

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

The Effects of a Resource-Enhancing Program Based on Pearlin's Conception on The Depression of The Caregivers of Elderly with Dementia

อริศยา วิชัยดิษฐ์* รังสิมันต์ สุนทรไชยา มุทิตา พนาสถิตย์

Arisya Wichaidit* Rangsiman Soonthornchaiya Muthita Phanasathit

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Phatumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 54 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและสถิติทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลอง ($M = 12.07, SD = 3.18$) ต่ำกว่า ก่อนการทดลอง ($M = 26.89, SD = 4.90$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.25, p < .05$) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = -14.81, SD = 5.04$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2, SD = 4.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.65, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินมีประสิทธิผลในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากร, แนวคิดเพียร์ลิน, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

Abstract

This study used an experimental research design with a randomized controlled trial, divided into experimental and control groups, and measured results before and after the experimental. The purpose of the research aimed to examine the effects of a resource-enhancing program based on Pearlin's conception on the depression of the caregivers of elderly with dementia. The participants of this research were 54 caregivers of elderly with dementia aged 20 years and over that met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned to an experimental group ($n = 27$) and a control group ($n = 27$). The experimental group participated in the resource-enhancing program based on Pearlin's conception, while the control group received regular

*Corresponding Author: *E-mail :rangsiman@nurse.tu.ac.th

nursing care. The research instrument consisted of the resource-enhancing program based on Pearlin's conception and the center for epidemiologic studies depression scale. The data were analyzed by using descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test.

The results found that the mean scores for the depression of the experimental group ($M = 12.07$, $SD = 3.18$) were lower than the pretest scores ($M = 26.89$, $SD = 4.90$) at a statistical significance ($t = 15.25$, $p < .05$). The mean difference scores for the depression of the experimental group, between the pretest and posttest, participating in the resource-enhancing program based on Pearlin's conception ($\bar{D}_1 = -14.81$, $SD = 5.04$) were different than those of the control group ($\bar{D}_2 = 2$, $SD = 4.40$) at a statistical significance ($t = 14.65$, $p < .001$). The findings suggest the benefit of the resource-enhancing program based on Pearlin's conception in reducing the depression of the caregivers of elderly with dementia.

Keywords: resource-enhancing program, Pearlin's conception, depression, caregivers of elderly with dementia

บทนำ

สมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อเป็นภาวะถดถอยของสมองที่มีความบกพร่องในด้านของการรับรู้และทางความคิด¹ โดยมีสาเหตุมาจากโรคความเสื่อม (Degenerative disease) เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease), สมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia), สมองเสื่อมบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontotemporal lobar degeneration)² เป็นต้น ภาวะสมองเสื่อมจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งจากการที่องค์การอนามัยโลกได้สำรวจ พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นมาจากอัลไซเมอร์ ถึงร้อยละ 60-70 ของจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่สำรวจ คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 20 ปี³ สำหรับในประเทศไทย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยรายงานว่า พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12 ของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป⁴ ภาวะสมองเสื่อมมักมีอาการผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม บุคลิกภาพ ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน⁵ โดยอาการของภาวะสมองเสื่อมแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ ภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย จะมีความจำบกพร่องหลงลืมในเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น ไม่ค่อยมีสมาธิ แต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมักมีอาการหลงลืมมากขึ้นไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง มีปัญหาในด้านการตัดสินใจวางแผน เรียนรู้แก้ไขปัญหา และภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เคลื่อนไหวช้า มีพฤติกรรมซ้ำๆ

ในการรับประทานอาหาร มีปัญหาการกลืนอาหาร หลงลืมไม่สามารถจำชื่อบุคคลในครอบครัวและตนเองได้ภาวะสมองเสื่อมจะพบมากที่ระดับปานกลางและระดับรุนแรงในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิต^{1,6}

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างกัน เมื่อบุคคลในครอบครัวที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก้าวเข้าสู่การเป็นผู้ดูแลจะต้องดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) การจัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจมีพฤติกรรมเดินหลงทางหรือเดินออกจากบ้าน⁷ (2) ให้การดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด⁸ (3) จัดสรรเวลาพักผ่อน ส่งเสริมทางด้านจิตสังคมเพื่อเพิ่มปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม⁹ (4) ดูแลเอาใจใส่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลัวถูกทอดทิ้งจากญาติจึงต้องได้รับการดูแลโดยส่งเสริมความมั่นใจในตนเอง¹⁰ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งผลจากการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน ได้แก่ สุขภาพทางด้านร่างกายด้านจิตใจและอารมณ์ด้านสังคมความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและเศรษฐกิจ¹¹ โดยปัญหาทางด้านร่างกายเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือต่ำ มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย โรคกระเพาะอาหาร¹² ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลประสบปัญหาทางด้านการเงินในการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล การขาดงานหรือลางานบ่อยเพื่อมาดูแลทำให้ขาดรายได้¹³ อีกทั้งปัญหาในด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ดูแลเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล¹⁴ มีการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง เหนื่อยหงุดหงิดการควบคุมพฤติกรรมและการแสดงออกไม่เหมาะสม มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ผู้ดูแลในกลุ่มนี้จะพบปัญหาสุขภาพจิตได้สูงโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า^{11,15} ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ดูแลที่ควรให้ความสำคัญปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมีอัตราการความชุก ร้อยละ 14.9 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแลการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลจะสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปนับจากผู้ดูแลเริ่มให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม¹⁶

ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การเผชิญปัญหา ผู้ดูแลมีความถี่ในการเผชิญปัญหาเมื่อเจอสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ยากลำบากในระดับต่ำ มีการยอมรับที่ยากทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังสะสมและพัฒนาเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด¹⁷ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีขนาดเล็ก เมื่อต้องการการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตลอดเวลาการมีอิสระของผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของตนเองจึงลดลง เกิดการแยกออกจากสังคม ขาดสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความรู้สึกตนเองโดดเดี่ยว¹⁸ ความรู้การศึกษาที่มีระดับต่ำ ผู้ดูแลที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนี้จึงทำให้ตนเองรู้สึกกดดันและผิดหวังที่ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแล้วอาการไม่ดีขึ้น อีกทั้งรายได้และภาระของผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้า หน้าที่ในการดูแลที่ผู้ดูแลจะต้องจัดการกิจวัตรประจำวันแทนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร ตลอดจนการดูแลเวลาป้องกันการเดินพลัดหลงออกจากบ้านรวมถึงการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เรียกร้องเพื่อรอให้การช่วยเหลือต่างๆปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง¹⁹ ทำให้ผู้ดูแลรับภาระหนักเกิดความเหนื่อยเครียดสะสม ซึ่งมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล11สอดคล้องกับแนวคิดของเพียร์ลินว่าด้วยการที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสมมาจากความเครียดหลักจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ความเครียดจากบทบาทผู้ดูแล และความเครียดภายในของผู้ดูแล²⁰ เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสมเรื้อรังจึงนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น^{15,11} ซึ่งในแนวคิดของเพียร์ลินได้อธิบายถึงแหล่งทรัพยากรนั้นคือ การเผชิญปัญหา (coping) และแรงสนับสนุนทางสังคม

(social support) ซึ่ง 2 ตัวกลาง (mediator) ดังกล่าวนี้นับเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล โดยความเครียดของผู้ดูแลมาจากความเครียดหลักของการดูแลที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ความเครียดจากบทบาทที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง ปัญหาเศรษฐกิจครอบครัว และความเครียดภายในจิตใจของผู้ดูแลที่เกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตนของตัวเอง ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรหรืออาจเรียกว่าตัวกลางนี้ ที่ได้รับการส่งเสริมในด้านทักษะการเผชิญปัญหาที่ดี ได้รับการส่งเสริมการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและได้รับการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดกระบวนการความเครียดของเพียร์ลิน ปี ค.ศ. 1990 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยที่ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นผลที่เกิดจากความเครียดจากการที่ผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญกับปัญหา (Coping) ได้ สาเหตุจากความเครียดหลักในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมเรียกร้องการดูแลจากผู้ดูแลตลอดเวลาทำให้มีการดูแลที่ยุ่ยากซับซ้อน อีกทั้งผู้ดูแลขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เนื่องด้วยจากความเครียดในบทบาทผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลาที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องลาออกจากงานประจำ ขาดรายได้ มีปัญหาในด้านการเงิน สัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างในสังคมหรือเพื่อนบ้านขาดหายไปและผู้ดูแลสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากความเครียดภายในของ

ผู้ดูแลและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่ให้การดูแล แหล่งทรัพยากรนี้จะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน ซึ่งโปรแกรมนี้จะส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลในด้านการเผชิญปัญหา โดยมีส่วนกิจกรรมได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การจัดการกับอารมณ์ และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา อีกทั้งโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินนี้ยังส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีส่วนกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมกระจกสะท้อนตัวตน และกิจกรรมเครือข่ายสังคมผู้ดูแลตามลำดับเพื่อนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งในการวิจัยนี้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research design) แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรมได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ 2) กิจกรรมการให้ความรู้ 3) กิจกรรมการจัดการกับอารมณ์ 4) กิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญปัญหา 5) กิจกรรมกระจกสะท้อนตัวตน 6) กิจกรรมเครือข่ายสังคมผู้ดูแลใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และพิจารณาจากคุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria)

ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น ญาติพี่น้อง ลูก หลาน สามี ภรรยา และให้การดูแลโดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) เป็นผู้ดูแลที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบกิจวัตรประจำวัน 3) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แผลผล มีแนวโน้มเป็นภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แผลผล คะแนน ≥ 7 เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่า 6 เดือน 2) ไม่สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (discontinuation criteria) อาสาสมัครขอถอนตัวจากการวิจัย ย้ายที่อยู่ เสียชีวิตโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.2 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Block randomization (Block of four) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน เมื่อสิ้นสุดการทดลอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือในการคัดกรอง โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q เป็นคำถาม 2 ข้อคำถาม โดยคำถามจะประเมินถึงอาการ เศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผล หากคำตอบไม่มีอาการในทั้งสองคำถาม แปลผล ปกติ หากคำตอบมีอาการข้อใดข้อหนึ่ง หรือ ทั้งสองข้อ แปลผล มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า จากนั้นทำแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ต่อไปเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งเครื่องมือทั้งสองแบบเป็นเครื่องมือมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแล สถานภาพสมรส รายได้หลักของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้หลักที่ใช้ในครัวเรือน โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมต่อปี ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ยชั่วโมงต่อวัน

จำนวนคนที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) ใช้แบบวัดที่พัฒนาโดยแรดลอฟ (Radloff) ปี ค.ศ.1977 และได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย 21 ประการไปด้วย 20 ข้อ คำถาม เป็นเครื่องมือที่ใช้สอบถามความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ โดยค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนนการแปลผลคะแนนมาตรฐานที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้ามีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนน แบบวัดนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าความเที่ยง (Reliability) จากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

3. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดกระบวนการความเครียดของเพียร์ลิน²⁰ โดยเน้นส่งเสริมแหล่งทรัพยากรที่เป็นตัวกลาง ออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย กิจกรรมจำนวน 6 กิจกรรมได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ 2) กิจกรรมการให้ความรู้ 3) กิจกรรมการจัดการกับอารมณ์ 4) กิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญปัญหา 5) กิจกรรมกระจุกสะท้อนตัวตน 6) กิจกรรมเครือข่ายสังคมผู้ดูแล ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านแล้ว ผู้วิจัยมีการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ COA no.038/2562 วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2562 และได้รับการอนุญาตจากทางสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจง

ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบรายละเอียดของการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนการร่วมการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย การรักษาความลับส่วนบุคคลและการเผยแพร่ภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 41.70 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 46.67 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 77.8, 74.1 ตามลำดับ ด้านความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแล กลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์เป็นหลาน ร้อยละ 44.4 กลุ่มควบคุมความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 29.6 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวในกลุ่มทดลองร้อยละ 37.0 และกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,148 บาท กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 26,518 บาท ด้านระยะเวลาการดูแล กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 1 ปี 3 เดือน กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 2 ปี ด้านจำนวนชั่วโมงต่อวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 11.8 ชั่วโมงต่อวัน กลุ่มควบคุมมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 10.7 ชั่วโมงต่อวัน และจำนวนผู้ช่วยดูแลส่วนใหญ่ พบว่ามีจำนวนเฉลี่ย 1 คน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และทดสอบค่าทีด้วย Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน (n = 27)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	M	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	26.89	4.90	26	15.25	.000
หลังทดลอง	12.07	3.18			

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน (M = 26.89, SD = 4.90) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน (M = 12.07, SD = 3.18) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 54)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 27)				กลุ่มควบคุม (n = 27)				df	t	p value
	M	SD	\bar{D}_1	SD	M	SD	\bar{D}_2	SD			
ก่อนทดลอง	26.89	4.90			26.78	4.75					
			14.81	5.04			2	4.40	52	14.65	.000
หลังทดลอง	12.07	3.18			28.78	4.99					

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = -14.81$, SD = 5.04) ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2$, SD = 4.40) ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 14.65, p < .05) แสดงว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลิน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่

1 ตามตารางที่ 1 โดยโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินได้มีการส่งเสริมในด้านการเผชิญปัญหา (Coping) จะมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา เรียนรู้ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา ฝึกให้ผู้ดูแลปรับมุมมองในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก การค้นหามุมมองในเชิงบวกจากเหตุการณ์ปัญหาที่ผู้ดูแลพบเจออีกทั้งผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธ ได้รับความรู้ในเรื่องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจึงทราบถึงสาเหตุของพฤติกรรมรุมปัญหาผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากภาวะของโรคทำให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและเข้าใจในปัญหามากยิ่งขึ้น²² อีกทั้งส่งเสริมในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จะมุ่งเน้นส่งเสริมการสร้างเครือข่ายในกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน การมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพิ่มช่องทางการติดต่อโดยตั้งกลุ่มผู้ดูแลจากระบบไลน์ติดต่อ (Line) เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยน พูดคุย

สื่อสารความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งให้ข้อมูลการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ ในชุมชนตั้งแต่ระดับปฐมภูมิเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแล จึงเกิดความมั่นใจในตนเอง มีกำลังใจที่เปลี่ยนมุมมองทางความคิดว่าตนเองไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวเป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ที่ ลึกลงไปในกลุ่มผู้ดูแลให้ต่อเนื่องยาวนาน²³ และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ การพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง ฝึกมองข้อดีของตนเองและของผู้อื่น เมื่อผู้ดูแลได้รับการฝึกคิดในเชิงบวกเป็น ประจำจะทำให้กระบวนการคิดของผู้ดูแลเกิดมุมมองการมองเห็นในข้อดีของตนเองและผู้อื่นมากกว่าข้อเสีย ซึ่งเป็นตัวลด ทอนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง²⁴ ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลได้รับการ ส่งเสริมการเผชิญปัญหา แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง กระบวนการความเครียดของผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้ช่วยยับยั้งการเกิดความเครียดสะสม ในผู้ดูแลส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมนั้นลดลง

นอกจากนั้นผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร ตามแนวคิดเพียร์ลินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = -14.81, SD = 5.04$) ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนว คิดเพียร์ลินมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2, SD = 4.40$) ซึ่งได้รับการ พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.65, p < .001$) ตามตารางที่ 2 แสดงว่าภายหลังการทดลอง กลุ่ม ทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิด เพียร์ลิน มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้านอกจาก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัยข้อที่ 2 ผู้วิจัยขออภิปรายผลดังนี้

เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตาม แนวคิดเพียร์ลินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยออกแบบขึ้นตามแนวคิดเพียร์ลิน²⁰ เน้นส่งเสริมการเผชิญ ปัญหา (Coping), การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)²⁰ ซึ่งมีผลต่อ การจัดการภาวะซึมเศร้า โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เพื่อให้เกิดความตรงภายใน ผู้วิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการสุ่ม

ตัวอย่างด้วยบล็อก (Block Randomization) โดยทำการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อช่วยการเพิ่มความแปรปรวนที่มีระบบให้มีค่าสูงสุด (Maximization of Experimental Variance), ลดความคลาด เคลื่อนให้เหลือน้อยที่สุด (Minimization of Error Variance) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดให้มีค่าความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) มากที่สุด และลดความควบคุมตัวแปร แทรกซ้อนให้มีค่าคงที่ (control extraneous variables) ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเริ่มต้น เท่าเทียมกันในการเริ่มการศึกษาวิจัย²⁵ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม จะได้รับการพยาบาลตาม ปกติ โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม, การดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม, ภาวะซึมเศร้า ส่วนในกลุ่มทดลองได้รับการ ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา การจัดการกับอารมณ์ ฝึกมองหา สิ่งดีจากตนเอง, การเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบาก ยอมรับ และเข้าใจปัญหา รวมทั้งการมีกลุ่มสังคมที่ช่วยส่งเสริมตนเอง การเสริมสร้างทักษะเหล่านี้อย่างเป็นระบบดังกล่าว ส่งผลให้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีการปรับตัว เข้าใจสถานการณ์ สามารถจัดการอารมณ์ซึมเศร้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ค่า เฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองต่ำกว่า ($M = 12.07, SD = 3.18$) กลุ่มควบคุม ($M = 28.78, SD = 4.99$) แสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้

ผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการ ส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูง อายุภาวะสมองเสื่อม สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญ ความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นพบว่าภาวะซึม เศร้าหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด วัดผลทันทีและระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือนมีค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶ อีกทั้งยัง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงที่รับการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนสามารถ ทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁷ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วัดผลทันที และ ระยะติดตาม 1 และ 3 เดือน พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นั้นเพิ่มขึ้นและอาการซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁸ จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิด

เพียร์ลิน สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมภายหลังจากการนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ดูแลทำให้เกิดทักษะในการเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ของตนเอง มีเครือข่ายสังคมผู้ดูแล และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แตกต่างกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเห็นได้ชัดดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินในกลุ่มทดลอง ($M = 12.07, SD = 3.18$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 28.78, SD = 4.99$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 14.65, p < .05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การนำโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ควรมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรในการจัดอบรมความรู้และทักษะในเนื้อหาของโปรแกรมนี้อ เพื่อให้ผู้นำกลุ่มที่ได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดีเป็นผู้ที่มีทักษะช่วยกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มและสามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลินต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระยะติดตามผลในช่วง 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม
2. ควรมีการปรึกษาประเด็นปัญหาภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคจิตเภท เป็นต้น

References

1. Yodmai K. Family Role And Caring An Aging With Dementia In Community. Journal of Public Health Nursing. 2017;31(1):189-204. (in Thai)
2. Alzheimer's A. 2018 Alzheimer's disease fact and figures. Alzheimer's & Dementia. 2018;14:367-429.

3. Suwan A, Trakulsithichoke S. Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly in Lukhok Subdistrict, Muang District, Pathumtani Province. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand. 2016;5(2):21-32. (in Thai)
4. Sooksa-art J, Thipraksa T, Hanrinth R, Kerdchantuk P, Suttiruksa S. Outcomes of Pharmaceutical Care in Outpatients with Alzheimer's Disease: A Pilot Study. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2018;10(1):130-141. (in Thai)
5. Naknonehun P. Nursing Role for Prevention Dementia in Elderly. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(2):36-46. (in Thai)
6. Wongsaree C. Current Situation in Dementia Syndrome on Older Person in Thailand: Issues and Trends in Nursing Care. EAU HERITAGE JOURNAL Science and Technology. 2018; 12(1):47-58. (in Thai)
7. Wongsaree C, Phunthong S. Dementia Syndrome in the Elderly: Nursing Care and Caring for Relatives Caregiver. HCU Journal of Health Science. 2018;22(43-44):166-179. (in Thai)
8. Srisuwan P. Holistic Care Plan for Dementia. KKU Journal of Medicine. 2018;4(3):27-35. (in Thai)
9. Srinim N, Nontaput T. Professional Home-Based Care for Persons with Dementia. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2017;11(2): 82-89. (in Thai)
10. Khueansombat T, Sasat S, Oumtanee A. Caring for Elderly with Dementia in Family by Professional Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Supplement):233-241. (in Thai)
11. Roksana M. Condition of informal caregivers in long-term care of people with dementia. Annals of Agricultural and Environment Medicine. 2016;23(3): 491-494.
12. Choupolsat A, Vatanasin D, Nabkasorn. Relationships between sense of coherence, burden, social support and depression among caregivers of dementia patients. Thai Journal of Nursing. 2018;67(2):36-43. (in Thai)

13. Amir G, Montgomery W, Kahle-Wroblewski K., Nakamura T, Ueda K. Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: findings from a community based survey in Japan. *BMC Geriatrics*. 2016;16(122):1-12.
14. Sutthilak C, Uraileert A, Chutchawan N, Tapnimit S. "Hidden Patients" Family Caregivers of Elderly People with Dementia. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(1):40-46. (in Thai)
15. Ateequr R, Anjum R, Sahakian Y. Impact of Caregiving for Dementia Patients on Healthcare Utilization of Caregivers. *Pharmacy*. 2019; 7(138):1-8.
16. Mohammed S. A, Alshbriqe A. A, Ahmed A. A, Alyami T. A, Alshomrani M. S, Alhazzani A. Prevalence and Risk Factors for Depression among Caregivers of Alzheimer's Disease Patients in Saudi Arabia. *Neurology Research International*. 2018;(1):1-7.
17. Pihet S, Kipfer S. Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program. *BMC Geriatrics*. 2018;18(209):1-13.
18. Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban china: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatrics*. 2020;20(3):1-10.
19. Lee J, Kyung S. B, Hyunjoo L, Sujeong S, Soowon P, Jun-Young L. Impact of Behavioral Symptoms in Dementia Patients on Depression in Daughter and Daughter-in-Law Caregivers. *Journal of Women's Health*. 2017;26(1):36-43.
20. Pearlin L. I, Mullan J. T, Semple S. J, Marilyn M, Skaff M. A. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontological Society of America*. 1990; 30(5):583-594.
21. Kuptniratsaikul V, Pekuman P. The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) in Thai people. *SirirajHospGaz*. 1997;49(5):442-448. (in Thai)
22. Edraki M, Rambod M, Molazem Z. The Effect of coping skills training on depression, anxiety, stress, and self-efficacy in adolescents with diabetes: A randomized controlled trial. *Ijcbnm.sums.ac.ir*. 2018;6(4):324-333.
23. Leenatham K, Julvanichpong T. The Effects of Health Education Program and Social Support on Stress of Puerperium. *UMT Poly Journal*. 2014;11(1):1-11. (in Thai)
24. Pumprawai A, Janejatkarn B, Kanokwongnuwat P. Effectiveness of Self-Esteem Promoting Program on Depression of Elder People in Borploy Sub-district, Samkok District, Pathumthani Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019;27(1): 33-41. (in Thai)
25. Lerthattasilp T. Effectiveness of group behaviour parent training program on caregivers of children with ADHD. *Thammasat University Hospital, Unit Department of Psychiatry*. 2018;1-44. (in Thai)
26. Wattanapailin A, Pratum L, Sitthimongkol. An Effect of Coping Skill Training Program on Depression in Early Adolescents. *Journal of Nursing Science*. 2011;29(2):39-47. (in Thai)
27. Kim H. What the effect of a Support Program for Female Family Caregivers of Dementia on Depression. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*. 2013;5(5):39-46.
28. Salasawadi P, Seeherunwong A. Development of Enhancing self-Esteem and Decreasing Depressive Symptoms Program for Patients with Schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2020;34(1): 13-42. (in Thai)