

รูปแบบการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ปณิดา เพชรรัตน์ พ.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบครอบครัวบำบัดสำหรับติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว ในอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 227 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 14 คน และตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้า 54 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ค่าความเชื่อมั่น .84 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ค่าความเชื่อมั่น .86 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุข (ค่าความเชื่อมั่น .73) และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้า ค่าความเชื่อมั่น .87 ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: พบว่า 1) รูปแบบครอบครัวบำบัดมี 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ (4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) ประสิทธิภาพของรูปแบบครอบครัวบำบัดพบว่า หลังการทดลองใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับมากและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าต่อการติดตามและดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ครอบครัวบำบัด ผู้มีภาวะซึมเศร้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวังวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

Corresponding author e-mail: fonganida0396@gmail.com

วันที่รับ (received) 11 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 พ.ย. 2567

Model for Monitoring and Caring for People with Depression of the Village Health Volunteer Network in Wang Wiset District, Trang Province

Panida Petcharat M.D.*

Abstract

This survey research aimed to develop a family therapy model for monitoring and caring for individuals with depression through a network of health volunteers and to evaluate the effectiveness of this model in Wang Wiset District, Trang Province. The sample consisted of 227 village health volunteers, 14 public health officers, and 54 family representatives of depressed patients, selected through purposive sampling. The data collection tools included: 1) a knowledge questionnaire for health volunteers (reliability coefficient .84), 2) a behavior questionnaire for monitoring and caring for depressed patients (reliability coefficient .86), 3) a satisfaction questionnaire for health volunteers (reliability coefficient .73), and 4) a satisfaction questionnaire for family members of depressed patients (reliability coefficient .87). Statistical analysis methods used were means, standard deviations, and t-tests.

The results showed that: 1) The family therapy model consisted of four activities: (1) emotional support, (2) evaluative support, (3) informational support, and (4) instrumental and social interaction support. 2) The effectiveness of the family therapy model indicated that, after implementation, the following changes occurred. The knowledge of health volunteers regarding the monitoring and care of depressed patients significantly increased at the .01 level. The behavior of health volunteers in monitoring and caring for depressed patients significantly increased at the .01 level. The satisfaction of health volunteers was high and significantly increased at the .01 level. The satisfaction of families of depressed patients regarding the monitoring and care was also high.

Keywords: development of model, the family therapy, people with depression, village health volunteers

* Medical Doctor, Professional Level. Wangwiset Hospital, Wang Wiset District, Trang Province
Corresponding author e-mail: fonganida0396@gmail.com

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งเป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างฉับพลัน เกิดได้ทั้งจากหลายสาเหตุ เช่น การเปลี่ยนแปลงในสังคมที่ทำให้เกิดการปรับตัวไม่ทัน กระทบพันธู์ หรือสารเคมีในสมองที่เปลี่ยนแปลงไป หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ทันเวลา อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะมีผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จากสถิติ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในหน่วยบริการสาธารณสุข ในปี 2564 มี 1,143,683 คน¹ เพิ่มขึ้น 1,253,690 คน คิดเป็นร้อยละ 9.61 ในปี 2566 แสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับบริการที่มีอัตราสูงขึ้น แม้ว่าจะมีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับบริการในระบบสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับบริการก็ยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก² ดังนั้นการดูแลเฉพาะในระบบจึงไม่เพียงพอ และเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพให้ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าสู่ระบบบริการอย่างทั่วถึง จึงต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกให้มากขึ้น โดยการเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับการคัดกรองมากขึ้น เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา อาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีหน้าที่ในการสังเกตอาการต่าง ๆ ของสมาชิกในชุมชน รวมถึงการสังเกตความผิดปกติของสมาชิกเพื่อคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยงให้ได้รับการคัดกรอง แนะนำ ให้คำปรึกษา ตลอดจนการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างถูกต้อง จึงเป็นอีกหนึ่งกำลังสำคัญในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า

อาการเด่นชัดของผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา เบื่อหน่าย หดความสนใจ ในกิจกรรมที่เคยเพลิดเพลิน ร่วมกับอาการเบื่ออาหารหรือนอนมากเกินไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียน และการเข้าสังคม เมื่อไม่สามารถทำหน้าที่ได้ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ต่อตนเองและนำมาซึ่งอาการซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น อาจเกิดพฤติกรรมที่เป็นโทษ เช่น การแยกตัว การไม่ไปเรียนหรือทำงาน ไม่รับประทานอาหาร รวมทั้งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มักกลับเป็นซ้ำได้ และต้องกลับเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น มักเป็นผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตลดลง จนอาจก่อให้เกิดปัญหาการทำร้ายตนเองและผู้อื่น³ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นผลจากปัจจัยด้านชีววิทยา จิตใจ สังคม พฤติกรรม และสัมพันธภาพ⁴

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคมมีความสำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค การสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะในสังคมไทย ที่ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย การให้ความร่วมมือในการรักษา และการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและดำรงชีวิตได้ตามปกติ⁵ ในปัจจุบันมีการพยายามพัฒนารูปแบบหรือวิธีการบำบัดทางสังคมเพื่อช่วยตัดวงจรความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้านี้ โดยนำแนวคิดการสนับสนุนทางด้านสังคมมาใช้ในการสร้างกิจกรรมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และเป็นผลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่พัฒนาขึ้น โดยแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์⁶ เพราะครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน ครอบครัวจะช่วยในการพูดคุย แนะนำวิธีแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย ให้ความรักความอบอุ่น จึงทำให้ช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ดังนั้น การสร้างความตระหนักของสถานการณ์ปัญหา และการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ถูกต้อง ครอบครัวและชุมชนจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีอาการทุเลาและหายได้ และการที่อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนจะช่วย

ให้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนมีประสิทธิผลและมีความยั่งยืน⁷ ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง เพื่อให้เกิดเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสอดคล้องกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

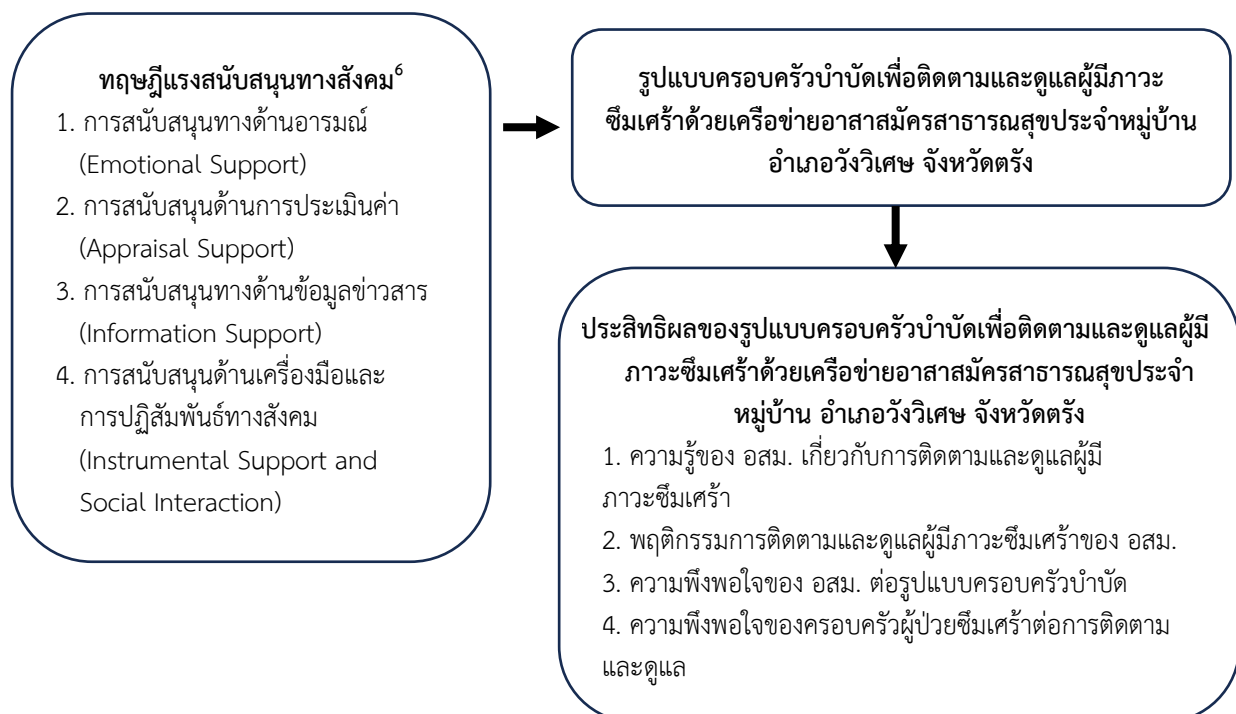
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบครอบครัวบำบัดมีประสิทธิผลต่อการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ในด้านความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้า อยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย การพัฒนารูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษากับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าในอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 848 คน⁸ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าในอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 54 คน ตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าในอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 200 คน⁹ รวมจำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 1,102 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการสุ่มจากประชากรโดยใช้สูตรของ Yamane¹⁰ ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95 % ความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 295 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าในอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 227 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าในอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 14 คน ตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าในอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 54 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้

- (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สัญชาติไทย เพศชายหรือหญิง โดยมีอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 65 ปี
- (2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สัญชาติไทย เพศชายหรือหญิง โดยมีอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 60 ปี

โดยคัดเลือกมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ บ้านหน้าวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ บ้านหนองพลอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังมะปราง บ้านบางนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังมะปราง บ้านทุ่งหลวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่าวตง บ้านหนองชุมแสง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่าวตง บ้านในปง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะบ้า บ้านคลองชี อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

- (3) เป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว
- (4) สนใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าร่วมได้จนครบระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้า

- (1) ตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้า สัญชาติไทย เพศชายหรือหญิง โดยมีอายุระหว่าง 18 ปี ถึง 65 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยซึมเศร้า 1 ปีขึ้นไป และไม่ได้เป็นผู้บำบัดผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อลดอคติในการประเมินการวิจัย

โดยคัดเลือกมาจากครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ บ้านหน้าวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ บ้านหนองพลอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังมะปราง บ้านบางนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังมะปราง บ้านทุ่งหลวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่าวตง บ้านหนองชุมแสง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่าวตง บ้านในปง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะบ้า บ้านคลองชี อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

- (2) เป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว
- (3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าร่วมได้จนครบระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก

- (1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด
- (2) มีปัญหาสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วย ที่ต้องเข้ารับการรักษาระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลา ไม่มีการบังคับหรือชักจูงถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะไม่เข้าร่วม ซึ่งในการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการได้ปฏิบัติงานหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อประโยชน์ในการศึกษาการวิจัย และจะยึดตามหลักจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในมนุษย์ และมีการดำเนินการตรวจสอบด้านจริยธรรมในการวิจัยโดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ: SCPHYLIB-2567/001 วันที่รับรอง 5 กุมภาพันธ์ 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบกรอบวิธีปฏิบัติที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามและดูแล ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน กับผู้ป่วยและครอบครัว มีการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และกิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบกรอบวิธีปฏิบัติเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง แบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ชุด ดังนี้

1. ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง เกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ เช่น ผู้มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยต้องได้รับการรักษาในการใช้ยาต้านซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ เป็นต้น

2. ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 15 ข้อ เช่น ผู้การแนะนำเรื่องการทานยาต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยซึมเศร้า และการแนะนำผู้ป่วยซึมเศร้าให้มีการระบายอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง เช่น ร้องไห้ ตะโกน เขียนบันทึก เป็นต้น โดยเป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งกำหนดค่าระดับความต้องการเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

3. ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ต่อรูปแบบกรอบวิธีปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งกำหนดค่าระดับความต้องการเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

4. ชุดที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าต่อการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง จำนวน 8 ข้อ โดยเป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งกำหนดค่าระดับความต้องการเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาที่ละข้อความว่ามีความสอดคล้องกับทฤษฎีและเนื้อหาหรือไม่ เน้นที่ระดับความเห็นด้วยของผู้เชี่ยวชาญต่อข้อความนั้น ๆ แล้วนำมาคำนวณ ค่า Item Content Validity Index: I-CVI ค่าที่ดีควรมีค่า $>.80$ แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ค่า CVI จะเท่ากับ 1¹¹ นำแบบสอบถามการวัดความรู้มาหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกแต่ละข้อตั้งแต่ .20 ขึ้นไป มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้วิธี KR-20 ของคูเดอร์ และริชาร์ดสัน¹² และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจของ อสม. และ ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยมาหาสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient Alpha) และความเชื่อมั่น (Reliability) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัย	I-CVI	ค่าความเชื่อมั่น	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความยากง่าย	ผลที่ได้
ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้	.67 – 1.00	.84	.54 – 95	.67 – .83	ผ่านเกณฑ์
ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของ อสม.	1.00	.86	.33-.66	-	ผ่านเกณฑ์
ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของ อสม.	1.00	.73	.23-.53	-	ผ่านเกณฑ์
ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้า	1.00	.87	.37-.79	-	ผ่านเกณฑ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจของ อสม. ก่อนใช้รูปแบบครอบครัวบำบัด แล้วจึงนำรูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ไปใช้ดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยซึมเศร้าและครอบครัวในพื้นที่ เมื่อครบตามกำหนดระยะเวลาดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลความรู้ พฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจของ อสม. และความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้า หลังใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS for Windows) เพื่อคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test) แบบ Dependent)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 รูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

โดยได้รูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การสนับสนุนด้านอารมณ์

การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง การเอาใจใส่พูดคุยแสดงความรู้สึกห่วงใยและรับฟังความรู้สึกของกันและกัน โดยมีวิธีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกโดยเริ่มจากผู้ป่วยจะกล่าว “ทักทาย แนะนำตัวเองของผู้บำบัด ผู้บำบัดจะแสดงออกทางอารมณ์โดยมีสีหน้าที่แสดงถึงความจริงใจที่จะให้ความช่วยเหลือ” เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดการยอมรับของผู้วิจัย โดยเน้นการพูดคุยสร้างความคุ้นเคยแบบใกล้ชิด โดยผู้บำบัดใช้คำแทนตนเองว่า “ฉัน” แทนคำว่า ผู้บำบัด และใช้คำว่า “คุณ” แทนคำว่าผู้ป่วย เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยได้อย่างเป็นกันเอง

2. การสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเองและการสร้างความคุ้นเคยภายในกลุ่มให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกเกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม โดยให้ข้อมูลที่เปิดเผยตรงไปตรงมากับผู้ป่วยและครอบครัว โดยพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล และใช้ท่าที่เป็นกันเอง มีท่าที่ยอมรับ สนใจ ใส่ใจรับฟัง ผู้ป่วยในกลุ่มอย่างทั่วถึงกัน โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยคนใดคนหนึ่ง และสร้างแรงจูงใจในการบำบัดเพื่อให้เกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรมกลุ่มมากที่สุด รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นศักยภาพของตนเองและสามารถดึงเอาศักยภาพของตนเองมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดอย่างเต็มที่ โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจการบำบัดแบบกลุ่มโดยมีสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

3. กล่าวสรุปการสร้างสัมพันธ์ภาพกันในกลุ่มเพื่อให้ทุกคนได้รู้จักกัน มีความคุ้นเคยกัน มีความรักความไว้วางใจซึ่งกันและกันในกลุ่ม คอยช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม ในครั้งนี้และครั้งต่อไป

4. อธิบายถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของกิจกรรมในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ ความหมายการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และวิธีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และให้ผู้ป่วยบอกประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2: การสนับสนุนด้านการประเมินค่า

การแสดงออกถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การประเมินศักยภาพของตนเองและการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยมีวิธีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. กล่าวทักทายผู้รับการบำบัดทุกคนและสอบถามเรื่องทั่วไปเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดก่อนดำเนินกิจกรรม

2. ทบทวนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อนที่ผ่านมา ว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์คืออะไร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็นได้

3. อธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การประเมินศักยภาพของตนเอง และการฝึกทักษะการแก้ไข

กิจกรรมที่ 3: การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

การให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อเสนอแนะและพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญ โดยมีวิธีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. กล่าวทักทายผู้ป่วยทุกคนและสอบถามเรื่องทั่วไปเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดก่อนดำเนินกิจกรรม
2. ทบทวนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อนที่ผ่านมา ว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์คืออะไร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่าคืออะไร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็น
3. อธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้อยู่ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ประกอบด้วย การรู้จักความหมายของการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งทักษะในการเผชิญปัญหา
4. ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกในกลุ่มได้บอกเล่าประสบการณ์ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ผ่านมา และให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติม และทำการสรุปเพิ่มเติมอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 4: การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

การให้ข้อมูลในแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน และพัฒนาทักษะการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น โดยมีวิธีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. กล่าวทักทายผู้รับการบำบัดทุกคนและสอบถามเรื่องทั่วไปเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดก่อนดำเนินกิจกรรม
2. ทบทวนความรู้ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งก่อนที่ผ่านมา ว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์คืออะไร การสนับสนุนด้านการประเมินค่าคืออะไร และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ พร้อมร่วมแสดงความคิดเห็น
3. อธิบายถึงกิจกรรมที่จะดำเนินร่วมกันในครั้งนี้อยู่ประกอบด้วย 2 กิจกรรมประกอบด้วย การรู้จักความหมายของการสนับสนุนด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเพศหญิง จำนวน 217 คน (ร้อยละ 95.59) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 99 คน (ร้อยละ 43.61) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 41-51 ปี จำนวน 64 คน (ร้อยละ 28.20) มีอายุเฉลี่ย 53.15 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี และอายุสูงสุด 65 ปี มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 188 (ร้อยละ 82.82) รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 9.69) มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 111 คน (ร้อยละ 48.90) รองลงมา มัธยมศึกษา คือ จำนวน 70 คน (ร้อยละ 30.84) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 147 คน (ร้อยละ 64.76) รองลงมา คือ รับจ้าง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 18.94) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (โดยประมาณ) 5,000-10,000 บาท จำนวน 137 คน (ร้อยละ 60.35) รองลงมา คือ น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 60 คน (ร้อยละ 26.43) และประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 136 คน (ร้อยละ 59.91) รองลงมา คือ 1-2 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 13.22) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=227)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	4.41
หญิง	217	95.59
อายุ		
น้อยกว่า 31 ปี	1	.44
31-40 ปี	17	7.49
41-50 ปี	64	28.20
51-60 ปี	99	43.61
61 ปี ขึ้นไป	46	20.26
(Mean = 53.15, SD = 8.25, Min = 27, Max = 65)		
สถานภาพสมรส		
โสด	17	7.49
สมรส	188	82.82
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	22	9.69
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	111	48.90
มัธยมศึกษา	70	30.84
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	6	2.64
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	12	5.29
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	28	12.33
ประกอบอาชีพ		
รับจ้าง	43	18.94
เกษตรกรกรรม	147	64.76
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	18	7.93
แม่บ้าน	17	7.49
นักการเมืองท้องถิ่น	2	.88
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	60	26.43
5,000-10,000 บาท	137	60.35
10,001-15,000 บาท	17	7.49
15,001-20,000 บาท	6	2.64
20,001-25,000 บาท	-	-
25,001 บาทขึ้นไป	7	3.09
(Mean = 7,562.11, S.D. = 6,545.79, Min = 1,300, Max = 50,000)		
ประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
1-2 ปี	30	13.22
3-4 ปี	15	6.61
5-6 ปี	10	4.41
7-8 ปี	12	5.28
9-10 ปี	24	10.57
10 ปี ขึ้นไป	136	59.91

ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 118 คน (ร้อยละ 51.98) รองลงมา คือ ระดับสูง จำนวน 103 คน (ร้อยละ 45.37) และหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด จำนวน 223 คน (ร้อยละ 98.24) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.76) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้เรื่องการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความรู้เรื่องการติดตามและดูแล ผู้มีภาวะซึมเศร้า	กลุ่มตัวอย่าง (n=227)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ค่าคะแนน 8 – 10 คะแนน)	103	45.37	223	98.24
ระดับปานกลาง (ค่าคะแนน 4 – 7 คะแนน)	118	51.98	4	1.76
ระดับต่ำ (ค่าคะแนน 0 – 3 คะแนน)	6	2.64	-	-

คะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.10 (S.D. = 1.27) และคะแนนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.93 (S.D. = .80) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดโดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 9 คน (ร้อยละ 64.29) รองลงมา คือ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก จำนวน 5 คน (ร้อยละ 35.71) และหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดโดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 11 คน (ร้อยละ 78.57) รองลงมา คือ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก จำนวน 3 คน (ร้อยละ 21.43) ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า	กลุ่มตัวอย่าง (n=14)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)	-	-	11	78.57
การปฏิบัติมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)	5	35.71	3	21.43
การปฏิบัติปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)	9	64.29	-	-
การปฏิบัติน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)	-	-	-	-
การปฏิบัติน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)	-	-	-	-

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (S.D. = .32) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 (S.D. = .22) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบครอบครัวบำบัด ก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดโดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 121 คน (ร้อยละ 53.30) รองลงมา คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 100 คน (ร้อยละ 44.05) และหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดโดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 133 คน (ร้อยละ 58.59) รองลงมา คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 81 คน (ร้อยละ 35.68) ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความพึงพอใจต่อรูปแบบครอบครัวบำบัด	กลุ่มตัวอย่าง (n=227)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)	1	.44	81	35.68
ความพึงพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)	121	53.30	133	58.59
ความพึงพอใจปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)	100	44.05	13	5.73
ความพึงพอใจน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)	5	2.20	-	-
ความพึงพอใจน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)	-	-	-	-

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบครอบครัวบำบัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 (S.D. = .36) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบครอบครัวบำบัดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 (S.D. = .46) ซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าต่อการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าความพึงพอใจต่อการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 47 คน (ร้อยละ 87.04) รองลงมา คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 7 คน (ร้อยละ 12.96) ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าต่อการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัด

ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้า	กลุ่มตัวอย่าง (n=54)	
	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)	7	12.96
ความพึงพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49)	47	87.04
ความพึงพอใจปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49)	-	-
ความพึงพอใจน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49)	-	-
ความพึงพอใจน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)	-	-

อภิปรายผล

1. รูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการสนับสนุนด้านอารมณ์ กิจกรรมการสนับสนุนด้านการประเมินค่า กิจกรรมการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และกิจกรรมการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดความรู้สึกของตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นเพราะกิจกรรมทั้ง 4 เป็นกิจกรรมเป็นกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ วิธีการดูแลตนเอง รวมถึงครอบครัวจะได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยด้วย มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยโต้ตอบได้ตรงประเด็นขณะพูดคุยมีการสบตากัน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอธิบายถึงทัศนคติที่ดีของตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าตัวเองถึงจะป่วยก็คิดว่าตัวเองมีประโยชน์ไม่เป็นภาระของพ่อแม่ และสามารถทำงานได้ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้มีการฝึกให้ผู้ป่วยได้เข้าสังคม เพราะผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมแยกตัวเอง กิจกรรมเหล่านี้จึงได้มีการฝึกผู้ป่วยให้อยู่ร่วมกัน มีการพูดคุยกันด้วยความเข้าใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพิน พรศโยธ¹³ และกนกภรณ์ ทองคุ้ม¹⁴ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย และมีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถขอความช่วยเหลือจากสิ่งดี ๆ รอบตัวเพื่อเสริมกำลังใจในการก้าวผ่านปัญหา รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า

2. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง มีดังนี้

2.1 ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง เกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า หลังการใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 รูปแบบครอบครัวบำบัดที่พัฒนาขึ้นนั้น เน้นการพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครเป็นอันดับแรก โดยให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่ต้องปฏิบัติ และต้องสร้างฐานการคิดให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้คำแนะนำ การศึกษาและค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ เป็นต้น จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าจนส่งผลให้รูปแบบกิจกรรมที่สร้างขึ้นเป็นผลสำเร็จ ส่งผลให้พวกเขามีความรู้และความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับการติดตามและดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภิตา แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์¹⁵ ที่พบว่า ระดับความรู้ของอาสาสมัครบ่งบอกถึงศักยภาพและความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน การที่อาสาสมัครมีความรู้ในระดับสูง แสดงถึงศักยภาพในการรับรู้และทำความเข้าใจในกิจกรรมหรือการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ความรู้ที่พัฒนาขึ้นเกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยยังเป็นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางที่ดี ทำให้การปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 พฤติกรรมการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง หลังการใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความรู้ที่ได้รับการฝึกอบรมทำให้อาสาสมัครมีความเข้าใจและตระหนักถึงภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งเป็นเพราะผลการให้ความรู้ด้านการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง และศึกษาขั้นตอนของรูปแบบครอบครัวบำบัดจนเกิดองค์ความรู้และการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น รวมถึงได้ตระหนักถึงภาระหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้อง

กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชนของกรมสุขภาพจิต¹⁶ ที่กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ

2.3 ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง หลังการทดลองใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้แสดงความมุ่งมั่นในการใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน และยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีบุคคลอื่น มีครอบครัวเข้าใจ และคอยรับฟังปัญหาของตนเอง โดยเมื่อเจอสถานการณ์ที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามาก อสม.จะมีความรู้เบื้องต้นว่าสามารถพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนได้ หรือถ้ามีปัญหาที่ไม่รุนแรงก็ไปขอคำปรึกษากับอนามัยใกล้ ๆ บ้านก่อน เป็นต้น ทำให้สามารถประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทรงศักดิ์ เทเสนา¹⁷ ที่พบว่าอาสาสมัครมีความพึงพอใจในการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอบครอบครัวในระดับสูง เนื่องจากความใกล้ชิดกับคนในชุมชน และการศึกษาพัชรชิตา บัวอินทร์¹⁸ ที่พบว่าอาสาสมัครมีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหลังได้รับการอบรมพัฒนาอยู่ในระดับมาก

2.4 ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยซึมเศร้าต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง หลังการใช้รูปแบบครอบครัวบำบัดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำในการดูแลตนเอง ครอบครัวสามารถพูดคุยและประเมินอาการซึมเศร้าได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้าได้ดี การพูดคุยและสร้างสัมพันธ์ภาพช่วยลดอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ อธิญา สุขธรรมรัตน์¹⁹ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าช่วยให้ผู้ดูแลรับมือกับอุปสรรคได้ดีขึ้น และงานวิจัยของ เพ็ญพิมล เปียงแก้ว และวราภรณ์ จันทรัง²⁰ ที่พบว่าความพึงพอใจในการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง เพราะมีการติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยของรูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าได้ จึงควรมีการนำไปใช้ในการบำบัดในพื้นที่อื่นของจังหวัดตรัง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของรูปแบบครอบครัวบำบัดเพื่อติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องหลังการดำเนินกิจกรรม
2. ควรนำรูปแบบครอบครัวบำบัดด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยอื่น ๆ ว่ามีผลลดอาการซึมเศร้าได้หรือไม่

3. ควรเพิ่มการวัดผลของรูปแบบวิธีการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้การติดตามที่ผู้ป่วยเพื่อทราบผลการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบวิธีการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าว่ามีประสิทธิภาพในการใช้ดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-11-21-mix_HDC.pdf
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-11-22-mix_HDC.pdf
3. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, & Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007;90:186–97.
4. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
5. Buchanan J. Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Arch Psychiatr Nurs* 1995;9:68–76.
6. House JS, & Kahn RL. Chapter 5: Measures and Concepts of Social Support. New York: Academic press; 1985.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนภาคประชาชน. ประเด็นยุทธศาสตร์ข้อ 7 สร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรการอบรม อสม. เชียงขวัญ พ.ศ. 2554 ในโครงการอบรมฟื้นฟู อสม. พ.ศ. 2555. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
8. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน รายงาน อสม. อำเภอดงเจริญ จังหวัดตรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/tambon.php?id=9207>
9. กรมสุขภาพจิต. ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต จังหวัด: ตรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/host.asp?id=92&nyear=2560>
10. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd Ed. New York: Harper and Row; 1973.
11. Ayre C, & Scally J. Critical values for Lawshe's content validity ratio: Reinvesting the original methods of calculation. *Meas Eval Couns Dev* 2014;47:79-86.

12. Kuder GF, & Richardson MW. The theory of estimation of test reliability. *psychometrika* 1937;2:151-60. doi: 10.1007/BF02288391
13. อรพิน พรศโยธณ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา; 2561.
14. กนกภรณ์ ทองคุ้ม. รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก [ดุชนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
15. ศิริลักษณ์ ช่วยดี, โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์. การศึกษาการปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2560;31:41-59.
16. กรมสุขภาพจิต. บทบาท อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
17. ทรงศักดิ์ เทเสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2563;23:70-82.
18. พชรชิตา บัวอินทร์. ความคิดเห็นของ อสม.ที่มีต่อกระบวนการอบรม พัฒนา อสม.หมอบริการบ้านจังหวัดพะเยาและระดับความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติบทบาท อสม. หมอบริการบ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 มี.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก: <http://203.209.96.243/phealth/web/images/บทความวิจัย%20พชรชิตา.pdf>
19. อธิญา สุขธรรมรัตน์. ประสบการณ์ทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565
20. เพ็ญพิมล เปียงแก้ว, วรางคณา จันทร์คง. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ* 2566;6:1-14.