

รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง A Depression Care Model in the Elderly with Dependency

สุวพิชญ์ ซ่อมจันทรธา

Suvapit Somjuntha

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลับแล

Primary and Holistic care Department. Lablue Hospital

Email: suvapitso@gmail.com

Received: 21 Feb., 2025

Revised: 5 Apr., 2025

Accepted: 8 Apr., 2025

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง การวิจัยและพัฒนา (Research and development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 9 คน เครื่องมือวิจัย คือโปรแกรมการดูแลภาวะซึมเศร้า ใช้แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน และแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นที่.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยWilcoxon Sign Rank Test ในเดือนมกราคม - ธันวาคม 2566 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาเครือข่ายและสนับสนุนแหล่งข้อมูล การพัฒนาตนเองของผู้ดูแล การเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และการดูแลแบบเอื้ออาทร ผลการใช้รูปแบบพบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความมั่นคงทางอารมณ์ การรับรู้พฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร และการส่งเสริมพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบระดับมาก($\mu=4.18$, $\sigma=0.17$) ซึ่งสามารถนำไปใช้ขยายผลต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This study aimed to develop a care model for depression in dependent elderly individuals. This research and development (R&D) study was conducted in three phases, involving a sample group of nine elderly caregivers. The research tools included a depression care program based on Watson's Theory of Human Caring and a questionnaire with a reliability of 0.90. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed-Rank Test from January to December 2023. The findings revealed that the care model for depression in dependent elderly individuals consisted of five key components: situational analysis, network development and information source support, caregiver self-development, emotional stability enhancement, and humanized care. The implementation of this model showed statistically significant improvements ($p<0.05$) in caregivers' emotional stability, perceived humanized care behaviors, and

behavioral promotion. Caregivers reported high satisfaction with the model ($\mu = 4.18$, $\sigma = 0.17$), indicating its potential for broader application.

Keywords: care model, depression, elderly with dependency conditions

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาอย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วนของประเทศ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2566) และจากแผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566 ถึง 2570) กำหนดเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในกลุ่มโรคสมองเสื่อม NCEs และ การบาดเจ็บการพลัดตกหกล้มที่เข้าถึงบริการและได้รับการบำบัดรักษาจนมีสุขภาพที่ดีขึ้น พึ่งตนเองได้มากขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 การพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองสุขภาพเชิงรุกเพื่อเข้าถึงผู้สูงอายุทุกกลุ่ม การพัฒนาชุดตรวจสุขภาพเชิงวิถีชีวิต 9 ด้าน และนโยบายโครงการที่ 13 การดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกให้ผู้สูงอายุร่าเริงแจ่มใส กรมสุขภาพจิต มีเป้าหมายพัฒนาระบบการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้รับการเข้าถึงระบบการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 70 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มที่ต้องการการดูแลและเฝ้าระวังมากขึ้น องค์การอนามัยโลก พบว่า ภาวะที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุไทย คือ ภาวะซึมเศร้า (ประมาณ 7%) สมองเสื่อม (5%) และความวิตกกังวล (3.8%) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและการใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในระยะยาว (World Health Organization, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้าน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า ร้อยละ 22.6 (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2565)

จากฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ มกราคม 2566 พบว่า อำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้สูงอายุทั้งหมด 13,019 คน ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 10,807 คน คิดเป็นร้อยละ 76.82 พบมีความเสี่ยง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 0.05 ซึ่งพบว่าหลายพื้นที่ไม่มีข้อมูลรายงานความเสี่ยงในระบบรายงาน และจากข้อมูลการคัดกรองดังกล่าว ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดอุดรดิตถ์ แม้มีการคัดกรองในภาพรวมประจำปี อาจยังไม่ครอบคลุมในระดับรายละเอียด แต่พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เผชิญกับความเสี่ยงคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีผู้จัดการการดูแล (Care Manager, CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) รวมถึงครอบครัว เป็นผู้ดูแล หากมีการป้องกันและดูแลที่มุ่งเสริมสร้างสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในลักษณะเชิงป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาสำคัญของครอบครัวและประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน โดยมีปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Watson, 1988) และแนวคิด 3ส.3ค ได้แก่ “ค่อยๆปรับ ค่อยๆเปลี่ยน ค่อยๆดีขึ้น” (หทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2559) เพื่อพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า การคัดกรองเบื้องต้น จึงมีความจำเป็น การสร้างการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ จะส่งผลต่อการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง ไม่มากนักน้อย การแสดงออกถึงการเอื้ออาทรจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีได้ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในเชิงบวก ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าปีละ 1 ครั้ง อาจไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยในบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข การมีกลไกสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น โดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพเพิ่มขึ้นด้วยการสร้างการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทร สร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ทั้งนี้การดูแลแบบเอื้ออาทรเพิ่มขึ้นจะทำให้ทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในขั้นตอนการทดลองวิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทดลองในชุมชน 6 เดือน เน้นกระบวนการเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้วิจัย ใช้แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson, 1988) แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เดือนมกราคม - ธันวาคม 2566 ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เดือน มกราคม - มีนาคม 2566 รวมเวลา 3 เดือน

รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี 2566 จำนวน 56 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Proposive Sampling) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่ปฏิบัติงานในระบบ ปี 2566 อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ และยินดีให้ข้อมูลจำนวน 56 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีความสามารถในการสื่อสารและตอบสนองได้ดี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุแต่ไม่ได้ทำงานในระบบ 2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ หรือลาคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของรัตนารักษ์ แบ่งทิศ, (2562) ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล คำถามเป็นแบบปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6 ข้อ ตอนที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ความมั่นคงทางอารมณ์ 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบเชิงลบ แบ่งเป็น 1-7 ระดับคือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยน้อย เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนตามแนวคิดของลิเคอร์ทแปลผล 3 ระดับ คือ 1.00-2.00 สูง 2.01-5.00 ปานกลาง และ 5.00-7.00 น้อย ตอนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลฯ 10 ประการ 32 ข้อ ตอนที่ 4 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล การได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร

10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 ระดับ คือไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้งเป็นประจำ การแปลผล ค่ารวมค่าเฉลี่ยคือ 3.01-4.00 สูง 2.01- 3.00 ปานกลาง และ 1.00-2.00 ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามฯ การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66-1.00 และผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ .90

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังเก็บข้อมูลครบจำนวน ตรวจสอบความสมบูรณ์ เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาอย่างน้อย 5 ปี และปฏิบัติงานในระบบดูแล คือ 1) ผู้จัดการการดูแลระดับอำเภอ 1 คน 2) ผู้ช่วยเหลื่อมดูแลผู้สูงอายุ 2 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการระดับตำบล 2 คน และ 4) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้รับผิดชอบงาน 1 คน 5) ที่สมัครใจให้ข้อมูล รวม 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์ข้อมูลความคิดเห็น และทักษะ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) สภาพปัจจุบันของการรับรู้

การดูแลแบบเฝ้าอาหาร 10 ประการ 2) การเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) รูปแบบที่ต้องการ

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยนำแนวคิดจากการทบทวนเอกสารตำรา งานวิจัย ข้อค้นพบจากการศึกษาใน ระยะที่ 1 มาร่างรูปแบบโดยใช้กระบวนการ A-I-C ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้เกี่ยวข้อง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 11 คน ประธาน อสม.และ อสม.22 คน ผู้จัดการการดูแล 2 คน ผู้ช่วยเหลื่อมดูแลผู้สูงอายุ 9 คน ครอบครัวของผู้สูงอายุ 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน รวมจำนวน 50 คน และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คืออาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ พยาบาลด้านจิตเวช และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลงานผู้สูงอายุ ด้านละ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างรูปแบบฯ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบฯ ไปปรับและทดลองใช้ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 พัฒนาโปรแกรมการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบเฝ้าอาหาร (Watson,1988) ประกอบด้วย การ สร้างความรู้และความตระหนัก การปฏิบัติการดูแลแบบเฝ้าอาหาร การประเมินและปรับปรุง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามในสัปดาห์ที่ 24 ดังนี้

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
สัปดาห์ที่ 1-4	1.การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ : สร้างความไว้วางใจ (Trust) : ฝึกการสื่อสารเชิงบวก	1.เพื่อให้เข้าใจสภาพแวดล้อม ความต้องการและข้อจำกัด ทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ	ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการคัดกรองภาวะ
สร้างความรู้และความตระหนัก	2.การเรียนรู้แนวคิด Watson's Caring Theory 10 Caritas Processes : การสร้างความเข้าใจในอารมณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ		

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
สัปดาห์ที่ 1-4	Workshop: การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q plus,9Q ใช้เครื่องมือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ-การฝึกปฏิบัติการดูแลจิตใจโดยใช้หลัก 3ส 3ค คือ ส1: สังเกตการเปลี่ยนแปลง ส2: ส่งเสริมให้ครอบครัว มีทัศนคติที่ดีและเป็นผู้ฟังที่ดี ส3: สร้างกิจกรรมที่เหมาะสม ค่อยๆปรับค่อยๆเปลี่ยนค่อยๆดีขึ้น	2.เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะและสุขภาพจิต ดีขึ้น	ซึมเศร้าและการ ดูแลจิตใจเบื้องต้น
สัปดาห์ที่ 5-8	1.การดูแลรายวันตามแนวทาง Caring :การสัมผัสเชิงบำบัด (Therapeutic Touch) :การพูดคุยเพื่อสร้างกำลังใจ (Empathy Communication) 2.การฝึกปฏิบัติการสร้างกิจวัตรที่สร้างความสุข :การดูแลด้าน อาหาร สุขอนามัย และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม :การ ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับผู้สูงอายุ เช่น การวาดภาพ ฟังเพลง การยืดเหยียด อ่านหนังสือ 3.Coaching การดูแลใจผู้ดูแล :การจัดการความเครียดของ ผู้ดูแล :การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	1.เพื่อเสริมสร้าง ทักษะในการดูแล จิตใจผู้สูงอายุ 2.เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุสามารถ บริหารจัดการ ความเครียดของ ตนเองได้	ความมั่นคงทาง อารมณ์ พฤติกรรมการ ดูแลแบบเอื้อ
สัปดาห์ที่ 9-12	1.การสะท้อนผลลัพธ์ (Reflective Practice) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งปันประสบการณ์ และแนวทางแก้ไขปัญหที่พบ 2.การประเมินผล ประเมินความเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและ พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3.การรายงานข้อมูลจากแบบคัดกรอง 2Q plus,9Q เปรียบเทียบก่อนและหลัง 4.การปรับปรุงและแนะนำแนวทางเพิ่มเติม 5.วางแผนการดูแลในระยะยาว	เพื่อสนับสนุนส่งเสริม และจัดหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแล จิตใจ	พฤติกรรม การ ดูแลแบบเอื้อ อาหาร

2.3 การพัฒนาเครื่องมือ ประกอบด้วยแอปพลิเคชันไลน์ แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถามความพึงพอใจ ด้านความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม แบ่งเป็น 2 ตอน 15 ข้อ เรียงจากความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบคัดกรองประเมิน 2Q plus,9Q และแบบสรุปรายงาน การประเมินและการดูแลจิตใจ การใช้แอปพลิเคชันไลน์แจ้งเตือน และรายงานข้อมูลคัดกรองและดูแลจิตใจผ่านทางกรูเพิลฟอรัม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า

IOC ที่ 1.00 นำไปทดสอบในผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียง 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .78

2.4 ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการดูแลภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปทดสอบ ในกลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างตำบลฝายหลวง 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในกระบวนการ และภายหลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้รูปแบบการดูแล ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อใช้ในการทดลอง

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทดลองในชุมชนเป็นเวลา 6 เดือน ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี 2566 จำนวน 56 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) ที่ปฏิบัติงานในระบบปี2566 และสมัครใจเข้าร่วม ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 9 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

Plan: ประสานงานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพ

Do: ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ และติดตามในสัปดาห์ที่ 24

Check: ติดตามข้อมูลผ่านเอกสารรายงานในกลุ่ม Line ทุกวัน และการคัดกรองผ่าน Google Forms สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งระบบแจ้งเตือนทุกวันจันทร์เวลา 09:00 - 09:30 น. สรุปผลรายเดือนและสิ้นสุดการทดลอง 31 ธันวาคม 2566

Act: เก็บข้อมูลพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ และผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง พร้อมประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Sign Ranks Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หมายเลข SCPHPL 1/2566.1.31 วันที่ 9 มกราคม 2566 และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือ

ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ ปัญหาและรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 56 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.30 ช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 31.40 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 48.20 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 51.80 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ 1-5 ปี ร้อยละ 57.10 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ระดับปานกลาง ($\mu=2.76$, $\sigma=1.00$) การรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรทั้ง 10 ประการ ระดับปานกลาง ($\mu=2.57$, $\sigma=0.36$) และการได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแล ระดับปานกลาง ($\mu=2.62$, $\sigma=0.56$)

จากการศึกษาพบว่าอำเภอลับแล มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 171 คน มีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในการดูแลของหน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 แห่ง ข้อมูลการประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนมกราคม 2566 พื้นที่ตำบลชัยชุมพล 21 คน และฝายหลวง 10 คน รวม 31 คน พบว่า มีความเสี่ยง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุปัญหาที่พบในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. ข้อจำกัดการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บางครั้งด้วยความยุ่งยากของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้การสื่อสารบางรายไม่สามารถสื่อสารเป็น

คำพูดได้ แต่ยังรับรู้ได้ ที่ต้องใช้ภาษาทางกาย และ
ครอบครัวช่วยสื่อสาร ดังผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวว่า

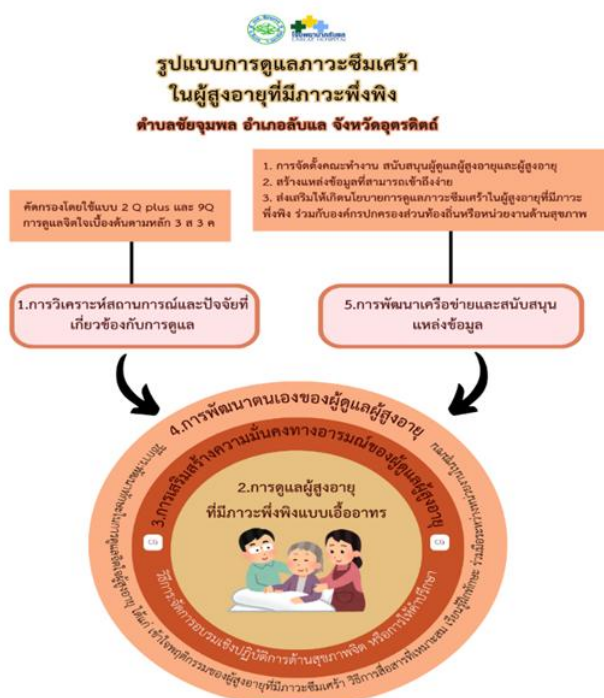
“ มีลุง... แกพูดไม่ได้ แต่รับรู้ได้ไ้ยในเวลาเราพูด แกจะ
กระพริบตา บางครั้งเพยักหน้า ”

“ ป้า...ตามองไม่เห็น แต่จะจำเสียงได้ว่า เรามาแล้ว แก
จะบอกว่ามาแล้วหรอ คิดถึง”

2. บางสถานการณ์ เกิดความไม่มั่นใจ ในการ
จัดการ วิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุ และครอบครัว
การประทับประครองดูแล การแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้าน
กายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ยังคงต้องการ
การช่วยเหลือและการมีส่วนร่วมจากในครอบครัวของ
ผู้สูงอายุ หน่วยงาน และชุมชน

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุดำเนินการคัดกรองหรือประเมิน
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปีละ 1 ครั้ง
ร่วมกับบอสม. และเจ้าหน้าที่ พบว่า ไม่มีความมั่นใจในการ
ใช้แบบคัดกรองเนื่องจากเข้าใจว่าเป็นคำถามนำ

2. รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้สรุปการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลชัยภูมิ อำเภอ
ลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ตามภาพที่ 1 ประกอบด้วย
5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะซึมเศร้า 2) การดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงแบบเอื้ออาทร 3) การเสริมสร้างความมั่นคง
ทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาตนเองของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 5) การพัฒนาเครือข่ายและสนับสนุน
แหล่งข้อมูล

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ 9 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 21 คน
มีการรายงานข้อมูลทุกเดือน และมีผู้สูงอายุเสียชีวิต 1 คน
ผู้สูงอายุที่สื่อสารได้ 17 คน ใช้แบบประเมิน 2Qplus มีความ
เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15
สื่อสารได้น้อย 3 คน เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงและสื่อสาร
ได้น้อย ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะนำการดูแลแบบเอื้ออาทร
10 ประการ คือ 1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์
ของผู้อื่น 2) สร้างความศรัทธาและความหวัง 3) ปลุกฝัง
ความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น 4) สร้าง
สัมพันธ์ภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ 5) ส่งเสริมและ
ยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ 6) ใช้วิธีการ
แก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ 7) ส่งเสริมการเรียน
การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น 8) ประคับประคองสนับสนุน
และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ จิตสังคม และจิต
วิญญาณ 9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความ
ต้องการของบุคคลอื่น และ 10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มี
อยู่ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง โดยใช้หลัก 3ส3ค คือ ส1 สังเกตและติดตามลักษณะ
ที่เปลี่ยนไป ส2 ส่งเสริมทัศนคติของครอบครัวที่ดูแล และ
เป็นผู้พึ่งพิงที่ดี คือ “ค่อยๆปรับ ค่อยๆเปลี่ยน ค่อยๆดีขึ้น”
ส3 สร้างสรรค์กิจกรรมที่เหมาะสม

ผลจากการรอบที่ 1 ผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
สำหรับการแจ้งเตือนและส่งแบบประเมินออนไลน์ผ่าน Google
Forms (https://forms.gle/MUZqsk4_b8_hsyztb6)
เพื่อความสะดวกในการใช้งาน ลดการใช้กระดาษ และ

แก้ไขปัญหาคิดถึงบางคนไม่สะดวกใช้โทรศัพท์ระหว่างทำงานด้วยการใช้แบบรายงานที่บ้านแทน ได้แก่ ระบบการแจ้งเตือนฯ แจ้งเตือนทุกวันจันทร์ ช่วงเวลา 09.00-09.30 น. ซึ่งติดประกาศในไลน์และโน้ต กลุ่ม Caregivers (CG)



ภาพที่ 2 แอปพลิเคชันไลน์แจ้งเตือน



ภาพที่ 3 การส่งแบบประเมินผ่าน Google Forms

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุ 61 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 55.60 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 66.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.60 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง 6-10 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัย ก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test (N= 9 คน)

ตัวแปร	ระยะทดลอง	μ	σ	Z	p-value
ปัจจัยภายในตัวบุคคล(ความมั่นคงทางอารมณ์)	ก่อน	1.42	.25	-2.380 ^a	.007
	หลัง	2.60	.74		
ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร	ก่อน	2.77	.17	-2.668 ^a	.008
	หลัง	3.40	.57		
ปัจจัยภายนอกการได้รับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร	ก่อน	2.88	.16	-2.714 ^a	.007
	หลัง	3.86	.28		

a. Based on Positive Ranks b. Based on Negative Ranks

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความมั่นคงทางอารมณ์ การรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร การได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 9)

ความพึงพอใจ	μ	σ	ระดับ
1. ด้านความเป็นประโยชน์	4.14	.16	มาก
2. ด้านความเป็นไปได้	4.28	.18	มาก
3. ด้านความเหมาะสม	3.92	.28	มาก
4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม	4.04	.17	มาก
ภาพรวม	4.18	.17	มาก

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\mu=4.18, \sigma=0.17$)

การอภิปรายผล

จากปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสาร เนื่องจากข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความไม่มั่นใจในการจัดการ และการประเมินภาวะซึมเศร้า รูปแบบการพัฒนาในงานวิจัยนี้เน้นการเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาเครือข่ายสนับสนุน โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการดูแลผู้สูงอายุและสุขภาพจิตของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถรับมือกับภาระและความเครียดได้ดีขึ้น การสนับสนุนเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลได้รับการอบรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอจากแหล่งต่างๆ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการอารมณ์และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนารักษ์ แบ่งทิศ (2562) และชนายุส คำโสม และคณะ (2562) ที่พบว่า ความมั่นคงทางอารมณ์และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญต่อการดูแลแบบเอื้ออาทร จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาเครือข่ายสนับสนุน และการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์

ศุโขธร (2565) ที่เน้นความสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

สรุปผล

การพัฒนา รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การเข้าร่วมทดลองรูปแบบ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นคงทางอารมณ์ รับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร และการได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุป รูปแบบที่พัฒนาในงานวิจัยนี้มีศักยภาพสูงในการนำไปใช้ในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้กับตนเอง และในการปฏิบัติงาน จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การพัฒนาทักษะในการคัดกรอง ดูแลจิตใจในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการบูรณาการกับงานบริการสาธารณสุขในชุมชน โดยการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงด้านข้อมูล แหล่งทรัพยากร คำแนะนำปรึกษา และการส่งต่อด้านสุขภาพจิต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยติดตามผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบ

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลในช่วงเวลาที่ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ กิตติพงศ์ อุบลสะอาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ นายธวัชชัย นาคสนอง หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม นางสาวรุ่ง จันทร์เส็ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด บุคลากรโรงพยาบาลลับแล ผศ.ดร.ประภาพร เมืองแก้ว ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ อาจารย์ดร.พงศ์พิชญ์ บุญตา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก นายพิทยาธร แก้วหลวง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหาดเสี้ยว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย อาจารย์ดร.ดวงกมล ภูวนล และนางอรณิชา แผงจันทร์ รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิพล และอาจารย์ดร.สมนึก หงส์อิม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของกระทรวงสาธารณสุข. กอง. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.(2565). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/561>.
 ชาญสุ คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 193-207.

พัชรีย์ พุทธชาติ และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนกับการให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *J Gerontol Geriatr Med*. 21(3), 49-63.
 ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 22(3), 63-80.
 รัตนภรณ์ แบ่งทิศ. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (ฉบับปรับปรุงปี 2560). โรงพยาบาล.
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2565). เอกสารผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2565. สำนักงาน.
 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2563). หลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สำนัก.
 หทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ. (2559). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุสูตรคลายซึมเศร้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). <https://www.the101.world/depression-and-ageing-society/>
 Watson, J. (1988). *Nursing the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University press.
 World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.