ยา และการสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยค้นหาข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งบุคคลใกล้ชิด ผู้มีประสบการณ์แพทย์ผู้รักษา และแหล่งข้อมูลออนไลน์ ผู้ดูแลบางรายยังจัดบันทึกอาการ รายการยา และการตอบสนองต่อการรักษา เพื่อนำไปสื่อสารกับแพทย์และสนับสนุนการตัดสินใจรักษา ดังคำกล่าวว่า “ในช่วงที่ยังคลำทางไม่ถูกก็พยายาม ถามคนรอบตัว แล้วก็พยายามจดอาการ ลิศตัวยา เอาไปคุยกับหมอจะได้ง่ายขึ้น” ในทางกลับกัน ผู้ดูแลที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคในระยะแรกมักเผชิญความเครียดและความไม่มั่นใจ ดังคำกล่าวว่า “เหมือนมันไม่



รู้จะไปทางไหน” และ “เราไม่เข้าใจอาการ...เหมือนมันต้องเดาตลอดเวลา” สะท้อนว่า ความรู้เป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยลดความไม่แน่นอน ลดความเครียด และเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมกับกระบวนการรักษา

2. การปรับวิธีการดูแลและการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลไม่ได้ใช้วิธีการดูแลแบบตายตัว แต่ปรับบทบาท วิธีการสื่อสาร และพฤติกรรมให้สอดคล้องกับอาการและสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย โดยยึดหลักความรัก ความเข้าใจ และความอดทน เพื่อลดความขัดแย้งและสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อผู้ป่วย เช่น การหลีกเลี่ยงการซักถามตรง ๆ เรื่องการรับประทานยา แต่ใช้การสังเกตแทน ดังคำกล่าวว่า “เราก็กินการไปแอบดูเอนับเม็ดเอา” ผู้ดูแลบางรายยังรับมือกับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยด้วยความสงบ ไม่ตอกย้ำอารมณ์ของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น การทำสวนหรือพบปะเพื่อนฝูง ดังคำกล่าวว่า “เขาชอบทำสวน มันก็เพลิน” ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า ผู้ดูแลใช้การปรับความสัมพันธ์และสภาพแวดล้อมทางอารมณ์ควบคู่กับการดูแลเชิงปฏิบัติ เพื่อประคับประคองผู้ป่วยและรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว

3. การจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลสภาพจิตใจของตนเองควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีต่าง ๆ เช่น การยอมรับสถานการณ์ ลดความคาดหวัง เบี่ยงเบนความสนใจจากปัญหา พูดคุยกับคนในครอบครัว และพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “ทำใจนี้ต้องอันดับ 1 เลย เราก็กินมีความสุขในโลกของเราด้วย” สะท้อนการวางระยะทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ขณะที่อีกรายกล่าวว่า “อย่าเอาอารมณ์เครียดไปอยู่ตรงนั้นอย่างเดียว หันความสนใจที่เรื่องอื่นชั่วระยะหนึ่ง” นอกจากนี้ ยังมีการพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูตนเอง เช่น “หาเวลานอนสักชั่วโมง 2 ชั่วโมง ตื่นขึ้นมาก็รู้สึกโอเคขึ้น” ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดการอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง

4. การระบายความรู้สึกและขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลใช้สมาชิกในครอบครัวและผู้มีประสบการณ์คล้ายคลึงกันเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ การพูดคุยระบายความรู้สึกช่วยลดความอัดอั้น และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง ดังคำกล่าวว่า “วิธีนี้เวิร์คที่สุดแล้วกับการโทรหาคนในบ้านที่เข้าใจ ” นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังให้ความสำคัญกับการพูดคุยกับผู้ที่เคยมีประสบการณ์เดียวกัน เพราะได้รับทั้งความเข้าใจและคำแนะนำจากประสบการณ์จริง ดังคำกล่าวว่า “เราก็กินไม่ได้รับมืออยู่คนเดียวนะ” และ “คนที่เคยเป็นมาแล้ว ให้คำปรึกษาจะดี” สะท้อนว่า การขอรับการสนับสนุนเป็นทั้งแหล่งพลังใจและแหล่งเรียนรู้ที่ช่วยเสริมความเข้มแข็งในการดูแล

5. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจำนวนหนึ่งใช้การปรับกรอบความคิดเป็นกลไกสำคัญในการเผชิญปัญหา โดยยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และพยายามมองสถานการณ์ในแง่ที่สร้างกำลังใจมากกว่าซ้ำเติมตนเอง ดังคำกล่าวว่า “อย่าคิดว่ามันเป็นเรื่องที่แย เพราะมันเป็นครอบครัว” และ “อย่าไปมองว่ามันเป็นเรื่องทุกข์ยาก มันเป็นสิ่งที่เราต้องเรียนรู้จะอยู่กับมัน” ผู้ดูแลยังสะท้อนบทเรียนจากประสบการณ์ว่า จำเป็นต้อง “เข้าใจว่าเขาเปลี่ยนไป” “ไปด้วยกันทั้งครอบครัว” และ “เอื้ออาทรต่อตัวเองด้วย” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการ

ยอมรับความเป็นจริงและการมองสถานการณ์ในเชิงบวกช่วยลดความสิ้นหวัง ลดความขัดแย้งภายในใจ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทของตนได้อย่างสมดุล

โดยสรุป วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวครอบคลุมทั้งการเสริมสร้างความรู้ การปรับวิธีดูแล การจัดการอารมณ์ การแสวงหาแรงสนับสนุนจากผู้อื่น และการปรับกรอบความคิดเพื่อยอมรับสถานการณ์ วิธีการทั้ง 5 ประการมีความเชื่อมโยงและหนุนเสริมกัน สะท้อนถึงความพยายามของผู้ดูแลในการรักษาสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วย การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัว และการดูแลสุขภาพจิตจิตใจของตนเองภายใต้บริบทของการดูแลระยะยาว

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวใช้การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค การปรับวิธีการดูแลและการสื่อสารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ตลอดจนการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเองเป็นกลยุทธ์หลักในการเผชิญปัญหา สะท้อนว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะการดูแล และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ควบคู่กัน ผู้ดูแลจึงไม่ได้มีบทบาทเพียงตอบสนองความต้องการทางกายของผู้ป่วย แต่ยังต้องเรียนรู้และปรับตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อรับมือกับอาการและพฤติกรรมที่ซับซ้อนของโรค ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (González, et al, 2010) ที่พบว่าผู้ดูแลแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาเพื่อลดความไม่แน่นอนในการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ (ณัฏฐกฤตา, 2559) ที่ชี้ว่าการได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพช่วยเพิ่มความมั่นใจและศักยภาพในการดูแล นอกจากนี้ ประสพการณ์การดูแลยังส่งเสริมการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Schumacher, et al, 2000) ที่อธิบายว่าศักยภาพของผู้ดูแลพัฒนาขึ้นผ่านประสบการณ์ตรงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ความรู้ไม่ได้เพิ่มเพียงความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แต่ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการ จัดการปัญหาเฉพาะหน้า สื่อสารกับทีมรักษา และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการจัดการอารมณ์ของตนเองควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการยอมรับสถานการณ์ ลดความคาดหวัง พักจากสถานการณ์ที่ตึงเครียด ทำกิจกรรมผ่อนคลาย และพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูพลังใจ สะท้อนว่าผู้ดูแลตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเอง และเห็นว่าการดูแลสุขภาพจิตเป็นเงื่อนไขสำคัญของการดูแลระยะยาว การจัดการอารมณ์จึงไม่ใช่การหลีกเลี่ยงปัญหา แต่เป็นกลไกที่ช่วยรักษาสมดุลทางจิตใจ ลดผลกระทบจากความเครียด และคงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญปัญหาของ (Lazarus & Folkman, 1984) ที่อธิบายว่าบุคคลใช้ทั้งการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาและแบบมุ่งจัดการอารมณ์ในการรับมือกับความเครียด นอกจากนี้ ผู้ดูแลจำนวนหนึ่งมีการปรับมุมมองต่อการดูแล โดยเปลี่ยนจากการคาดหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคไปสู่การมุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างเหมาะสม สะท้อนว่าการปรับตัวไม่ได้เกิดจากการหมดไปของปัญหา แต่เป็นการเรียนรู้ที่จะยอมรับข้อจำกัดของโรคและมุ่งจัดการสิ่งที่สามารถควบคุมได้ แม้ผู้ดูแลยังคงเผชิญความ



เหนื่อยล้าและความไม่แน่นอนเป็นระยะ การปรับกรอบความคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการรู้คิดของ (Beck, 1967) ซึ่งอธิบายว่าการตีความเหตุการณ์มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม และสอดคล้องกับแนวคิด Positive Reappraisal ของ (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ชี้ว่าการตีความสถานการณ์ใหม่อย่างเหมาะสมช่วยลดผลกระทบจากความเครียดและส่งเสริมการปรับตัว อย่างไรก็ตาม การปรับตัวไม่ได้หมายถึงการปราศจากความทุกข์ แต่เป็นความสามารถในการรักษาสอดคล้องทางจิตใจท่ามกลางสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ อีกประเด็นสำคัญคือ ผู้ดูแลใช้การระบายความรู้สึกและการขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นส่วนหนึ่งของการเผชิญปัญหา สะท้อนว่าการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไม่อาจอาศัยความพยายามของผู้ดูแลเพียงลำพัง แต่ต้องได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายรอบข้าง ทั้งในด้านกำลังใจ คำแนะนำ และการช่วยแบ่งเบาภาระ ซึ่งช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเสริมพลังในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (González, et al, 2010) และ (อุ้นจิตร คุณารักษ์, 2561) รวมทั้งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ (Cutrona & Suhr, 1992) ที่อธิบายว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติเป็นทรัพยากรสำคัญในการลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล

โดยสรุป การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นกระบวนการที่บูรณาการทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะ การจัดการปัญหา การปรับมุมมอง การดูแลอารมณ์ของตนเอง และการใช้เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ การเผชิญปัญหาและการปรับตัวมีลักษณะเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงไปตามอาการของผู้ป่วย ภาระการดูแล และบริบทชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ Caregiver Stress Process Model ของ Pearlin และคณะ (1990) ที่อธิบายว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยก่อความเครียด ทรัพยากรในการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาการดูแล

สรุป

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตามประสบการณ์ ภาระการดูแล และบริบทของครอบครัว ผู้ดูแลมีการปรับตัวผ่านการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย ได้แก่ การแสวงหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การปรับรูปแบบการดูแลและการสื่อสารให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย การจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนามุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วย ซึ่งสะท้อนถึงการผสมผสานระหว่างการจัดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและแบบมุ่งจัดการอารมณ์ เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง องค์ความรู้จากการศึกษานี้ช่วยเพิ่มความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในบริบทครอบครัว โดยใช้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงกระบวนการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลที่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาจึงมีคุณค่าเชิงวิชาการในการขยายองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การเผชิญปัญหา และบทบาทของครอบครัวในระบบสุขภาพจิต



ผลการศึกษายังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลการออกแบบโปรแกรมให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และระบบสนับสนุนทางจิตสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลและบริบทครอบครัว อันจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ลดผลกระทบจากการดูแล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ดูแลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ควรพัฒนาแนวทางให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วิธีสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง แนวทางการสื่อสารที่เหมาะสม การส่งเสริมการรับประทายอย่างต่อเนื่อง และวิธีรับมือกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา ลดความเครียดจากการดูแล และเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลในการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาาระบบสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดกลุ่มให้คำปรึกษา การเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล การให้คำปรึกษาด้านจิตใจโดยบุคลากรวิชาชีพ และการเชื่อมโยงแหล่งช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจหรือสวัสดิการที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อช่วยลดภาระทางอารมณ์ เสริมพลังใจ และเพิ่มเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล อันจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจากบริบทที่หลากหลายมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลต่างระดับ หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน หรือพื้นที่ต่างจังหวัด เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลในบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดในลักษณะการวิจัยเชิงพัฒนา หรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อออกแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมหรือรูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว เช่น โปรแกรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โปรแกรมส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา หรือโปรแกรมสนับสนุนทางจิตใจสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้ได้แนวทางเชิงปฏิบัติที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในระบบบริการจริงได้อย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสูงอันดับ 2 อาชีพตำรวจก็ด้วย. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27623>
- ณัฐกฤตา เอี่ยมสะอาด. (2559). ประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 13–28.
- ธิตินันท์ ธาณิรัตน์ และคณะ. (2559). ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 385–396.
- ปรียาพร จ., สมลักษณ์ ก., จงดี ช., และอลิสสา ก. (2541). ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลราชวิถี*, 9(3), 57–59.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2550). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_8.html
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2543). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 14(1), 1–9.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รวมวิทยานิพนธ์พยาบาลสาร*, 2(1), 43–52.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553–2583 (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- อุจน์จิตร คุณารักษ์. (2561). ความเครียด ภาระการดูแล และความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 12(1), 1–15.
- Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (1987). *Communicating social support*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Aung, T. N. N., Moolphate, S., Koyanagi, A., Suwannapong, N., & Pengpid, S. (2022). Depression and associated factors among community-dwelling Thai older adults in northern Thailand: The relationship between history of fall and geriatric depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10574. doi:10.3390/ijerph191710574
- Barnes, M. K., & Duck, S. (1994). Everyday communicative contexts for social support. In B. R. Burleson, T. L. Albrecht, & I. G. Sarason (Eds.), *Communication of social support*. (175–194). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Hoeber Medical Division.
- Bektas, A., Schurman, S. H., Sen, R., & Ferrucci, L. (2018). Aging, inflammation and the environment. *Experimental Gerontology*, 105, 10–18. doi: 10.1016/j.exger.2017.12.015
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa



- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 691–699. doi:10.2147/CIA.S130670
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research*, 19(2), 154–174. doi:10.1177/009365092019002002
- Delgado, P. L. (2000). Depression: The case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 6), 7–11.
- Evans, M., & Mottram, P. (2000). Diagnosis of depression in elderly patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(1), 49–56.
- González, L. A., Romero, Y. M., López, M. R., Ramírez, M., & Stefanelli, M. C. (2010). The experience of family caregivers of older people with depression. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 32–39.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5, 194–246.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Global Health Data Exchange (GHDx). Retrieved from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Nasurdin, A. M., Ling, T. C., & Khan, S. N. (2018). Linking social support, work engagement and job performance in nursing. *International Journal of Business and Society*, 19(2), 363–386.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 191–203. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(200006)23:3<191: AID-NUR3>3.0.CO;2-B
- World Federation for Mental Health. (2010). *Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others*. Woodbridge, VA: World Federation for Mental Health.

