

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียด และได้กำหนดหัวข้อที่ศึกษาตามลำดับคือ ผู้สูงอายุ (Elderly) ภาวะซึมเศร้า (Depressed) การพัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Development of a Geriatric Depression Screening Scale) และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผู้สูงอายุ (Elderly)

Birren (quoted in Hogstel, 1981:81) ได้กล่าวว่า "การกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุ นั้น ต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และ สังคม"

Elaine Cumming and William Henry (1961) "กระบวนการผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะ คือค่อยๆ หนึ่ง หรือถดถอยออกจากสังคม"

Harvighurst (1963) "การรักษาระดับของกิจกรรมที่จะให้คงไว้ และให้เหมาะสมกับกระบวนการความสูงอายุ"

Newgarten (1964) "การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และแบบแผนของชีวิตแต่ละบุคคล"

ความหมายของผู้สูงอายุ

ประสพรัตน์ (2522:1) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามนโยบายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

บรรลุ ศิริพานิช (2530:1) ได้กล่าวไว้ว่า การที่เรียกผู้สูงอายุ นั้นต้องเอาอายุเป็นหลัก เอาตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นหลักสากลทั่วโลก

เอก ธนะศิริ (2534:1) ได้พูดถึงความชราว่า เป็นความเสื่อมในเซลล์ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของบุคคล

ดังนั้นจึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จัดว่าเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอย การทำงานลดลง ตา หู เสื่อมมากขึ้น สุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นปัญหา

การจำแนกลักษณะผู้สูงอายุ

ความสูงอายุมีความหมายกว้างขวางมาก ซึ่งขึ้นกับผู้ศึกษาว่าจะเน้นความสำคัญทางด้านใด แต่พอจะรวบรวมเป็นหมวดหมู่ได้ดังนี้

1. ความสูงอายุในเชิงชีวภาพ (Biological age) เป็นการคาดคะเนถึงประสิทธิภาพของการทำงานของร่างกาย ซึ่งจะเป็นไปตามอายุขัย (life span) การวัดความสูงอายุเชิงชีวภาพ จะทำได้โดยดูจากความสามารถในการทำหน้าที่ ของอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ของร่างกาย เช่น ตับ หัวใจ สมอง เป็นต้น ผู้ที่มีอายุน้อย ย่อมมีประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย ได้สูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก นอกจากนี้ ผู้ที่มีอายุน้อยในเชิงชีวภาพ จะมีการคาดหวังตามอายุขัย (life expectancy) สูงกว่าผู้สูงอายุมาก

2. ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยา (Psychological age) เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลว่า ควรจะมีการปรับตัวอย่างไรดีจึงจะสามารถเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีอายุเท่าๆกัน ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยานี้ มีความสำคัญเสมอเท่ากับความสามารถในการทำงานของอวัยวะที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น สมอง ระบบการไหลเวียนของโลหิต ซึ่งจะพิจารณาความสามารถเหล่านี้ได้จาก ความจำ การเรียนรู้ สถิติปัญหาความชานาญความรู้สึก แรงจูงใจ และ อารมณ์ ความสูงอายุ ในเชิงจิตวิทยานี้มีความหมายเดียวกับความสูงอายุในเชิงการปฏิบัติหน้าที่ (functional age) ซึ่งหมายถึงระดับความสามารถของแต่ละบุคคล ที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสมกับวัยของตนเองในสังคมนั้นๆ

3. ความสูงอายุในเชิงสังคม (social age) หมายถึงบทบาท และนิสัยทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในสังคมเดียวกัน โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีอายุเท่าๆกัน คุณลักษณะทางชีวภาพ และ จิตวิทยาของบุคคลจะมีผลต่อแบบฉบับและ คุณค่าทางสังคมได้

ในการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological Theories) และทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial Theories) นั้น ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคมเท่านั้น

ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial Theories)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุมักจะเป็นพร้อมๆ กัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกันซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว และมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่

1. ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory)
2. ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The activity theory)
3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory)

1. ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory)

Elaine Cumming and William Henry, (1961) พบว่ากระบวนการของความสูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ หนีหรือถดถอยออกไป ทีละน้อยๆ จากคนอื่นๆ ในสังคม ซึ่งแต่ละคนก็มีความสุข ความพอใจ และได้รับประโยชน์ร่วมกันเพราะจะได้รับอิสระจากกฎต่างๆ ของสังคม (อ้างใน จันทนา รณฤทธิชัย, 2533 : 57) ทฤษฎีนี้ไม่ได้บ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ที่ถดถอยหนีแต่ผู้สูงอายุจะมีความสุขอย่างมากถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าสิ่งแวดล้อมดี ลักษณะทางสังคมดี มีการยอมรับเปิดโอกาส และเคารพในตัวผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าที่จะถดถอย แต่การที่ผู้สูงอายุถดถอยจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่นการเกษียณอายุราชการ ทำให้ความสัมพันธ์ร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลงไป บุตรแยกครอบครัวออกไป คู่สมรสเสียชีวิตหรือตนเองหมดสภาพหัวหน้าครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุถดถอยออกมาจากสังคม

2. ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The activity theory)

Havighurst (1963) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตเหมือนกับคนที่อยู่ในวัยกลางคน และจะปฏิเสธที่จะมีชีวิตแบบคนสูงอายุนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ลักษณะของสังคมจะต้องมีแบบแผน ให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน (อ้างใน จันทนา รณฤทธิชัย, 2533: 57) ทฤษฎีนี้แนะนำถึงการรักษาระดับของกิจกรรมที่จะให้คงไว้และให้เหมาะสมกับกระบวนการความสูงอายุ เช่นการเล่นกิจกรรมที่ใช้สติปัญญาแทนการใช้กำลังเมื่อความสามารถในการทำงานลดลง เพื่อทดแทนการทำงานต่างๆ เมื่อลาออกแล้ว ส่งเสริมให้มีเพื่อนใหม่บ้าง การมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น ฉะนั้นควรตระหนักให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่อไปเมื่อมีอายุมากขึ้น ในสังคมปัจจุบันจะปฏิเสธคนที่ไม่ยอมมีกิจกรรม ฉะนั้นควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่อไป เพื่อความมั่นคงและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า

ค่าและผาสักต่อไป

นอกจากนี้เชื่อว่า สุขภาพมีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมด้วย และถ้ากิจกรรมในสังคมใดสังคมหนึ่งลดลงก็จะมีผลให้อีกสังคมลดลงด้วย ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงดี หรือได้ทำประโยชน์ให้กับสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาตนเองต่อบทบาทใหม่อยู่เสมอ

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory)

ทฤษฎีนี้เป็นผลมาจากการศึกษา เพื่อหาข้อขัดแย้งจากทฤษฎีที่ดลออกจากสังคมและทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน Newgarten (1964) ได้ศึกษา และนำทฤษฎีทั้งสองวิเคราะห์พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข มีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบกิจกรรมร่วมกันในสังคม ก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษ ไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ก็ย่อมจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น (อ้างใน จันทนา วัฒนวิชัย, 2533: 58)

ทฤษฎีนี้มีหลายรูปแบบ ที่ผู้สูงอายุจะแสดงออกมา รูปแบบนั้นๆ จะสะท้อนถึงปฏิกริยาซับซ้อน ระหว่างบุคลิกภาพของแต่ละคน และสภาพแวดล้อมของสังคมโดยทั่วไปจะสะท้อนให้เห็นถึงอุปนิสัย การตัดสินใจ ความพอใจ อารมณ์ ซึ่งแต่ละคนมีแบบแผนตั้งแต่วัยต้นๆ ของชีวิต รูปแบบการตัดสินใจของทฤษฎีนี้ เน้นที่บุคลิกภาพ กิจกรรมและความพอใจ ทฤษฎีนี้อาจเรียกว่า ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพและจิตสังคม เป็นกระบวนการของความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกัน และนั่นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ควรจะทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและสามารถประเมินปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเพื่อนำมาวางแผนในการดูแลให้บริการแก่ผู้สูงอายุ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจในทฤษฎีของความสูงอายุทั้งเชิงชีวภาพ และจิตสังคม เพื่อนำความรู้มาใช้อย่างเหมาะสม ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ภาวะซึมเศร้า (Depressed)

Kallio (อ้างถึงใน Roberts, S.L 1986) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลผลิตของการเรียนรู้การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพราะทำให้บุคคลไม่เกิดการเรียนรู้ และขาดความสุขสบาย ภาวะซึมเศร้า มักสังเกตได้จากการไม่ยอมให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อารมณ์เฉื่อยล้า และความมีคุณค่าในตนเองลดลง ภาวะซึมเศร้านักเกิดหลังจากบุคคลได้รับอุบัติเหตุ ทำให้ภาพลักษณ์ของตนเองด้อยค่า หมกมิดและเศร้าภาพ

Saligman (1974) อ้างว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะที่แสดงว่า บุคคลหมดหวังมีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ หรือขัดต่อความหวังที่ตั้งไว้ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ต้อยต่ำ บุคคลมักจะพุ่งไปแต่ความสูญเสียที่ทำให้ตนเองไม่ประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลวในชีวิต

Jasmin และ Trystad (1979) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการระดมความคิด ความรู้สึก ปฏิกริยา ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองต้อยต่ำ เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย แยกตัวเอง ไม่ปรากฏจะเข้าสังคม

ภาวะซึมเศร้าอาจจะเป็นอาการคล้ายๆ กับโรคทางเดินหายใจ เหมือนกับความผิดปกติในโรคอื่นๆ แต่เป็นอาการของภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น เสียใจ บุคคลจะละเลยกิจกรรมที่เคยทำหรือปฏิบัติ หลีกเลี้ยงผู้อื่นหลบหนีและแยกตัวเอง

ภาวะซึมเศร้า อาจจะหมายถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะทางอารมณ์ ซึ่งเกิดพร้อมกับความกดดันความวิตกกังวล จนทำให้บุคคลแยกตัวเองจากกิจกรรมที่เคยทำในชีวิตประจำวัน และแยกตัวเองออกจากโลกภายนอก ทำให้รับรู้ว่าตนเองต้อยต่ำและการรับรู้แปรปรวน

สรุปแล้วภาวะซึมเศร้าอาจจะอธิบายได้ว่า เป็นความรู้สึก ปฏิกริยา หรืออาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกที่ทุกคนตระหนักว่า ตนเองอยู่ในภาวะสูญเสีย

สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Critchley, D.L. และ Maurin, J.T., (1985) อ้างว่า ผู้สูงอายุมักจะมองตนเองว่าต้อยต่ำ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าเมื่อรู้ว่าตนเอง ดูไร้คุณค่า ซึ่งบางครั้งได้ทำงาน หรือต้องดูแลเลี้ยงลูกหลาน ลูกหลานที่ได้ดูแลผู้สูงอายุจะไม่พอใจในบทบาทนี้ บางคนก็พอใจที่จะให้การประคับประคองช่วยเหลือ ความเศร้าก็คลายไป แต่ถ้าไม่มีใครดูแลเอาใจใส่ ความเหงา ความเศร้าในวัยสูงอายุจะทวีคูณ

ในวัยสูงอายุบางครั้งชอบแยกตัวเอง การต้องอยู่บนกับลูกหลานยังทำให้หนักหุ้ร่าคาญ ผู้ใหญ่บางคนที่อายุเกิน 80 ปีมักจะบ่นว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นไม่อยากย้ายไปอยู่กับคนอื่นๆ ถ้าได้ย้ายไปอยู่ร่วมกับลูกหลานยิ่งเศร้าและสับสนยิ่งขึ้น วัยสูงอายุบางคนมีช่องว่างระหว่างวัยยอมรับในความแตกต่างของวัยเด็กๆ ไม่ได้ ชอบแยกตัวออกจากคนวัยเด็กรุ่นลูกหลาน

ถึงแม้ว่า บุคคลเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ จะไม่เกิดอาการทางจิตเสมอไป แต่มักจะมีภาวะแปรปรวนทางอารมณ์ เช่น เกิดความกดดันเคร่งเครียด เป็นผลทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่เสมอภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุมักเกิดจากภาวะ หรือสถานการณ์วิกฤติ ในครอบครัว 4 ประการ ดังนี้

1. เกิดจากความเป็นอิสระเสรีของบุตรหลาน การจากไปของลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเหมือนนกที่ไร้รังหรือว่าเหว
2. การที่ต้องเกษียณจากการทำงาน
3. เกิดภาวะเจ็บป่วย ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล
4. ภาวะครอบครัวเกิดปัญหาเช่น สูญเสียสามี ภรรยา จากการเสียชีวิต หรือ การหย่าร้าง

Butler และ Lewis (1982) อธิบายว่า ผู้สูงอายุมักมีอาการเจ็บป่วยทางจิตชนิด Unipolar disorders มากที่สุด

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถ้าเป็นอย่างชนิดอ่อนๆ ไม่รุนแรง จะเรียกว่า Cyclothymic หรือ Dysthymic บางครั้งอาการซึมเศร้า หรือภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะถูกจำแนกอย่างไม่ถูกต้อง เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันกับภาวะวิกฤติ มีความคล้ายคลึงกับภาวะความเศร้าโศกของการสูญเสีย ภาวะความซึมเศร้าในวัยชราจะแอบแฝงอยู่กับอาการทางจิต ที่มีอาการแสดงของการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย (Hypochondriasis) หรือการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุที่เปี่ยมไปด้วยความเจ็บเหงาว่าเหว

นอกจากนั้นภาวะซึมเศร้าวัยชรา อาจมีผลมาจากปัจจัยของชีวเคมีทางสมองด้วยเช่น

1. Catecholamine ซึ่งประกอบด้วย Dopamine และ Norepinephine มีความแปรปรวน
2. การหลั่งของสาร Catecholamine ลดลง
3. การหลั่งของสาร Serotonin ลดลงอย่างมาก

ผลของการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีที่สมองมีผลต่อภาวะซึมเศร้าชนิด External และชนิด Endogenous ถึงแม้ว่าเราจะไม่สามารถละเลยเรื่ององค์ประกอบ หรือ ปัจจัยทางชีวเคมีทางสมอง แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ยังเชื่อในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพในสังคม ระบบประคับประคองจากครอบครัวและชุมชน การรับรู้ตนเองด้อยค่า การรับรู้ว่าคุณเองอยู่ในภาวะความเครียด ความรู้สึกผิด ความโกรธที่สะสมไว้โดยไม่หาทางระบายออก การได้การสัมผัสของสารเสพติด การมีพฤติกรรมรักษาสุขภาพของตนเองและการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยชรา

Rawlins และ Heacock (1988) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ เป็นความแปรปรวนของอารมณ์ที่เป็นพยาธิสภาพ มีความผิดปกติของความรู้สึก ทศนคติและความเชื่อที่

มีต่อตนเองและบุคคลอื่น บุคคลมีความรู้สึกมองโลกในด้านร้าย สูญเสียหมดหวัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มองตนเองด้อยค่า มีความรู้สึกผิดคาดหวังผู้อื่น มีความประหวัดวันพรุ่งนี้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคล้ายกับความเสียใจเกิดจากสถานการณ์มาคุกคาม เช่นการสูญเสียบุคคลที่รัก แทนที่ผู้สูงอายุจะยอมรับ หรือทำใจได้ต่อการสูญเสีย ผู้สูงอายุกลับปฏิเสธ หลีกเลี้ยง และเกิดภาวะซึมเศร้ายิ่งขึ้น

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจจะเป็นอาการเจ็บป่วย หรือเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุมักแสดงความเฉื่อยชา ทางด้านร่างกาย วุ่นวายสับสน ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคจะประกอบไปด้วย Bipolar หรือ Unipolar

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งแบ่งเป็นปัจจัยทางชีวภาพ ทางอารมณ์ทางด้านสติปัญญา ทางด้านสังคม ซึ่งรายละเอียดของปัจจัยสำคัญมีดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

- 1.1 ความแปรปรวนของโครงสร้าง หน้าที่ของสมอง และระบบประสาท เนื่องจากความมีอายุ
- 1.2 การแปรปรวนของชีวเคมี เช่น สาร Norepinephine Serotonin ลดลง สาร Steroid มีเพิ่มขึ้น
- 1.3 การเผาผลาญของร่างกายลดลง
- 1.4 ความบกพร่องในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง
- 1.5 ขาดพลังกำลัง ร่างกายอ่อนแรง เหนื่อยล้า
- 1.6 การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลงหรืออาจจะเร็วขึ้นในรายที่วุ่นวายสับสน
- 1.7 ติดสารเสพติด เช่น สุรา
- 1.8 มีความคิดจะทำลายตนเอง
- 1.9 มีอาการเต้นของหัวใจเร็วร่วมด้วย
- 1.10 อาจเกิดจากสาเหตุกรรมพันธุ์
- 1.11 อาจเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ
- 1.12 อาจเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย

2. ปัจจัยทางด้านอารมณ์

- 2.1 ไม่ยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่นวิตกกังวล ความกลัว ความแค้น ความไม่เป็นมิตร
- 2.2 ความคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้
- 2.3 การสะสมความไม่เป็นมิตรอย่างไม่รู้ตัว สะสมความอาฆาต ความแค้น

ความอิจฉาริษยา มีอารมณ์โกรธต่อการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกผิด และคิดจะลงโทษตนเอง

- 2.4 ความต้องการความรัก และได้รับการยกย่องจากผู้อื่น ต้องการคำสรรเสริญจากผู้อื่นมากเกินไปจนจำเป็น
- 2.5 ความรู้สึกหมดหวังและช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 2.6 ความโกรธอย่างรุนแรง และหักเหความโกรธเข้าหาตนเอง กลายเป็นความซึมเศร้า

3. ปัจจัยทางด้านสติปัญญา

- 3.1 ภาวะซึมเศร้านักเกิดร่วมกับการสูญเสีย และความเครียดในชีวิตตนเอง
- 3.2 ความมั่นคงในจิตใจไม่สามารถเผชิญกับการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม
- 3.3 การรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่ตนเองต้องเผชิญในด้านลบ
- 3.4 ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลต่อเหตุการณ์ที่มากกระทบแทนที่จะรับรู้ความเป็นจริง
- 3.5 มีทัศนคติต่อตนเองในด้านลบ มองโลกในด้านร้าย ทำให้ตัดสินใจไม่ได้ สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ได้ไม่ดี
- 3.6 การรับรู้สิ่งต่างๆ ในด้านลบ จะฝังแน่นกลายเป็นความเครียดเรื้อรังเปลี่ยนแปลงไม่ได้
- 3.7 ความแปรปรวนของความคิดฝังแน่นทำให้คิดแปลกๆ ความคิดสร้างสรรค์ลดลง มีความคิดฝังแน่นผิดๆ
- 3.8 ความไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผล
- 3.9 มีความคิดว่าตนเองควบคุมสถานการณ์นั้นๆ ไม่ได้

4. ปัจจัยทางด้านสังคม

- 4.1 ภาวะซึมเศร้า เป็นวิสัยหนึ่งของการเผชิญปัญหาของบุคคล เมื่อบุคคลมีภาวะวิตกกังวล มักเกิดจากการไม่ได้เป็นที่ยอมรับของบุคคลสำคัญในชีวิต
- 4.2 การที่ไม่สามารถทำตามความคาดหวังของบิดามารดา
- 4.3 ความต้องการพึ่งพาผู้อื่น
- 4.4 ภาวะซึมเศร้า เป็นทางออกที่จะควบคุมผู้อื่นให้ทำตามปรารถนาของตนเอง
- 4.5 ภาวะซึมเศร้า เป็นการแสดงว่าเอาชนะตนเองไม่ได้ เป็นความตั้งใจที่จะแก้แค้น หรือตอบแทนผู้อื่นให้สาสม
- 4.6 มีเหตุการณ์ต่างๆ เช่น สูญเสีย ผิดหวัง
- 4.7 แยกตัวเอง ไม่สนใจสังคม

- 4.8 ไม่ได้รับการตอบแทนในด้านดี ได้รับแต่ด้านร้าย และความเจ็บปวดจากสังคมและสิ่งแวดล้อม
- 4.9 ได้รับการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 4.10 ได้รับการเลี้ยงดูโดยการได้รับแต่อารมณ์ และการแสดงออกในด้านลบจากบุคคลสำคัญในชีวิต
- 4.11 การสูญเสียเริ่มมีผลต่อคุณค่าของตนเอง
- 4.12 วัฒนธรรมและประเพณี บางครั้งมีผลต่อความเศร้าโศก และ ความซึมเศร้า

Dominian, J. (1976) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้านักเป็นในช่วงหลังของอายุมากที่สุด ถึงแม้ว่าจะเป็นในทุกวัย ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการมากและรุนแรง มีอาการหลงผิดมีอาการแปลกๆ เช่น หลงผิดคิดว่าอวัยวะต่างๆ ของร่างกายไม่มีถูกตัดไป หรือล่าช้า หัวใจและสมองไม่ทำงาน บุคคลจะมีอาการร่วนวายสับสน และอาการเสื่อมของจิตใจอาการจะคล้ายคลึงกับโรคจิตในคนชรา

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มี 2 ประเภท มีทั้งชนิดที่เกิดจากภายใน และชนิดที่เกิดจากภายนอก ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันดังนี้

ลักษณะทางด้านจิตใจ	Endogenous (สาเหตุจากภายใน)	Reactive (สาเหตุจากภายนอก)
อารมณ์	อาการซึมเศร้าเป็นมาก ต่อเนื่อง และเป็นรุนแรงมากในช่วงเช้า	อารมณ์ซึมเศร้าน้อย ง่าย และค่อยๆ มีอาการเลวลง มักเป็นในตอนเย็น และเมื่ออยู่คนเดียว
การเคลื่อนไหวร่างกาย	ช้า คิดช้า ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ช้า	ซึม มีอาการที่เด่นชัด
ร่วนวาย	มีอาการร่วนวายชัดเจน	
วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย		วิตกกังวล และหงุดหงิด เป็นหลักใหญ่

ลักษณะทางด้านจิตใจ	Endogenous (สาเหตุจากภายใน)	Reactive (สาเหตุจากภายนอก)
มีความรู้สึกด้อยค่า ไร้ประโยชน์ และ หมดหวัง	สังเกตเห็นซึมเศร้าอย่างมาก	ไม่เห็นอาการซึมเศร้า แต่เห็น อาการแปรปรวนของบุคลิกภาพ
ความหลงผิด ประสาทมลอน	อาจจะเห็นได้ อาจจะมมีอาการ	ไม่เห็น ไม่มี
การนอนไม่หลับ	เป็นในช่วงเช้า	นอนหลับได้ยาก และตื่นบ่อยๆ
การรับประทานอาหาร และน้ำหนักตัว	รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลดชัดเจน	น้ำหนักเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย
เพศสัมพันธ์	ไม่สมบูรณ์	ไม่เปลี่ยนแปลง
พลังกำลัง	ลดลงอย่างมาก	ลดเล็กน้อย
ความเจ็บปวดทางกาย	อาจหายไปถ้าอาการซึมเศร้า ดีขึ้น	อาจจะหายหรือยังคงเจ็บปวด ต่อไป

ตาราง 1 : ลักษณะของภาวะซึมเศร้า

ที่มา : Dominian , J. 1976 : 37-39

Buckwalter และ Stolley (1991) อธิบายว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าในบ้าน ครอบครัวควรมีความเข้าใจพฤติกรรมและอาการที่แสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

อาการ	พฤติกรรมที่แสดงออก
อารมณ์แปรปรวน	<ul style="list-style-type: none"> - เสียใจ ร้องไห้ ทรมกำลังใจ ทอดหวัง - วิตกกังวล มีอาการ Panic หงุดหงิด หวาดระแวง - แสดงออกถึงความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ ไม่มีความรื่นเริง เชื่องช้า ไม่มีความนึกคิด
การรับรู้ต่อตนเองแปรปรวน	<ul style="list-style-type: none"> - แยกตัวเองจากกิจกรรมที่เคยทำ
การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมผิดๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ทรมพลังทางเพศ - มีความรู้สึกตนเองไร้ค่า - กลัวอย่างไร้เหตุผล - มีความประหวั่นพรึงต่อความล้มเหลว - มีความหลงผิดในเรื่องของความยากจน - มีอาการประสาทหลอน (ในช่วงเช้า) - มองตนเองและผู้อื่นในด้านร้าย - เฉื่อยช้า
ร่างกายเคลื่อนไหวช้า	<ul style="list-style-type: none"> - เคลื่อนไหวร่างกายช้าลง - นั่งลงที่พื้น แกว่งมือ ดึงผม ดึงเสื้อผ้า - นอนไม่หลับ - น้ำหนักเปลี่ยนแปลง - ความรู้สึกอยากอาหารลดลง - เหนื่อยง่าย

อาการ

พฤติกรรมที่แสดงออก

- บ่นแต่เรื่องความเจ็บป่วยทางกาย
- สมาธิสั้นๆ การตัดสินใจช้า
- พุดซ้ำ อารมณ์ราบเรียบ
- มีความคิดแต่ในเรื่องของความตาย
การฆ่าตัวตาย การพยายามจะฆ่าตัวตาย
- ท้องผูก
- หัวใจเต้นเร็ว

ตาราง 2 : ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า

ที่มา : Buckwalter ,K.C. and Stolley, J. 1991 : 136-140

การปฏิบัติการช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

Heacock, R. (1988) อธิบายว่าปฏิบัติการช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรคำนึงในหลายๆด้าน เช่น ทางด้านชีวภาพ ทางด้านอารมณ์ ทางด้านสติปัญญา ทางด้านสังคม ดังต่อไปนี้

1. ทางด้านชีวภาพ

- 1.1 เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในรายที่ซึมเศร้าจัด
- 1.2 เน้นความสะอาด และการรักษาสุขภาพอนามัย
- 1.3 ป้องกันภาวะการทำลายตนเอง
- 1.4 ให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 1.5 ให้ได้รับประทานอาหารที่เหมาะสม
- 1.6 ช่วยเหลือเอาใจใส่ในขณะเจ็บป่วยทางกาย

- 1.7 กระตุ้นให้ทำงานทำเล็กๆ น้อยๆ
- 1.8 แสดงความรักใคร่โดยการจับสัมผัส
- 1.9 พยายามให้ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เมื่อมีอาการ
ไม่ซึมเศร้าจัด

2. ทางด้านอารมณ์

- 2.1 ช่วยเหลือให้ได้ระบายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า เช่น
(โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด กลัว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้)
- 2.2 รับฟังผู้สูงอายุอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสินใจในพฤติกรรม
- 2.3 แสดงความนับถือผู้สูงอายุ
- 2.4 ช่วยให้ผู้สูงอายุได้อธิบายถึงความรู้สึกค้อยค่าของตนเอง
- 2.5 ช่วยให้ผู้สูงอายุได้อธิบายความรู้สึกในด้านดีต่อตนเอง
- 2.6 ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ระบายประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต
- 2.7 ให้ผู้สูงอายุอธิบายถึงพฤติกรรมที่ทำไปอย่างกระตือรือร้น
- 2.8 ให้ผู้สูงอายุรับผิดชอบควบคุมอารมณ์ของตนเอง
- 2.9 พยายามหลีกเลี่ยง เบี่ยงเบน การพูดถึงความเจ็บปวด หรือ ความคิดที่
หมกหมุ่น

3. ทางด้านสติปัญญา

- 3.1 อธิบายให้ผู้สูงอายุทราบถึงอาการของภาวะซึมเศร้า
- 3.2 ให้เวลาผู้สูงอายุในการซักถาม
- 3.3 ช่วยให้ผู้สูงอายุทราบความแตกต่างของความคิดและความรู้สึก
- 3.4 ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจต่อความคิดในด้านลบและความเชื่อที่ไม่เหตุผล
- 3.5 ช่วยให้ผู้สูงอายุแยกความแตกต่างของความคิดเห็นและความเป็นจริง
- 3.6 ช่วยให้ผู้สูงอายุจำกัดเวลาของความวิตกกังวลให้ลดลง
- 3.7 สอนให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาวะซึมเศร้าและหาสิ่งทดแทนโดยการทำงาน
- 3.8 ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีจิตใจเบิกบาน แทนที่จะลงโทษหรือวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง
- 3.9 ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินความต้องการของตนเองอย่างแท้จริงและประเมิน
ความล้มเหลว
- 3.10 สอนให้ผู้สูงอายุมีวิธีแก้ไขปัญหาคู่ที่เหมาะสม (Problem solving)

4. ทางด้านสังคม

- 4.1 ควรพบปะสังสรรค์กับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ
- 4.2 เมื่อพูดคุยกับผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจัด ควรพูดอย่างสั้นๆ แต่พูดด้วยบ่อยๆ
- 4.3 ให้มีกำลังใจ และเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น
- 4.4 ให้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มประคับประคอง
- 4.5 ให้เข้ากลุ่มครอบครัวบำบัด
- 4.6 ให้ผู้สูงอายุพูดถึงปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 4.7 อธิบายให้ผู้สูงอายุรับทราบว่า ผู้อื่นอาจจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทุกอย่าง
- 4.8 ช่วยให้ผู้สูงอายุ พูดคุยถึงตนเองในด้านดี และพูดถึงผู้อื่นในด้านดี
- 4.9 สอนให้ผู้สูงอายุสนใจในกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทางสังคม
- 4.10 สอนให้ผู้สูงอายุให้ความมั่นคงต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น เพื่อให้ปล่อยวาง และยอมรับเสียงสะท้อนจากผู้อื่นในด้านลบ

Narrow และ Buschle (1982) อธิบายว่าผู้ซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุควรจะได้รับ การช่วยเหลือในด้านการสื่อสารการดูแลร่างกาย การดูแลประจำวันซึ่งรายละเอียดของ การช่วยเหลือมีดังนี้

1. การสื่อสารที่เป็นการบำบัดรักษา

- 1.1 เน้นการสร้างสัมพันธภาพในเชิงบำบัดรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง
- 1.2 ไม่ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกเรง หรือไม่คิดอะไรต่อความรู้สึกผิดผู้สูงอายุจะไม่รู้สึกเรงแต่กลับรู้สึกผิด และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่ายิ่งขึ้น
- 1.3 ขอมรับในการระบายความรู้สึกในด้านลบ โดยยกหนึ่งเฉยๆ เป็นเพื่อนไม่จำเป็นต้องคาดคั้นให้ผู้สูงอายุพูด
- 1.4 หลีกเลี่ยงคำพูดที่ทำให้ต้องตัดสินใจอย่างทันทีทันใด เช่น "คุณอยากจะทำอะไรดี" หรือ "น้ำร้อนเตรียมแล้วจะอาบเดี๋ยวนี้ไหม" เป็นต้น
- 1.5 ขอมให้ผู้สูงอายุได้ระบายความโกรธ
- 1.6 พยายามให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงความรู้สึก



2. การดูแลร่างกาย

ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวช้า ไม่สามารถสนองความต้องการของร่างกายตนเองได้ ผู้สูงอายุชอบนั่งและนอนนานๆ ไม่รับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ นอนไม่หลับ ท้องผูก เลือดลมเดินไม่สะดวกควรดูแลในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล และระวังในเรื่องการติดเชื้อเนื่องจากไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ปอดบวม และ ภาวะทิวโภชนา

3. การดูแลประจำวัน

ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าควรได้รับการดูแลประจำวันที่เป็นเวลา และให้เวลามากๆ แก่ผู้สูงอายุเพื่อไม่ต้องเร่งรัดให้รีบเร่งหรือตัดสินใจเร็วเกินไป การดูแลประจำวันควรเป็นเวลาที่สม่ำเสมอเช่นให้เวลาใส่รองเท้า 15 นาที ถึง 20 นาที การแต่งตัว 20 นาที ยิ่งในช่วงที่ผู้สูงอายุซึมเศร้ามาก การดูแลควรใกล้ชิด การตัดสินใจควรเป็นของผู้ดูแล ต่อไปจึงค่อยๆ ให้ตัดสินใจเอง

การประเมินการช่วยเหลือ

เน้นการประเมินผลจากครอบครัว จากตัวผู้สูงอายุจากการสังเกตของผู้ประเมินผล พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ควรจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เช่น

1. มีความผูกพันกับลูกหลานหรือผู้ใกล้ชิด
2. มีพลังกำลังเพิ่มขึ้น
3. รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย
4. นอนหลับหรือพักผ่อนเพียงพอ
5. ไม่ท้องผูก
6. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
7. มีการสังนทนาการที่เหมาะสม
8. มีปัญหาเจ็บป่วยทางกายลดลง
9. อธิบายความรู้สึกได้ทั้งในด้านดีและในด้านลบ
10. มีความคิดในด้านลบลดลง
11. ชื่นชมบุคคลอื่น และชื่นชมในตนเอง
12. ปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับผู้อื่นในสังคม

13. มีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่เหมาะสมและเป็นจริง
14. มีการมองตนเองในด้านดี มีทัศนคติต่อตนเองในด้านลบ
15. เข้ากลุ่มบำบัดที่เหมาะสม เช่นกลุ่มครอบครัวบำบัด กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มปรับประคับประคอง

สรุปแล้วผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า ควรมีโอกาสระบายทั้งความรู้สึกโกรธ และความรู้สึกเสียใจ ควรได้รับพิชชอบในกิจวัตรประจำวันของตนเอง ได้สนองความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุควรมีความสนใจในการเข้ากลุ่มดูแลตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือกลุ่มปรับประคับประคอง ผู้สูงอายุควรรับรู้ว่าชีวิตของตนเอง ยังมีทางเลือกที่ดีมีความหมายในชีวิตและยังมีความหวังที่จะสู้โลกต่อไป

การพัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Development of a Geriatric Depression Screening Scale) (GDS.)

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS.) ที่ Yesavage และคณะ (1983) ได้พัฒนาสำหรับผู้สูงอายุ ได้รับการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ค่าความเที่ยงตรง (validity) และได้ทำการทดสอบเปรียบเทียบกับแบบวัดความเศร้า Hamilton rating scale (HRS-D.) และของ Zung self-ratings scale (SDS.) ซึ่งจากโครงสร้างของ GDS. เดิมมีจำนวน 100 ข้อคำถาม ได้ถูกนำมาใช้กับกลุ่มประชากรที่เป็นคนปกติ (normal subject) และกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depressed) มาเป็นแบบวัด GDS. ที่มี 30 ข้อคำถาม ได้ถูกเลือกนำมาใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มใหม่ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุปกติ และผู้สูงอายุที่มีความเศร้าระดับปานกลาง หรือความเศร้าระดับรุนแรงตาม Research Diagnostic Criteria (RDC.) พบว่า GDS. และ HRS-D. มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (significant) มากกว่าแบบวัดแบบ SDS. Yesavage และคณะ (1983) ได้กล่าวสนับสนุนว่าแบบวัด GDS. เป็น self-rating depression screening scale ที่มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

การวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ คือ ความสับสนใน เรื่อง dementia และ depression กลุ่มอาการของ "Pseudodementia" เป็นภาวะ depression ที่พบเรื่องของ psychomotor retardation ซึ่งอาจเข้าใจผิดคิดว่าเป็นภาวะ dementia ได้ (Jarvick, 1976 Wells, 1979.,) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักมาด้วยเรื่องของ memory loss และ cognitive impairment (Kahn และคณะ. 1975)

ในทางตรงกันข้าม somatic symptoms ซึ่งตามปกติแล้วใช้เป็นเกณฑ์สำคัญในการช่วยวินิจฉัย ภาวะซึมเศร้าในคนหนุ่มสาว เช่น sleep disturbed ถือเป็นอาการที่พบใน endogenous depression แต่อาการนี้กลับพบในผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ (Coleman et. al., 1981) อาจจะไม่พบไม่มากในคนหนุ่มสาว รวมทั้งเรื่องเหล่านี้ เช่น สมรรถภาพทางเพศลดลง อาการท้องผูก ปวดหัว ปวดท้อง และความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับโรคข้ออักเสบในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุพบว่า prevalence สูงในเรื่อง Somatic complaint และ cognitive impairment ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำหรับโรคซึมเศร้าด้วย ที่จัดว่าเป็นปัญหาที่คือพบว่าแบบวัดความเศร้ามีข้อมูลของ somatic symptoms ปรากฏค่อนข้างสูงซึ่งถึงแม้ว่าเราจะทราบว่าเป็น major depressive disorder จะมีปัญหาของ somatic complaint ค่อนข้างชัดเจน แบบวัดความเศร้านี้กลับช่วยในการ screening depression ได้ค่อนข้างแน่นอน ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับ somatic symptoms ของภาวะซึมเศร้าให้น้อยกว่า psychological symptoms ในเวลาเดียวกัน cognitive complaint ของผู้สูงอายุอาจพบได้โดยการใช้เครื่องมือในการ screening

การพัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงคือกำหนดให้ง่ายและรูปแบบต้องเข้าใจง่ายมีแบบวัดความเศร้าสำหรับประเมินตนเองจำนวนมาก ที่อาจจะยากเกินไปสำหรับผู้สูงอายุที่จะตอบด้วยตนเอง เช่นตัวอย่างแบบวัดความเศร้าของ Zung's (1965) ใช้ตัวเลือกสี่ระดับทำให้เกิดความสับสนมากกว่าการใช้รูปแบบ ใช่/ไม่ใช่ (Yes/No format)

ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงจากปัญหาเหล่านี้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ GDS. จึงพัฒนาขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะและคัดเลือกคำถาม ที่คิดว่าเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ภายหลังจากได้เลือก และสรุปเป็นข้อคำถาม แล้วได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ปกติจำนวน 47 คนในชุมชนซึ่งไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้า หรือความเจ็บป่วยทางจิตเวช และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล Santa Clara Country California ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยไม่คำนึงถึงเพศ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนี้อายุ 55 ปีขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำถาม 100 ข้อ พบว่ามีค่า median correlation เท่ากับ 0.51 (range = 0.07-0.83) สำหรับแบบวัดคำถาม 30 ข้อ พบว่ามีค่า Median correlation เท่ากับ 0.675 (range = 0.47 - 0.83) (Yesavage et. al., 1983 : 41)

มีคำถามจำนวน 12 ข้อจากคำถาม 100 ข้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ somatic complaint (เช่น sleep disturbance, anorexia, weight loss, cardiac or gastro-intestinal symptoms) จะไม่พบคำถามเหล่านี้ในแบบวัด 30 คำถาม การทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง Yesavage และคณะ (1983) ได้ทำการศึกษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคัดเลือกผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง 40 คน ที่ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ จากผู้สูงอายุที่อยู่ใน local senior center และ housing project กลุ่มตัวอย่างที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 60 คนทั้งเพศชาย, หญิง ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน Veterans Administration กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนี้ ได้ถูกสัมภาษณ์ทางคลินิกด้วยแบบวัดของ HRS-D, SDS, และ GDS. ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ผู้ทดสอบเป็นผู้ถามคำถามและบันทึกการตอบสนองในแต่ละข้อในแบบวัด การหาคุณภาพของแบบวัดความเศร้าทั้ง 3 ชุดนี้ ด้วยวิธีการหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) ดังตาราง

Index	GDS.	SDS.	HRS-D.
median correlated with total score	0.56	0.44	0.56
mean interitem correlation	0.36	0.25	0.34
alpha coefficient	0.94	0.87	0.90
split-half reliability	0.94	0.81	0.82

ตาราง 3 : ดัชนีเลขแสดงค่า Internal consistency ของ GDS, SDS,

และ HRS-D.

ที่มา : Yesavage และคณะ 1983 : 43

โดยสรุปแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS.) เป็นเครื่องมือเหมาะสำหรับประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงในการวัดสูง เป็นแบบวัดที่มีระดับความคงที่ภายในสูง มีความเชื่อมั่นมากภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านไป GDS. นี้เป็นแบบวัดที่ง่ายต่อการใช้เวลาในการประเมินน้อย รูปแบบง่ายเหมาะกับผู้สูงอายุใช้ในการประเมินตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัด GDS. นี้มาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) (SHG's)

แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เป็นผลมาจากแนวความคิดของ จิตแพทย์ และนักจิตวิทยาหลายท่านได้กล่าวว่า "การยอมรับ (recognition) และการใช้ประสบการณ์กลุ่มเพื่อน (peer group) ก่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (attitude) และ พฤติกรรม (behavior)" (Cole, S.A. 1983 : 145)

Adler เชื่อว่า ในการบำบัดบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยการบูรณาการ (integrate) ความสนใจของตนเองเข้ากับความรู้สึกของสังคม (อ้างถึงใน Cole, S.A. 1983 : 145)

Lewin กล่าวว่า บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองให้สอดคล้องกับค่านิยมของกลุ่ม (อ้างถึงใน Cole, S.A. 1983 : 145)

Sullivan ขอมรับว่า การมองของบุคคลอื่นจะมีผลกระทบต่อ self-esteem ของแต่ละบุคคล (อ้างถึงใน Cole, S.A. 1983 : 145)

จากแนวความคิดดังกล่าวนี้ จึงได้พัฒนามาเป็นแนวทางที่จะทำให้บุคคลที่มีปัญหาสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเอง โดยการกระตุ้นและสนับสนุนของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group)

กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีชื่อเรียกต่างๆ กัน เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในภาษาอังกฤษมีคำที่ใช้อยู่หลายคำเช่น Mutual-help group, Self-help group, Peer self-help, Mutual aid, Mutual support group, Social work group, Group support (Steiger & Lipson, 1985; Pasket & Madara, 1985; Renick, 1986) แม้มีชื่อเรียกแตกต่างกันบ้าง แต่กลุ่มเหล่านี้มีลักษณะสำคัญที่เหมือนกัน คือ

เป็นกลุ่มอาสาสมัครที่ไม่ได้ตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรใดๆ (Ross & Mico, 1980) แต่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มนั้นๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน สถานบริการ และกลุ่มเหล่านี้จะมีเป้าหมายกว้างๆ เหมือนกันคือ ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้น เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มสมาชิก ส่งเสริมการปรับตัวการแก้ปัญหา เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือช่วยให้สมาชิกนำประโยชน์จากกลุ่มมาเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care)

เมื่อประมาณ 60 ปีมาแล้วได้เกิดมีการเคลื่อนไหวของกระบวนการหนึ่งเกิดขึ้น เรียกว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) โดยกระบวนการนี้เป็นการรวมกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาเหมือนกันขาดการยอมรับจากสังคม รวมตัวกันเข้าเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยกันแก้ปัญหาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาให้แก่กันกลุ่มคนเหล่านี้พบได้หลายกลุ่ม เช่นกลุ่มผู้ติดสุรา (Alcoholic Anonymus) กลุ่มผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง (Amphysema Anonymus) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้รวมตัวกัน ปรากฏว่าเขาสามารถให้ความช่วยเหลือกัน ในการแก้ไขปัญหาก็แก่สมาชิกกลุ่ม และยังเกิดผลดีต่อการรักษาเป็นอันมาก พบว่าวิธีการของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้เป็นวิธีการที่ไม่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญนัก น่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับประชากรวัยสูงอายุ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งเนื่องจากประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นและผู้สูงอายุมีโอกาสสัมผัสต่อการเกิดพิษภัยต่างๆ มากขณะเดียวกันความสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ มีน้อย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมาก ดังนั้น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) จึงเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง ทั้งด้านการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

Cole, S.A. (1983) กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิต ภาย และความพิการเหมือนกัน สมาชิกจะพบปะกันตามสถานที่ชุมชนต่างๆ เพื่อพูดถึงปัญหาและประสบการณ์ของความเจ็บป่วย สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มมักอาจจะแก้ปัญหา หรือไม่ก็พบเพื่อนใหม่ๆ โดยทั่วไปแล้ว บุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มักจะพอใจกับความช่วยเหลือมากกว่าคนที่ไม่ได้ร่วมกลุ่ม

Pasket และ Madara (1983) อธิบายว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน โดยมีเป้าหมายที่จะได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกของกลุ่มโดยความสมัครใจ

Steiger และ Lipson (1985) กล่าวว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ตั้งขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานที่ว่า บุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึก ร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหา กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกในการแก้ปัญหาต่างๆ โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนเคยได้รับและได้แก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่างๆ มาแล้ว ร่วมกันอภิปราย เพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้

Marram (1973) Adams and Gussow (1978) Tracy (1977) Newton (1984) ได้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ว่า คือการที่บุคคลมีปัญหาค้ำคั่งกันหรือเหมือนกันในรูปแบบต่างกัน ตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้น เช่น กลุ่มผู้คิดสุนทรินาม มารวมกลุ่มกันหาวิธีเลิกสูรา กลุ่มคนอ้วนมารวมกลุ่มกัน เพื่อหาวิธีลดความอ้วน

Hurvitz (quoted in Dodd and Scheel, 1978 :116) ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และได้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า เป็นกลุ่มเพื่อนหรือความเคลื่อนไหว ที่จะพยายามให้เกิดปฏิสัมพันธ์ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนหรือสมาชิกกลุ่มให้มากที่สุดซึ่งต้องการให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นความรู้สึกตนเอง และให้โอกาสสมาชิกได้รับรู้ถึงวิธีการเอาชนะปัญหาต่างๆ ของสมาชิกด้วยกัน

ครุณี ชุณหะวัณ (2534) ได้อธิบายว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือเครือข่ายทางสังคมให้ผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง โดยที่สมาชิกกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน หรือเพื่อเอาชนะความพิการ กลุ่มชนิดนี้จะไม่มีขั้นตอนที่แน่นอน เป็นการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งขึ้นโดยสมาชิก กำหนดวัตถุประสงค์โดยสมาชิกในกลุ่มเพื่อแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยสมาชิก และเพื่อสมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมสำหรับตนเองไปใช้ กระบวนการกลุ่มเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่มเป็นแบบไม่หยุดนิ่งมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมที่เหมาะสม

ลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Characteristic of self-help group)

Killilea (1976) ได้ศึกษาคุณลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และได้สรุปคุณลักษณะ 7 ประการของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (quoted in Robinson, D., 1985 : 109-111) ดังนี้

1. ประสบการณ์ร่วมของสมาชิกกลุ่ม (Common experience of members.) ผู้ให้การบำบัดรักษา มีความบกพร่องเท่ากับผู้รับการรักษา
2. การช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (Mutual help and support) สมาชิกกลุ่มมีการพบปะกันสม่ำเสมอ เพื่อช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
3. หลักการของผู้ให้การช่วยเหลือ (The helper principle.) ในกรณีที่ผู้ให้การช่วยเหลือมีปัญหาเหมือนกับผู้รับการช่วยเหลือ ผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุดคือผู้ให้การช่วยเหลือ
4. กลุ่มคนที่แตกต่างกัน (Differential association) การยึดเหี้ยมความคิดเกี่ยวกับความปกติทางจิต จะเป็นตัวเร่งทำให้สมาชิกที่มีปัญหาแยกตัวออกจากกลุ่ม กลับไปสู่สภาพเดิม
5. พลังใจและความเชื่อที่มีอยู่ (Collective willpower and belief) สมาชิกกลุ่มแต่ละคนมักมองหาสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มเพื่อที่จะเกิดความแน่ใจว่าสมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกและมีทัศนคติอย่างไร
6. ความสำคัญของข่าวสารข้อมูล (The importance of information) ความเข้าใจที่แท้จริงเกี่ยวกับสภาพปัญหา จะสวนทางกับความคิดภายในต่อปัญหา
7. พฤติกรรมที่สร้างสรรค์มุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน (Constructive action towards shared goals.) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่เน้นการกระทำที่มีหลักการว่าสมาชิกกลุ่มเรียนรู้โดยการลงมือกระทำ และเปลี่ยนแปลงตนเองด้วยการกระทำเช่นกัน

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ในการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น แต่ละกลุ่มต่างก็มีวัตถุประสงค์เฉพาะของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ดังนี้

1. ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความขัดแย้งและความกลัว
2. ให้อำนาจใจเพื่อให้สมาชิกยอมรับความจริง กล้าเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคนอื่นๆ ก็มีปัญหาเหมือนตนเอง
3. ช่วยให้ผู้สมาชิกปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ได้
4. สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิก
5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเอง ให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม

ลักษณะของสมาชิกและผู้นำกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มมีบทบาทเป็นผู้ให้ และผู้รับความช่วยเหลือ ฉะนั้นบางกลุ่มต้องการสมาชิกที่มีปัญหาอย่างเดียวกันและปัญหาบางอย่างจะเปิดเผย เฉพาะสมาชิกที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน

ผู้นำกลุ่มมาจากสมาชิกกลุ่มที่มีความรู้ทางสุขภาพ หรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิก หรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มในการประชุมแต่ละครั้ง หากได้มาจากการเลือก ควรมีการกำหนดวาระของผู้นำกลุ่มผู้นำกลุ่มอาจต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่มหรือเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม โดยทั่วไปการเปลี่ยนผู้นำตามวาระ จะได้รับการยอมรับจากสมาชิกมากกว่ามีผู้นำคนเดียวตลอดไป

บทบาทของผู้ชำนาญการ (Professional Role)

ผู้ชำนาญการในที่นี้หมายถึงแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์จริงๆ แล้วผู้ชำนาญการจะไม่มีบทบาทอะไรในกลุ่มแบบนี้มากนัก เพราะทุกอย่างจะเกิดจากสมาชิกกลุ่มเอง แต่ก็มิได้หมายความว่าไม่มีเลย ในช่วงเริ่มต้น ผู้ชำนาญการก็ยังคงมีบทบาทอยู่ โดยเฉพาะการถ่ายทอดความคิด ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. เป็นผู้เริ่มต้นกลุ่ม เพราะผู้บำบัดมักจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกันอยู่แล้ว โดยความเป็นผู้บำบัดจะเกิดลักษณะความเป็นผู้นำขึ้นในตนเอง และสมาชิกก็พร้อมที่จะเป็นผู้ตามอยู่แล้ว
2. เป็นแบบอย่างในการดำเนินการต่างๆ ให้สมาชิก

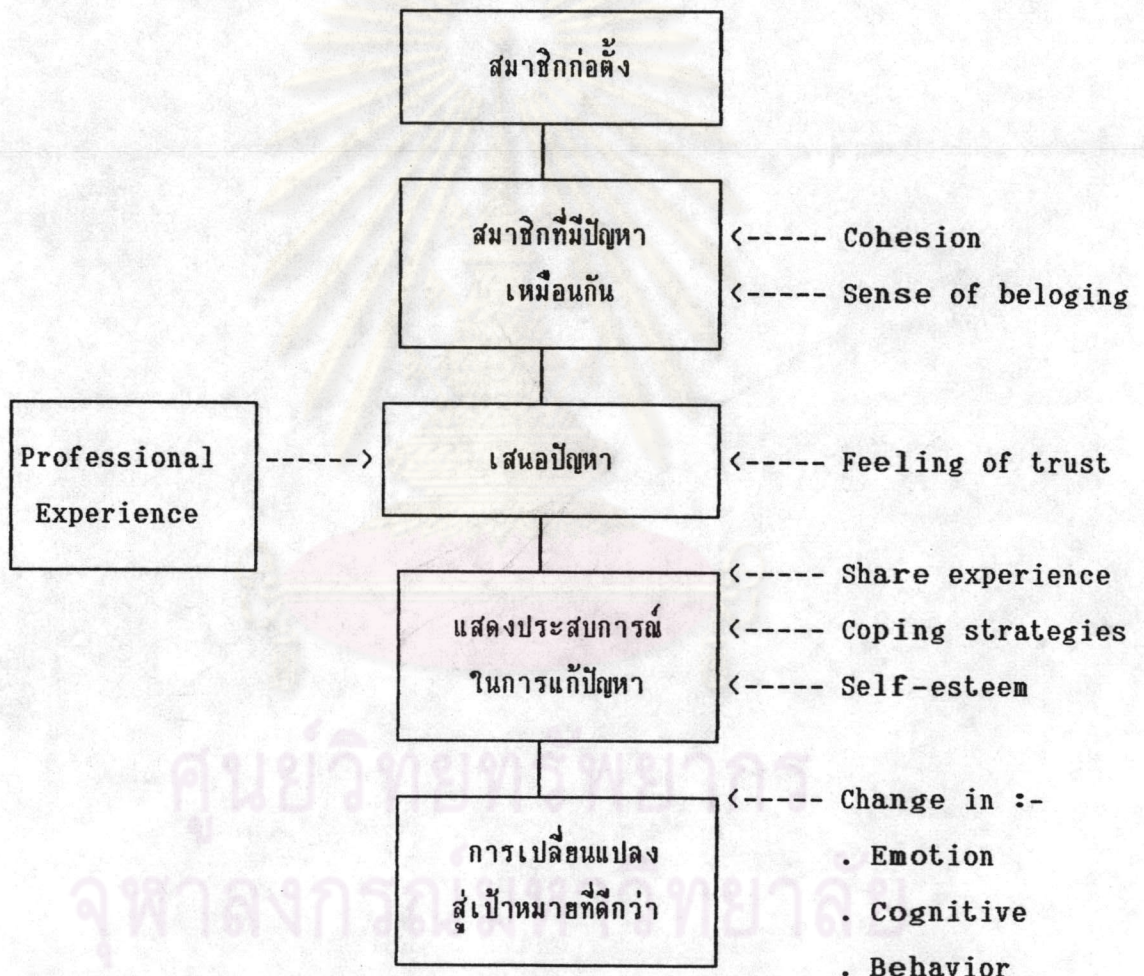
3. เป็นผู้สอนวิธีการเทคนิคต่างๆ ให้แก่สมาชิก เพื่อให้กลุ่มสามารถดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย และปรัชญาของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเช่น
 - 3.1 แสดงความรู้สึกร่วมกัน และสนใจในปัญหาของสมาชิก
 - 3.2 ช่วยให้ผู้สมาชิกทุกคนได้แสดงปัญหาของตนเองออกมา
 - 3.3 กระตุ้นให้สมาชิกช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหา โดยการเสนอประสบการณ์ของตนเองออกมา
 - 3.4 ทำให้กลุ่มเห็นว่า สมาชิกกลุ่มทั้งหมด คือผู้เชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหา
 - 3.5 ย้ำถึงความรับผิดชอบของกลุ่ม ในการเสนอปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา
 - 3.6 พูดถึงข้อดีของสมาชิกในด้านเจตนา และแรงจูงใจ
 - 3.7 กระตุ้นให้กลุ่มช่วยกันหาทางออกที่ดีกว่า
 - 3.8 ไม่สร้างบรรยากาศของเผด็จการและการรวมอำนาจในกลุ่ม ป้องกันไม่ให้เกิดเรื่องเช่นนี้ขึ้น
 - 3.9 แก้ไขประเด็นที่สำคัญในแง่วิชาการที่กลุ่มเกิดการเข้าใจผิด
4. สร้างผู้นำกลุ่มขึ้นมาทดแทนตัวเองให้ได้ โดยมองตัวบุคคลที่เข้มแข็ง พอที่จะดำเนินการกลุ่มต่อไปตามเป้าหมายได้ เมื่อมอบหน้าที่ให้สมาชิกไป ลักษณะความเป็นผู้นำจะถ่ายทอดจากผู้ชำนาญการไปยังผู้นำคนใหม่โดยอัตโนมัติต่อไป ผู้ชำนาญการจะเป็นเพียงผู้ดูแลอำนวยความสะดวก หรือเป็นเพียงที่ปรึกษาในบางครั้ง เท่านั้น

การดำเนินการกลุ่ม

1. กลุ่มที่ดี ควรมีสมาชิกไม่มากหรือน้อยเกินไป โดยทั่วไปไม่ควรต่ำกว่า 10 คน และไม่ควรเกิน 20 คน
2. ระยะเวลาเริ่มต้นกลุ่ม ต้องให้สมาชิกได้ทำความรู้จักกัน รู้กฎเกณฑ์ กติกาของกลุ่ม รวมทั้งเป้าหมายของการมารวมกลุ่มกัน
3. ผู้นำกลุ่ม ต้องกระตุ้นให้สมาชิกเสนอปัญหาเข้าสู่กลุ่ม ให้สมาชิกคอยช่วยเสนอประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา
4. ผู้นำกลุ่มต้องคอยสรุปประเด็นที่สำคัญ เพื่อเป็นการย้ำต่อกลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มต้องพูดกับกลุ่ม และหลีกเลี่ยงในการพูด หรือตอบคำถามผู้หนึ่งผู้ใด โดยเฉพาะ
6. ใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณ 60 -90 นาที สัปดาห์ละครั้ง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม

เริ่มจากผู้มีปัญหาที่มีความเข้มแข็ง มองเห็นว่าจะต้องมีการปรับปรุงตัวเอง เพื่อชีวิตที่ดีกว่า ชักชวนให้ผู้ที่ปัญหาเช่นเดียวกันมารวมตัวกัน ในขั้นตอนนี้จะเกิดบรรยากาศของความเห็นอกเห็นใจกัน เกิดความสามัคคี และพร้อมใจกันที่จะต่อสู้ปัญหา สมาชิกจะมองเห็นแนวทางที่จะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น ทั้งนี้เพื่อตัวเองจะได้คงความเป็นสมาชิกของกลุ่มต่อไป



แผนภูมิ 1 : แสดงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ที่มา : อุดม เพชรสังหาร 2533

แกนนำของกลุ่มในฐานะที่เข้มแข็งกว่า จะมีหน้าที่คอยดูว่าทิศทางของกลุ่มมีการเบี่ยงเบนไปในทางที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ กลุ่มได้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้เพียงไร ซึ่งเป้าหมายก็คือ ปัญหาที่สมาชิกทุกคนกำลังเผชิญอยู่อาจจะเป็นสิ่งที่สังคมตราไว้ หรือสิ่งที่สมาชิกไม่ได้รับการตอบสนองจากสังคมเท่าที่ควร นอกจากนี้แกนนำของกลุ่มยังต้องคอยดูแล เรื่องกฎ กติกาของกลุ่มด้วย เมื่อกลุ่มสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ก็เกิดขึ้น สิ่งที่พบได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงในสมาชิกกลุ่มคือ

1. อารมณ์ (emotion) คือ บรรยากาศที่กลุ่มมีความกลมเกลียวกัน เข้าใจและเห็นใจกัน ไม่มีข้อรังเกียจเดียดฉันท์ จะทำให้สมาชิกเกิดความอบอุ่นใจ มีความต้องการที่จะผูกพันกับกลุ่ม ความรู้สึกที่สังคมรังเกียจตนเองจนเป็นผลให้ต้องแยกตัวออกจากสังคมลไป ในที่สุดจะเริ่มเข้าหากลุ่มและหันเข้าหาสังคม เพราะกลุ่มคือตัวแทนของหน่วยสังคมนั้นเอง

2. สติปัญญา (cognitive) เมื่อสังคมยอมรับ สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าจริงๆ แล้วตนเองเป็นคนมีค่า ไม่ได้ทุกข์เพียงคนเดียว คนอื่นๆ ก็ทุกข์เช่นกัน หรืออาจจะมากกว่าก็ได้ และจากการที่ได้มีโอกาสแสดงประสิทธิภาพ แสดงความสามารถเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นแก้ปัญหา จะทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่ามากขึ้น บุคคลที่มีความรู้สึกว่าตัวเองมีค่าจะมีแนวโน้มในการกระทำในสิ่งที่ตั้งงามเสมอ

3. พฤติกรรม (behavior) เมื่อได้รับประสบการณ์จากกลุ่ม ได้รับความรัก ความเข้าใจจากกลุ่ม และความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม จะทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเอง ทั้งนี้เพื่อให้ตัวเองยังคงเป็นสมาชิกของกลุ่มต่อไป

การแลกเปลี่ยนปัญหา (Sharing the problem)

โดยทั่วไปปัญหาหรือผลกระทบ เป็นผลมาจากความเครียดอย่างหนัก มีคำกล่าวที่ว่า "ลงเรือลำเดียวกัน" หมายถึงว่า การเข้าใจปัญหาของผู้อื่นคืออะไร การลงเรือลำเดียวกัน รู้ปัญหาที่กันและกันนำประสบการณ์มาเล่าสู่กันฟัง และการช่วยผู้อื่นไปด้วยทำให้เกิดความผูกพันฉันท์เพื่อนพ้อง "Fellowship" ซึ่ง Hurvitz (1970) ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยการช่วยเหลือตนเอง Hurvitz กล่าวว่า ความผูกพันในฐานะเพื่อน และการมีเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ที่ต่างยอมรับความช่วยเหลือของเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมองเห็นและยอมรับความพยายาม และปรากฏาที่จะปรับพฤติกรรมของตนเอง Mowrer (1971) ได้สรุปว่า การรวมกลุ่มทำให้เกิดความจำเป็นในการช่วยเหลือกันและกัน (quoted in Robinson, D., 1985: 109-111)

วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารร่วมกัน หรือการเล่าประสบการณ์ผู้กันฟัง มีหลายวิธีตั้งแต่การจัดกลุ่มอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการคือ การติดต่อทางโทรศัพท์ ทางจดหมาย จัดทำจดหมายข่าวต่างๆ เป็นต้น

การเผชิญปัญหา (Coping with the problem)

หลักการเผชิญปัญหาขั้นแรกคือ การให้ผู้มีปัญหายอมรับปัญหาแม้ว่าการยอมรับปัญหาจะเป็นข้อบ่งชี้สำหรับสมาชิกกลุ่ม แต่สำหรับสมาชิกใหม่ของกลุ่มแล้ว การยอมรับปัญหาเป็นของยาก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องกระตุ้นให้สมาชิกใหม่ยอมรับปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาที่สมาชิกคนอื่นๆ ของกลุ่มกำลังร่วมเผชิญอยู่ เมื่อรู้ตัวปัญหายอมรับปัญหา และเปิดเผยปัญหาแก่สมาชิกกลุ่มแล้ว กลุ่มก็เริ่มหาทางแก้ปัญหาโดยการช่วยเหลือให้ข้อมูลที่สามารถแก้ปัญหาได้

การจัดการกับปัญหา จะต้องมุ่งให้ผู้มีปัญหาสำนึกตนเองว่า ไม่มีปัญหาเพียงคนเดียว คนอื่นๆ ในโลกนี้ก็มีปัญหาเหมือนตนเอง สมาชิกกลุ่มควรได้รับกำลังใจที่จะเรียนรู้อีกครั้งหนึ่งว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ ที่จะทำประโยชน์ให้กับสังคม

การแก้ปัญหาโดยการทำกิจกรรม (Coping through activities)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไม่เป็นเพียงแต่สถานที่ที่บุคคลช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหาเท่านั้นแต่กลุ่มสามารถให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกได้มากกว่านั้นกล่าวคือ ช่วยทำให้ความสำคัญของปัญหาลดลงและสามารถช่วยสมาชิกสร้างวิถีชีวิตประจำวันขึ้นมาใหม่ โดยการให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ล้วนเป็นกิจกรรมที่เป็นเป้าหมาย ที่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะกลุ่ม ดังเช่นกิจกรรมทั้งหมดของกลุ่มติดสุรานิรนาม มุ่งที่จะช่วยให้สมาชิกของกลุ่มร่วมกันแก้ปัญหาการติดสุรา โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องการดื่มสุราให้กลุ่มฟังเป็นการช่วยสมาชิกกลุ่มจากการติดสุราได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ กิจกรรมของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยังบังเกิดผลอื่นๆ อีกมาก สมาชิกกลุ่ม จะได้รับการมอบหมายหน้าที่บางอย่างให้รับผิดชอบนอกจากหน้าที่ประธาน เลขานุการ และเหรัญญิกแล้ว สมาชิกคนอื่นๆ ก็จะมีผลัดเปลี่ยนกันทำหน้าที่ จัดสถานที่ประชุม ส่งจดหมายเชิญประชุม จัดการประชาสัมพันธ์ เป็นวิทยากรบรรยาย จัดน้ำชา ขนมเค้ก ซึ่งทุกคนจะได้รับมอบหมายหน้าที่ให้รับผิดชอบ

สิ่งที่เห็นได้เด่นชัด จากการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก็คือ การสร้างความมั่นใจให้แก่สมาชิก กระตุ้นให้สมาชิกสำนึกว่า แม้จะมีปัญหา แต่ก็เป็นคนมีความสามารถที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ สมาชิกหลายๆ คนบอกว่าเกิดความมั่นใจในตนเองเป็นครั้งแรกในชีวิต เมื่อเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ปัจจุบันกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้สมาชิกปรับตัวได้และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่ง Newton (1984) ได้สรุปประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองมี 3 ประการใหญ่ๆ คือ

1. ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual assistance) จะให้ประโยชน์ในการแก้ปัญหา หรือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดภาวะวิกฤต
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหา (education about the problem) เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ให้ข้อมูล และในขณะที่เดียวกันก็ได้รับข้อมูลด้วย ทั้งยังเป็นการให้ข้อมูลแก่คนนอกกลุ่ม การให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหานั้น เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตนเอง
3. การยอมรับ (acceptance) เป็นวัตถุประสงค์ที่โดดเด่นของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือการทำให้สมาชิกกลุ่มยอมรับว่า แม้ตนเองมีปัญหาดูเหมือนก็เป็นบุคคลหนึ่งในสังคมรวมทั้งการทำให้สมาชิกกลุ่มมองเห็นคุณค่า และภาคภูมิใจในตนเอง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับ ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ายังไม่เคยมีการทำการศึกษามาก่อนเลยพบเฉพาะเอกสารและการวิจัยที่คล้ายคลึงและสอดคล้องกัน พอที่จะประมวลได้ดังนี้

Redburn และ Juretech (1989:89-98) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การปรับตัวของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครอง โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่าความโศกเศร้าลดลง ความมีคุณค่า ความพึงพอใจในชีวิต ความไว้วางใจ และความสามารถเปลี่ยนแปลงในระดับปานกลาง

Liberma และ Videga- Sherman (1986 : 191) ได้ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองกับการใช้จิตบำบัดในกลุ่มแม่หม้าย 466 คน และพ่อหม้าย 36 คน ทำการศึกษา



นานถึง 1 ปี พบว่าสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเท่านั้น

Kurtz (1988 : 152 - 155) ได้ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual aid) กับผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) 188 คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นสมาชิกกลุ่ม ได้รับผลจากกลุ่มอย่างน่าพอใจ

Kahan, K.S., และ Brummel-Smith (1985:664) ได้ศึกษาผลการใช้กลุ่มสนับสนุน (group support) เฉพาะสำหรับญาติผู้ป่วย Alzheimer และโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยจัดโปรแกรมให้ความรู้สนับสนุนการทำกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง 22 ราย กลุ่มควบคุม 18 ราย เมื่อจัดโปรแกรมครบ 8 ครั้ง พบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วย และอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น และกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความรู้ที่ได้รับนี้เป็นผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และอาการซึมเศร้านลดลง

Rose, Finestone และ Bass (1985: 80-85) ได้ทำการศึกษาผลการใช้กลุ่มสนับสนุน (Group support) ในผู้ป่วยจิตเวช จะเกิดผลดีต่อครอบครัวของสมาชิก โดยเฉพาะครอบครัว ที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยให้สมาชิกสามารถพูดถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดจากความเครียด ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากครอบครัวหรือสมาชิกในกลุ่ม และจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ ที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดอีกสมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ เช่น การปรับตัวของสมาชิก ที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคจิต การยอมรับความผิดปกติของผู้ป่วย

Lorig และคณะ (1985 : 680-685) ได้รายงานผลการศึกษาระยะยาว ในผู้ป่วยข้ออักเสบ ที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) โดยการให้ความรู้แก่สมาชิกกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังจากเข้าโครงการ 4 เดือนกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมที่ต้องการเพิ่มขึ้น อาการปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Trojan (1989 : 225-232) ได้รายงานผลการศึกษา เกี่ยวกับการสำรวจถึงประโยชน์การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ของสมาชิก 232 คน จากกลุ่ม

โรคต่างๆ 65 กลุ่มโดยการสัมภาษณ์ และเข้าไปร่วมกิจกรรม เพื่อสังเกตกลุ่ม ผลปรากฏว่า สมาชิกมากกว่าร้อยละ 90 บรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ในด้านความเครียดที่เกิดจากโรค กลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลง และมีความสามารถเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงกระตุ้นทางสังคม ในด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว และกลุ่มเพื่อน ช่วยให้เกิดผลดีในการเพิ่มความสามารถของการใช้ระบบบริการสุขภาพ และขยายกิจกรรมทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

Forrest Scogin และคณะ (1985:562-568) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ memory skills training, memory complaints และภาวะ depression ในผู้สูงอายุ 50 คน มีวิธีการคัดเลือกดังนี้คือ

กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่มี high-complaint คัดเลือกโดยการประกาศทางหนังสือพิมพ์รับสมัครความจำสำหรับผู้สูงอายุที่หลงลืมบ่อย 125 คน แล้วคัดเลือกออกเหลือ 25 คน ช่วงอายุระหว่าง 60-82 ปี (mean age = 66.5) เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่มี low-complaint คัดเลือกโดยการประกาศทางหนังสือพิมพ์ต้องการผู้สมัครทำวิจัยทางด้านจิตวิทยา 125 คน แล้วคัดเลือกออกเหลือ 25 คนช่วงอายุระหว่าง 60-75 ปี (mean age = 65.0) เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการทดสอบก่อน และหลังการฝึกความจำด้วย metamemory questionnaire และ self-rating depression scale

การฝึกความจำทั้งหมด 16 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง/วัน โดยใช้ memory skills training manual

ผลการทดลองพบว่า memory performance ดีขึ้น หลังจากได้รับการฝึกความจำในทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถมี maintenance อยู่ได้เป็นเวลา 1 เดือน และการฝึกความจำไม่มีผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะ depression ในทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สายใจ พัวพันธ์ (2530) ได้ทำการศึกษาถึงการมีส่วนร่วม ในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่ออาการของผู้ป่วย ภายหลังการตัดเต้านมออก 15 คน โดยตัวอย่างประชากรแต่ละคนเข้าร่วมกลุ่ม อย่างน้อย 5 ครั้ง ภายหลังระยะเวลา 2 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพลักษณ์ของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ต่อตนเอง ในทางบวกมากกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง