



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.1 โรคซึมเศร้า

1.1.1 ความหมายของ โรคซึมเศร้า

1.1.2 เกณฑ์การวินิจฉัย โรคซึมเศร้า

1.1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า

1.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.2.1 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.2.2 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.2.3 อาการของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.2.4 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุ

1.2.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.2.6 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2. แนวคิดความสิ้นหวัง (Hopelessness)

2.1. ความหมายของความสิ้นหวัง

2.2. ปัจจัยการเกิดความสิ้นหวัง

2.3. ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.4. ลักษณะของความสิ้นหวัง

2.5. การประเมินความสิ้นหวัง

3. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยเฉพาะการประสบกับการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เกิดภาวะสูญเสียบุคคลสำคัญ การสูญเสียอำนาจที่เคยมี อาจมาจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย หากสามารถยอมรับได้ก็จะทำให้สุขภาพจิตดีหากไม่ได้จึงทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้จะมีอาการแสดงออก ของความหม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย เป็นต้น ซึ่งความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือไม่ชัดเจน ยากต่อการวินิจฉัยโรค (สมภพ เรื่องตระกูล,2542) ดังนั้น จึงต้องมีการศึกษาเป็นลำดับดังนี้

1.1 โรคซึมเศร้า

1.1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (Major depression) โรคซึมเศร้าเป็น โรคทางจิตเวชจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีการให้ความหมายของโรคซึมเศร้าได้ดังนี้

Seligman (1989) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า คือ เป็นลักษณะที่แสดงว่าบุคคลหมดหวัง มีอุปสรรคขัดขวางจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ไม่มีคุณค่า ค้อยค่า บุคคลจะมีแต่ความรู้สึกเสียใจที่ตนเองไม่ประสบความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในชีวิต

Isaacs (2001) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า คือ อารมณ์เศร้า รู้สึกผิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่มีประโยชน์ และสิ้นหวัง

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) จากงานวิจัยให้ความหมาย โรคซึมเศร้า เป็น ปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกทางการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ เบี่ยงเบนทางความคิด การรับรู้ และการเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ ไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ให้คำจำกัดความโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะที่สำคัญของโรค คือ ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการอื่น เช่น มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2550) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์โดยผู้ป่วยจะมี อารมณ์เศร้า ผู้ป่วยจะซึมเศร้าหดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้านี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยรู้สึกทนเสียงดังหรือคนรอบกวนไม่ได้มักอยู่คนเดียวเงียบๆ กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหมายถึง ภาวะการผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลซึ่งอาการสำคัญได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายในที่สุด และความรู้สึกนี้เป็นอย่างต่อเนื่องนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปในโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ โดยแสดงออกทางร่างกาย ความคิดและอารมณ์ คือปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชา กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

1.1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไปดังนี้ ระบบการจำแนกโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ระบบ ได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล และคณะ, 2550)

1. Manual of Diagnostic and Statistical Mental Disorder, 4th edition (DSM-IV) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ. 1994 และปัจจุบันมีการเรียบเรียงคำอธิบายของโรคที่เกี่ยวข้องตามบริบท วัฒนธรรม ต่างๆ เพิ่มขึ้นจึงเป็นฉบับ Text Revision เริ่มใช้ ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา

2. International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ. 1992

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (ปราโมทย์สุขนิชนัน, มานิช หล่อตระกูล, 2548) มีอาการดังต่อไปนี้ได้แก่

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเกือบตลอดเวลา และเป็นติดต่อกันทุกวัน
2. ความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำเคยชอบจะลดลงมาก มีพฤติกรรมเฉื่อยชาตลอดเวลาเกือบตลอดทั้งวัน หรือทั้งวัน ติดต่อกันเกือบทุกวัน
3. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นทุกวันหรือเกือบทุกวันทำให้น้ำหนักเปลี่ยนแปลงชัดเจน ถ้าเบื่ออาหารน้ำหนักก็จะลดลงชัดเจนถ้าอยากอาหารน้ำหนักก็เพิ่มขึ้นชัดเจน

4.การนอนผิดปกติอาจนอนไม่หลับหรือหลับบ่อยเกินไปหรือนอนหลับนานผิดปกติจากเดิมเกือบทั้งวัน

5.มีการเปลี่ยนแปลงทางการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่นกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง มากกว่าปกติหรือเซื่องช้าหรือความคิดเซื่องช้าหรือคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน อ่อนแรง ไม่มีแรงเกือบทั้งวัน

6.มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกที่ตนเองผิดหรือไม่คืออย่างมากเกินเหตุเกือบทุกวัน ความรู้สึกนี้อาจรุนแรงถึงขั้นหลงผิด (Delusion) สมมติไม่ได้ความสามารถในการตัดสินใจลดน้อยลง จนไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน

7.คิดซ้ำ ๆ ใน เรื่องฆ่าตัวตายหรือวางแผนการฆ่าตัวตาย หรือมีความพยายามฆ่าตัวตายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีอาการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นไม่ครบทุกอาการแต่อย่างน้อยต้องมีอาการข้อ 1 หรืออาการข้อ 2 อาการที่เกิดติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีอาการมากกว่า 5 อาการ และเป็นต่อเนื่องกันนานกว่า 2 สัปดาห์ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า การให้รหัสโรคตาม ICD-10 ได้แก่ รหัสโรคดังต่อไปนี้ (ธนุ ชาติชนานนท์ ,กรมสุขภาพจิต, 2550)

F32.0 Mild depressive episode

F32.1 Moderate depressive episode

F32.2 Severe depressive episode without psychotic symptoms

F32.8 Other depressive episodes

F32.9 Depressive episode, unspecified

F33.0 Recurrent depressive disorder, current episode mild

F33.1 Recurrent depressive disorder, current episode moderate

F33.2 Recurrent depressive disorder,current episode severe without psychotic symptoms

F33.4 Recurrent depressive disorder, currently in remission

F33.8 Other recurrent depressive disorder

F33.9 Recurrent depressive disorder, unspecified

F34.1 Dysthymia เป็นอารมณ์เศร้าที่อาการไม่รุนแรงจนวินิจฉัยในกลุ่ม F32 หรือ F33 ได้ ส่วนการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไปแต่จะมีความลักษณะที่แตกต่างกัน Blazer (1991) ได้กล่าวไว้ว่า

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า มีอาการเกิดขึ้นตลอดทั้งวันเป็นติดต่อกัน 2 อาทิตย์ขึ้นไป

2. ไม่มีความสนใจในสิ่งต่างๆปกติที่เคยสนใจ
3. อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย
4. ไม่มีความมั่นใจ คุณค่าในตนเองลดน้อยลง
5. รู้สึกผิดหรือรู้สึกบาป ไม่สมเหตุสมผล
6. คิดถึงเรื่องความตาย มีความคิดหรือพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง
7. ไม่มีสมาธิหรือคิดอะไรไม่ออก ตัดสินใจไม่ได้
8. การเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากเดิม ซึมเศร้า เชื่องช้า กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง
9. การนอนผิดปกติ
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจลดลง หรือเพิ่มขึ้น

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความยากลำบากอันเนื่องมาจากความชราภาพของผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างวัย สุขภาพกาย สุขภาพจิตและอาการที่เกิดร่วมกันระหว่างอาการทางร่างกายและอาการของโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่แสดงอาการของโรคไม่ชัดเจน มีโรคทางกายร่วมด้วยหรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อมและบ่อยครั้งถูกมองเป็นเรื่องปกติ (อรพรรณทองแดง.2542) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุไม่น้อยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะแรก จนทำให้มีอาการเรื้อรัง กลายเป็นซ้ำบ่อยหรือรุนแรงจนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายก่อนได้รับการรักษา (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2541)

1.1.3ระดับของภาวะซึมเศร้า

หลักเกณฑ์ในการจำแนกภาวะซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลกโดยอาศัยการจำแนกตามความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้ง10 International Classification of Diseases (ICD-10) สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของโรคซึมเศร้า แบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ ดังนี้

1.ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้าเหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งไม่มีสาเหตุใด มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2.ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น จะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การแสดงออกด้านต่างๆมีดังนี้ 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์ไม่สดชื่น หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่างๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง 2) ด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว

ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง กำหนดตนเองมีความยากลำบากในการตัดสินใจในด้านต่างๆ ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลไม่มีความสุข มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 3) ด้านร่างกาย ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง นอนไม่หลับ มีความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงข้าม คือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวช้าลง อาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำการพูดลำบากบางครั้งไม่พูดเลย 4) ด้านจิตใจ ได้แก่ สูญเสียแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจตนเอง

3. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและเป็นตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มี ความเคลื่อนไหว หรืออาจหุดลุกหุดคั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างช้าๆ เจ็บซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการหลงผิด และประสาทหลอน

การแบ่งระดับอาการของภาวะซึมเศร้า ควรใช้ในกรณีที่เป็นครั้งแรกเท่านั้น ส่วนในครั้งต่อไปควรจัดในกลุ่ม recurrent depressive disorder ระดับความรุนแรงที่จะแบ่งนั้นมักพบว่า (Moderate depression) จะพบได้บ่อยในงานสาธารณสุขมูลฐาน และงานเวชปฏิบัติทั่วไป ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลมักพบว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe depression) จะเห็นได้ว่าอาการแสดงของภาวะซึมเศร้านั้น เป็นการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย มีได้ตั้งแต่ระดับปกติจนถึงระดับรุนแรง สามารถประเมินได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

1.2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บต่างๆสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปแน่นอนว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ หากมีอาการซึมเศรารุนแรง ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต มีความรู้สึกอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากอาการมักจะแสดงอาการออกมาจากโรคทางกายมากกว่า ทางจิตแพทย์มักมองว่าเป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกายมากกว่าทางจิตใจ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; รวีวรรณ นิวัตพันธ์, 2553) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ามีภาวะความผิดปกติทางอารมณ์มีอาการเศร้าเป็นลักษณะเด่นและอาการอื่นๆร่วมด้วย คือ 1)

ด้านร่างกาย ได้แก่ เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง นอนไม่หลับ 2) ด้านการรู้คิด ได้แก่ ท้อแท้ ไร้ประโยชน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีคิดทำร้ายตนเอง 3) ด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น 4) ด้านสังคม ได้แก่ มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวจากสังคมพึ่งพาอาศัยคนอื่นมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของประสาทชีววิทยา และเหตุการณ์ความเครียด เป็นต้น ซึ่งสามารถลดลงได้เมื่อภาวะความเครียดลดลงข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการซึมเศร้า ได้แก่ สุขภาพทางกายเริ่มเสื่อมถอยลง วิธีการดำเนินชีวิตมีปัญหา มีลักษณะโรคประสาทมาก การสนับสนุนด้านสังคมไม่ดี และไม่ได้ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมผ่อนคลาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราเสียชีวิตสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) ดังนั้นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักจะถูกละเลยไม่ได้รับการวินิจฉัย และดูแลรักษา

1.2.1 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าเป็นการศึกษาด้านความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุในการศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 24 และ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 51 ในการศึกษาของ Jacoby et al. (2002) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 10-15 จะมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในผู้ที่อายุมากกว่าจะมีอาการของโรคซึมเศร้ามากขึ้น (Jones, 2003) อย่างไรก็ตามความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ย ตั้งแต่ร้อยละ 1- 3.7 และมีประมาณร้อยละ 1- 9 มีอาการครบถ้วนของโรคซึมเศร้า (Steffen et al, 1999)

1.2.2 ปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกาย เช่น การเจ็บป่วยด้วย โรคความเสื่อมลงของร่างกาย ปัจจัยทางจิต เช่น ความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา รวมทั้งความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาทางการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

ปัจจัยทั่วไปที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ด้าน (Blazer and Hybels, 2005) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) แบ่งออกเป็น

1.1 พันธุกรรม (Hereditary) จากการศึกษาผู้สูงอายุในสแกนดิเนเวีย สนับสนุนว่าพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า เช่น ในผู้สูงอายุฝาแฝดในสวีเดนพบระดับคะแนนซึมเศร้าสัดส่วนร้อยละ 16 ที่มีอิทธิพลมาจากกรรมพันธุ์โดยศูนย์ระบาดวิทยาได้เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

และพบร้อยละ 19 ที่มีอาการทางกายที่มีอิทธิพลมาจากพันธุกรรมนอกจากนั้นการมีโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าด้วย (Blazer and Hybels, 2005) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตายาย หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่งถึง 3 เท่า

1.2 เพศหญิง (Female sex) ผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า (Buschmann et al, 1995; Blazer and Hybels, 2005)

1.3 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Underactivity of serotonergic neurotransmission) เช่น ซีโรโทนิน (Blazer and Hybels, 2005) เป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญที่สุดและมีผลต่ออารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ตัวรับสารซีโรโทนินลดลงร้อยละ 70 ในวัยกลางคน และลดการจับตัวกันระหว่างสารซีโรโทนินกับตัวรับสารซีโรโทนินในวัยสูงอายุ เมื่อร่างกายขาดสารซีโรโทนินทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (บุญยกภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factors) แบ่งได้เป็น

2.1 ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เช่น บุคลิกภาพผิดปกติชนิดยึดติดทำบุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (Dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพพบว่า มีประสบการณ์หรือเกิดอาการซึมเศร้าได้สูงเป็น 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ (Blazer and Hybels, 2005) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น มีอาการทางประสาทเป็นระยะเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้มากกว่า แม้ไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายในชีวิต (Ormel et al. 2001) บุคลิกภาพของแต่ละคนจะสะท้อนให้เห็นลักษณะนิสัย การตัดสินใจ อารมณ์และความพอใจเป็นอย่างไรในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน (บุญศรี นุกฤต, 2550)

2.2 การเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว (Learned helplessness) เป็นความรู้สึกหมดหนทางเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธ บุคคลที่มีความสำคัญ เมื่อประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงเจ็บพล้น ทำงานล้มเหลวพฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่ลุก ถอนตัวและทำกิจกรรมลดลง (ชรณินทร์ กองสุข, 2550)

2.3 มีความผิดปกติด้านการคิด (Cognitive distortions) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดผิดปกติ เช่น การตอบสนองต่อเหตุการณ์เกินกว่าความเป็นจริง หรือมีการตีความที่ผิด บิดเบือนไป

ส่งผลถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Blazer and Hybels, 2005) และมักมีความคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเองหรือ มองโลกในแง่ร้าย คิดโทษตนเอง เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) Beak (1976) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการ คือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบ และ ความคาดหวังอนาคตในทางลบ ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกของตนเองที่ต่ำต้อย และเศร้ามาก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตมีมากขึ้น เนื่องจากความสูญเสียและความเปลี่ยนแปลง

3. ปัจจัยด้านสังคม (Social factors) แบ่งได้เป็น

3.1 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and daily hassles) จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตเช่น การสูญเสีย การเป็นโรค การเจ็บป่วยร้ายแรง และปัญหาด้านสังคมเช่น ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ และสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy, 1982)

3.2 การสูญเสีย (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รัก อาการที่พบเช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจไม่อิ่ม ถอนหายใจบ่อยๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร คิดถึงคนที่เสียชีวิตเป็นอย่างมาก บางครั้งคิดอยากตาย โดยเฉพาะในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) หากนานเกิน 2 เดือนแล้วยังไม่ดีขึ้นจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2552) ในการสูญเสียอาชีพการงาน อาจเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ขาดการยอมรับในสังคม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

3.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน ทางการเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจน ทำให้อยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยบ่อยเกิดความเครียด จนหนทางรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ธรณินทร์ทองสุข, 2550)

3.4 การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จากสังคมนรอบตัวของผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวอ้างว่ามีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายในมักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุณยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

สรุปได้ว่าปัจจัยของการเกิดโรคซึมเศร้า แบ่งเป็นในด้านต่างๆดังนี้ ด้านชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของบุคลิกภาพและความคิด การเรียนรู้ด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี ซึ่งปัจจัยด้านต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

1.2.3อาการของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

Beck (1976) ได้จำแนกอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ 4 ด้านดังนี้(อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

1.อาการแสดงทางด้านร่างกาย (Physical symptom) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีอาการนอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดรุนแรงเฉพาะที่ (severe localized pain) ซึ่งสัมพันธ์กับการปวดแบบเรื้อรัง (chronic pain) นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า (retardation) ซึมไม่พูดหรือในบางรายอาจมีอาการลุกลุกนอน นั่งไม่ติด (agitation)

2.อาการแสดงทางด้านอารมณ์ (Emotional symptom) มีอารมณ์เศร้าหรือไม่มีความสุขวิตกกังวล อยากร้องไห้ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีความหมาย ไร้ค่า หมดหวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดความคิดต้องการทำร้ายตนเอง แต่ในบางรายอาจแสดงอาการออกทางอารมณ์ที่ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย

3.อาการแสดงทางด้านความรู้คิด (Cognitive symptom) กระบวนการคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการคิดในแง่ลบ หรือการรับรู้ทางลบไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงทำให้ความคิดเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสังคมเปลี่ยนไปในทางลบ

4.อาการแสดงทางด้านแรงจูงใจ (Volitional symptom) แรงจูงใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุมีลักษณะแบบถดถอย โดยมีลักษณะแยกตัว สนใจกิจกรรมที่ชอนน้อยลงหรือในบางรายไม่สนใจกิจกรรมเฉยเมย ซึม คิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง

สรุปได้ว่า อาการของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ได้แก่ นอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ด้านอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวล อยากร้องไห้ ไร้ค่า หมดหวัง บางรายฉุนเฉียว หงุดหงิด ด้านความคิด มีกระบวนการคิดทางลบ การรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ด้านแรงจูงใจ มีลักษณะแบบถดถอย แยกตัว ซึม เฉยเมย หมกมุ่นเลือกของตนเอง

1.2.4 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุ

แนวทางการรักษาตามสาเหตุปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น การรักษาด้าน

ชีววิทยา ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านเศร้า และการรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตใจ ได้แก่ จิตบำบัดแบบวิเคราะห์ กลไกทางจิต การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2542) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1.การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

1.1การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment)เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะเริ่มแสดงอาการ (emission) ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาต้านเศร้าในระยะนี้ยาต้านเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

1.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะพักฟื้น (recover) ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยารักษาาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสกำเริบ (relapse) สูงมาก

1.3 การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลับเป็นซ้ำ (recurrence) สูง

2.การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) จัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงมากสำหรับ Moderate depression และมีความปลอดภัยสูง กลไกที่ออกฤทธิ์ที่แน่ชัดยังไม่ทราบ แต่จากผลการศึกษาต่างๆ บ่งชี้ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าจะเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในสมองส่วนหน้าเพิ่มขึ้นและเช่นเดียวกับยาที่ใช้รักษาซึมเศร้าหลายตัวที่ทำสารสื่อประสาท Dopamine , Nor- epinephrine และ Serotonin มีปริมาณเพิ่มขึ้นทำให้เกิดกระบวนการควบคุมการรับส่งของสารสื่อประสาทลดลง ของ Beta adrenergicreceptors ซึ่งอาจเกิดการหยุดหายใจได้เนื่องจากขาดศูนย์ควบคุมการหายใจ การรักษาด้วยไฟฟ้า ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ในผู้ป่วยสูงอายุการรักษาด้วยไฟฟ้า มักเลือกเป็นลำดับหลังๆ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ

3. การรักษาด้วยจิตบำบัดการรักษาด้วยจิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่

3.1.Cognitive-behavior therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากแนวคิดที่ไม่ตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น และการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากปัจจัยต่างๆมักใช้ได้ผลดี

3.2.Interpersonaltherapy การรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าผู้สูงอายุปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว สังคมเป็นปัญหาหลัก

ปัญหาหนึ่งการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

1.2.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตสังคม โดยพื้นฐานแล้ว เมื่อมีการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์และการรู้คิด จึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก มีอาการสิ้นหวัง ไร้ค่า จนนำไปสู่ความพ่่องในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน สำหรับในผู้สูงอายุ 80-84 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตาย 26.5 ต่อแสนประชากร (Lebowitz et al. 2002) ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุมี ดังนี้

1. ผลกระทบทางตรง มีหลายประการ ดังนี้

1.1. ความสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆลดลง(cognitive Impairment)

ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดความคิดทำร้ายตนเองตามมา จากการศึกษาของ Conwell & Brent, 1995 พบว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมักมีอาการของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยโดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้ารุนแรงซึ่งมีร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุฆ่าตัวตายทั้งหมด

1.2 อาการหลงลืม(memory impairment)เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วย

โรคซึมเศร้าจะทำให้การทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงร่วมกับวัยสูงอายุที่มีความพ่่องทางด้านความทรงจำซึ่งอาจทำให้มีโรคสมองเสื่อมร่วมด้วย (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548)

2. ผลกระทบทางอ้อมมีหลายประการดังนี้

2.1. ทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลงความอยาก

อาหารลดลง ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารน้ำหนักลด

2.2. ความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากขาดความ

สนใจตนเองและ สิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการดูแลตนเองการรักษาหรือการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา (Conwell et al. 1990)

2.3. อุบัติเหตุ เนื่องจากพฤติกรรมที่ซ้าลงหรือลู่กล้ลู่กลนร่วมกับการขาด

ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมทำให้ขาดความระมัดระวัง

2.4. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากขาดความสนใจขาด

แรงจูงใจ เกิดความท้อแท้ หดหู่ แยกตัว

2.5. สูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากแยกตัวขาดการมี

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความคิดในแง่ลบต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่างๆทำให้ครอบครัวและสังคมเกิดความไม่เข้าใจ ผู้ป่วย ไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ

1.2.6 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ผู้ป่วยกลุ่ม โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่ เมื่อมีอาการสิ้นหวังจะนำไปสู่อาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากลดอาการเศร้าแล้ว การลดความสิ้นหวังเป็นการช่วยลดปัจจัยที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า การพยาบาลจิตเวชจึงเน้นที่การพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นการใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยากระบวนการทางประสาทชีววิทยาและการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคมเช่นการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เน้นกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1.การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนระยะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้นจะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้านคือ1) ด้านอารมณ์ (affective) พบอารมณ์หงุดหงิดผัดหวังเศร้าใจ2) ด้านพฤติกรรม (behavior)แสดงพฤติกรรมเศร้าเสียใจร้องไห้3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งความคิดในการทำร้ายตนเอง4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเห็น็ดเหนื่อยอ่อนล้าการรับประทานอาหารการนอนและการดูแลสุขอนามัยโดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์เศร้ายกระดับต่ำ เศร้ายกระดับปานกลางหรือเศร้ายกระดับรุนแรง

2.การวินิจฉัยทางการพยาบาลจากข้อมูลที่ประเมินได้ทำให้พยาบาลสามารถที่จะกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อวางแผนการพยาบาลโดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะ 1)เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น2)มีกระบวนการคิดและมองตนเองไปในทางลบ 3)มีความพร่องในการปฏิบัติสัมพันธ์กับสังคม 4)มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมและมองอนาคตไปในทางลบ การช่วยตนเองไม่ได้จากการรู้สึกไม่มีแรงในการทำกิจกรรม

3. การวางแผนการพยาบาล โดยในการวางแผนการพยาบาลนั้นมีทั้ง1) แผนระยะสั้นจะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละรายเน้นการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัวโดยช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสมมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีและพัฒนาคุณค่าในตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดีมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเพิ่มคุณค่าในตนเองและ 2) แผนระยะยาวที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคตโดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเองสนับสนุนความสามารถในการทำงานการเผชิญปัญหาและการปรับตัวใน

ครอบครัวและสังคมช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายและความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและคุณค่าแห่งตน

4. การปฏิบัติการพยาบาลเน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

4.1 การป้องกันอันตรายผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง สูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัวพยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิดจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

4.2 การใช้เทคนิคการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจแสดงความเห็นใจและเข้าใจกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

4.3 การสอนผู้ป่วยใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัว ต่อปัญหาการปรับตัวในสังคมการพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออกการฝึกการคลายเครียดรวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.4 การให้คำปรึกษาเน้นการให้คำปรึกษาการปรับตัวการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัวรวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม

4.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

4.6 การแนะนำในเรื่องการป้องกันอันตรายเพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง แนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก็คือได้รับการดูแลเรื่องสุขอนามัยให้ได้รับความสุขสบาย การดูแลเรื่องการได้รับยาตามแผนการรักษามีความปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมานลดภาวะแทรกซ้อนจากการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ในการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวทุกขั้นตอนพยาบาลต้องใช้เทคนิคหลักการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจมีการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญแม้จะกำหนดแผนการพยาบาลไว้อย่างดีแล้วพยาบาลต้องสังเกตพบทวนและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

5. การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้วว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใดเมื่อพิจารณาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และพัฒนาคุณภาพชีวิตพบว่าทุกวิธีการในการบำบัดโรคซึมเศร้าพยาบาลมีอิสระที่จะปฏิบัติบทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ตั้งแต่การบำบัดด้วยยาแม้

พยาบาลจะไม่มีสิทธิตามกฎหมายในการสั่งการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแต่บทบาทอิสระ ที่พยาบาลให้การบำบัดทางการพยาบาลได้ คือ การให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและมีความรู้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาได้ เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผลที่ตามมา คือ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

6. ผลลัพธ์ที่คาดหวังการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงนั้น จำเป็นต้องมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสังคม ดังต่อไปนี้

6.1. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

6.2. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้รับการการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

6.3. ผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ การรักษาที่ต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอื่นๆ จะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการดูแลที่ต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะกลับเป็นซ้ำก็จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยเองที่ไม่ต้องกลับมาอนในโรงพยาบาล ส่งผลดีต่อผู้ป่วยและญาติทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้กระบวนการพยาบาลโดยเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและขั้นตอนในลักษณะให้คำแนะนำสอนให้การปรึกษาประทับประคองรวมถึงการ ฝึกทักษะ สามารถค้นหาปัญหาความต้องการวางแผนดูแลกิจกรรมการดูแลตนเองตลอดจนทราบและรู้จักใช้ทรัพยากรภายใน และภายนอกของคนที่มืออยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาทางพฤติกรรมความคิดในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้องค์ความรู้ และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – based Nursing Practice) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ผลการวิจัย ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชได้เกิดการพัฒนารูปแบบต่างๆ ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse: APN) ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การประเมินผลการวินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนำข้อมูลด้านระบาดวิทยาสถิติ ของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติให้การวินิจฉัยทางการ พยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย ต่างๆที่มีผลต่อการเกิดความสิ้นหวังและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการและปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

2. สมรรถนะในการให้ความรู้การสอนการชี้แนะแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าและการดูแลผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

3. สมรรถนะเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการ พัฒนาความสามารถในดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งให้ ในระหว่างการดำเนินการ และเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหลังจากทำการศึกษาใน ระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

4. สมรรถนะในการประสานงานกับโรงพยาบาลต่างๆคือ ผู้อำนวยการหัวหน้ากลุ่ม งานการพยาบาลคณะกรรมการด้านการวิจัย โดยชี้แจงความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมืออำนาจความสะดวกในการศึกษาวิจัย

5. สมรรถนะการเป็นผู้นำโดยศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ได้ประสิทธิภาพคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต ในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วยหรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถ ในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหา และการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งการปฏิบัติ พยาบาล ดังกล่าว ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวชเนื่องจากที่ผ่านมา แม้ว่าบุคลากร ทีมสุขภาพจิตรับรู้ถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

6. สมรรถนะการนำผลงานวิจัยมาใช้จากการศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรม จากเอกสารวิชาการและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาความคิดด้านลบหลัก 3 ประการ โครงสร้างความคิดผิดปกติ และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้า แต่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของโรคข้างต้น ทำให้เกิดการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และเกิดการป่วยซ้ำ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงเป็น

ปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบหาแนวทางการแก้ไขเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สรุปได้ว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคือสมรรถนะผู้ให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามสมรรถนะหลัก และบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อพัฒนาการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ป้องกันการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับความสิ้นหวัง (Hopelessness)

ความสิ้นหวัง เป็นคำที่มีผู้นำไปใช้ได้หลากหลายทั้งในด้านจิตวิทยาและทางการแพทย์ ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ในด้านจิตวิทยา ความสิ้นหวังอาจเป็นได้ทั้งคุณลักษณะเฉพาะและสภาวะทางอารมณ์ มีแนวโน้มที่เกี่ยวกับความสิ้นหวังบุคคลที่มีคุณลักษณะเฉพาะจะมีอารมณ์ความรู้สึกสิ้นหวังเกิดขึ้นได้ หรือเป็นสถานการณ์เชิงลบที่ขาดความหวัง เช่น การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายทำให้บุคคลมีความคาดหวังในอนาคตเชิงลบ ความคาดหวังในลักษณะนี้เกิดขึ้นได้โดยมีเหตุการณ์ภายนอกและภายในมากระตุ้น และนำไปสู่ ความคิดเชิงลบ การคาดหวังผลลัพธ์ทางลบในอนาคต เช่น ขาดความหวัง ขาดความกระตือรือร้น ขาดที่ปรึกษา ขาดแรงจูงใจ รวมทั้งความคาดหวังเชิงลบของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงเกี่ยวกับอนาคต ในทางการแพทย์ ความสิ้นหวังเป็นภาวะตอบสนองทางจิตวิทยาที่มีต่อการเจ็บป่วยทางกาย มองตนเองว่ามีข้อจำกัดและไม่สามารถใช้หรือสามารถเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดนั้นได้ (Dunn , 2005)

2.1 ความหมายของความสิ้นหวัง

เขาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา (2539) ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวัง (Hopelessness) ว่าเป็นภาวะทางอารมณ์ที่แสดงถึงความรู้สึกไร้หนทางต่อการดำเนินชีวิตจนทำให้ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ระยะต่างๆได้และรู้สึกที่ไม่สามารถเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมได้อย่างฉับพลัน โดยมีการแสดงออกทั้งทางความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม

Beck (1987) อธิบายการเกิดความสิ้นหวังว่า ความรู้สึกสิ้นหวังเกิดจากการที่บุคคลมองตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือประสบการณ์และอนาคตไปในทางลบ

Abramson, Metalsky and Alloy (1989) ความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า หมายถึง

การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแบบแผนการคิดในการมองตนเอง มองโลก มองอนาคต ในเชิงลบที่แสดงออกทั้งทางด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ไปในทางลบ

Metalsky and Joiner (1992) ที่อธิบายความสิ้นหวังไว้ว่า ความสิ้นหวังมาจากปัจจัยเกี่ยวกับกระบวนการความคิดของบุคคล เมื่อประสบเหตุการณ์ที่สะท้อนใจในชีวิต

Farran, Herth and Popovich (1995) อธิบายความสิ้นหวังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีเป็นตัวกระตุ้น เช่น ความสูญเสีย ความผิดหวังจากสิ่งที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้

Hankin , Abramson and Siler (2001) อธิบายว่า ความสิ้นหวัง เป็น ลักษณะทางความคิดของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารูปแบบหนึ่ง ที่มองตนเองมีความไม่มั่นคง ไม่เชื่อมั่นในตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่คุกคามชีวิต ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหวน

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน(AmericanPsychiatricAssociation, 2000)ได้ให้ความหมาย ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามหลักทางด้านจิตวิทยา หมายถึง ความคาดหวังในผลลัพธ์เชิงลบและ ความไร้ประโยชน์ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้

โดยสรุป ความสิ้นหวัง หมายถึง คุณลักษณะหรือภาวะทางอารมณ์เชิงลบของบุคคล เป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต ก่อให้เกิดความเครียด ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีคุณค่า ไร้ประโยชน์ ความรู้สึกกดดันต่อการดำเนินชีวิต มองตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตไปในทางที่ไม่ดี รวมถึงการคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในทางที่ไม่ดีด้วย และเมื่อมีเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต มองว่าตนเองไม่สามารถที่จะคาดหวังหรือเปลี่ยนแปลงตนเองในสิ่งต่างๆเหล่านั้นในทางที่ดีได้ โดยจะมีการแสดงออกทางความรู้สึกความคิดและพฤติกรรม

2.2 ปัจจัยการเกิดความสิ้นหวัง

การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแบบแผนการคิดในการมองตนเอง มองโลก มองอนาคต ในเชิงลบที่แสดงออกทั้งทางด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ไปในทางลบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสิ้นหวัง(Abramson, Metalsky and Alloy, 1989)ประกอบด้วย

2.2.1. ปัจจัยทางตรง (Proximal Factor) หมายถึง ลักษณะทั่วไปของบุคคลทำให้เกิดความสิ้นหวัง เป็นความคิดความคาดหวังในตัวบุคคลเองต่อเหตุการณ์ เรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต ให้เป็นไปในทางลบ ได้แก่ 1) การคาดว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางลบ คือ การที่มีบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นๆได้และนำมาสู่ผลเชิงลบต่อเหตุการณ์ในชีวิตอื่น ๆ มีการมองเหตุการณ์ต่างๆบิดเบือนไปทั้งตนเอง และสิ่งแวดล้อมในอนาคตไปในทางลบ 2)การคาดว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้น ไม่มีประโยชน์หรือหมดหนทางคือ

การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่เป็นความคิดที่เกิดขึ้นต่อตนเอง สังคม สิ่งแวดล้อม โลกและอนาคตร่วมกับการขาดทักษะในการมองปัญหา มอง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้ง ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม อนาคตว่าไร้ค่า ไม่มีประโยชน์

2.2.2. ปัจจัยทางอ้อม (Distal Factor) หมายถึง สภาพแวดล้อมหรือสังคมนรอบตัวที่ กระตุ้นให้เกิดความสิ้นหวัง เป็นเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความเครียด ส่งผลต่อการตอบสนองต่อความเครียดในทางลบเกิดเป็นความสิ้นหวัง ได้แก่ 1) เหตุการณ์ที่เป็น ตัวชีวิตเชิงลบ เช่นการเสียชีวิตบุคคลในครอบครัว การทะเลาะกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เป็นต้น 2) ประสบการณ์ที่เผชิญกับสถานการณ์ ในทางลบที่เกิดขึ้นและส่งผลต่อบุคคลซึ่งมีความ แตกต่างกันทางบุคลิกภาพหรือการที่บุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นหรือ เหตุการณ์เชิงลบอย่างแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับ ความเปราะบาง ความอดทนต่างๆ ลักษณะเฉพาะ ภายในตัวบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต

ปัจจัยทั้ง 2 เป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดและเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเมื่อ เกิดร่วมกันทำให้เกิดความสิ้นหวังเมื่อไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่า ตัวตายในที่สุด

2.3 ลักษณะของความสิ้นหวัง

ความสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่เป็นลบ ที่มองตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตไปในทางลบ มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดจาก กระบวนการทางความคิดในด้านลบ เมื่อประสบเหตุการณ์ที่สะเทือนใจในชีวิต 3 ด้าน คือ 1) การ ให้เหตุผลว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งไม่ดี และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับสิ่งนั้น 2) มีการคาดการณ์ เกี่ยวกับตนเองในทางลบจากสิ่งที่เกิดขึ้น และ 3) คาดว่าจะพบกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายนั้นอีกใน อนาคต เมื่อความคิดเหล่านี้เกิดขึ้นร่วมกันจะเพิ่มความรุนแรงจนทำให้เกิดความสิ้นหวังนำไปสู่การ เกิดภาวะซึมเศร้า (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989) ลักษณะของความสิ้นหวังจึงสามารถ แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ได้แก่

2.3.1. มิติด้านความคิด คือ ความคาดหวังเชิงลบต่ออนาคต เช่นความคิดที่มีดমন ไร้หนทางไร้ค่า อนาคตไม่แน่นอนมองโลกในแง่ร้าย แยกตัวจากสังคม พึ่งพาอาศัยคนอื่น จาก กระบวนการคิดไปในเชิงลบ

2.3.2 มิติด้านอารมณ์ คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคต ขาดความหวังขาดความ กระตือรือร้น เนื้อหา ขาดศรัทธา อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย

2.3.3 มิติด้านแรงจูงใจ คือ ความรู้สึกและความคิดเชิงลบของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงอนาคต เช่น มองโลกในแง่ร้าย แยกตัวจากสังคม พึ่งพาอาศัยคนอื่น ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (Farran,Herthand Popovich,1995)

2.4. ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุ มีความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ โดยแสดงออกทางกาย คือปัญหาเรื่อง การรับประทานอาหาร การนอนหลับความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชา กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังเป็น สภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ที่ทำให้มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และ อนาคต ไปในทางที่ไม่ดี เมื่อมีเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต ทำให้มองว่า ตนเองไม่สามารถที่คาดหวังหรือเปลี่ยนแปลงตนเองในสิ่งเหล่านั้น ในทางที่ดีได้สำหรับในผู้สูงอายุ นั้นความสิ้นหวังเป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต (Beck, Weissman, Lester and Trexler ,1974) ความสิ้นหวังมีความสำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ทำให้อาการรุนแรงขึ้นและนำมาซึ่งการฆ่าตัวตาย ความสิ้นหวังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง แยกตัวออกจากสังคม คิดว่าตนเองไร้ค่า และคิดทำร้ายตนเอง (Uncapheret al.1998)

2.5. การประเมินความสิ้นหวัง

ความสิ้นหวังสามารถประเมินได้จาก อาการและอาการแสดงออกทางความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมของบุคคลอย่างไรก็ตาม ได้มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความสิ้นหวัง ดังต่อไปนี้

2.5.1แบบประเมินความสิ้นหวังของBeck et al.(1974) (Beck Hopelessness Scale: BHS) ที่พัฒนาจากแนวคิดการคาดหวังของตนเอง ทั้งในปัจจุบันและอนาคตเพื่อประเมินความคาดหวังทั้งที่เป็นลบหรือความรู้สึกสิ้นหวังและการมองโลกในแง่ร้าย เป็นข้อคำถามใช้มาตรประเมิน 2 มาตร (ใช่, ไม่ใช่) ให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกตนเอง ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวก และเชิงลบ ข้อคำถามที่ตอบว่าใช่ 9 ข้อคือ 1,3,5,6,8,10,13,15,19 ถ้าตอบใช่ให้ 1 ข้อคำถามที่ตอบว่าไม่ใช่ 11 ข้อคือ 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,20 ถ้าตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนนรวมมีค่า 0 -20 คะแนน คะแนนมาก ยิ่งมีความสิ้นหวังมาก โดยใช้ค่าคะแนน 0 -20 คะแนน ที่ผ่านการทดสอบค่าความสอดคล้องภายในที่ระดับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ระดับ .74 ที่ทดสอบในผู้ป่วยที่มีประวัติฆ่าตัวตาย โดยคิดจาก ค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึง ความรู้สึกสิ้นหวังที่เพิ่มขึ้น ไปด้วยจากการทดสอบพบว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.5.2 แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ Geriatric Hopelessness Scale (GSH) ของ Fry (1984) สามารถประเมินได้จากความคาดหวังของตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต ต่อมา Becket al. (1987) ได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นระดับของความสิ้นหวัง เพื่อประเมินความคาดหวังที่เป็นลบหรือความสิ้นหวัง การมองโลกในแง่ร้าย มีผู้ที่ใช้แบบประเมินความสิ้นหวังมาประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (McGee, William and Nada –Raja, 2001) หลังจากนั้น Fry. (1984) ได้พัฒนาตามแนวคิดความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of Depression) ร่วมกับ Becket al. (1974) ที่พัฒนา มาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21,23,25,27,29การให้คะแนนถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามในเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22,24,26,28 และ30 การให้คะแนนในข้อนี้ตอบว่าใช่ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่า 0 -30 คะแนน คะแนนมากความสิ้นหวังมากใช้ค่าคะแนนคือ 1- 30 ที่ผ่านการทดสอบความสอดคล้องภายในที่ระดับ.69 และสัมประสิทธิ์ของความคงที่ระดับ .74 ทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคทางกาย

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ(Geriatric Hopelessness Scale:GSH) ของ Fry (1984) เนื่องจากเป็นแบบประเมินตนเองที่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแต่แบบประเมินความสิ้นหวังทั้งสองนั้น ได้พัฒนาจากแนวคิดความสิ้นหวังในภาวะซึมเศร้า (Hopelessness Theory of Depression) ทั้งสองเครื่องมือได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่น Content validity Index พบว่ามีความสอดคล้องภายใน .93 และ .69 ตามลำดับ แบบประเมินความสิ้นหวังในผู้สูงอายุมีลักษณะของแบบประเมินให้เลือกตอบเกี่ยวกับทัศนคติของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ที่เกิดขึ้นว่าตรงกับความคิดหรือความรู้สึกในขณะนี้หรือไม่ คำตอบมีลักษณะใช่ และไม่ใช่ ใช้ค่าคะแนนคือ 1- 30 คะแนนที่ผ่านการทดสอบความสอดคล้องภายในที่ระดับ.69 ($p < .01$) ทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคทางกาย อธิบายว่า โดยคะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึง ความสิ้นหวังที่เพิ่มขึ้น ไปด้วย พบว่าผู้สูงอายุมีความสิ้นหวังอยู่ในระดับคะแนน 19 - 30 หมายถึง มีความสิ้นหวังระดับมาก

3.ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีหลายปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประสบการณ์ความเครียดในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

3.1 อายุ (Age) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เนื่องจาก

อายุมากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลด้วย เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น จะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัย ไตร่ตรอง และวิธีในการเผชิญปัญหา มากขึ้น (Lazarus and Folk man, 1984) จากการศึกษาของ Cruz et al.(2009) จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุที่มาเข้ารับการรักษาในคลินิกจำนวน 130 คน พบว่า อายุเฉลี่ยที่พบอยู่ที่ 71.9 ปี คิดเป็นร้อยละ 29 และมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในระดับมากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .79$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

3.2 เพศ (Gender) เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่องของ สรีรวิทยา สมรรถภาพทางกายบุคลิกภาพบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบทางครอบครัวและสังคมมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพจิต จากการศึกษาของ Cruz et al.(2009) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุจำนวน 130 คนที่มาเข้ารับการรักษาในคลินิกพบว่ามี ความสิ้นหวังมาก คิดเป็นร้อยละ 29 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69 และมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังระดับมากสูงกว่าผู้หญิงสูงอายุในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy et al.(2000) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้ใหญ่ จำนวน 271 คน เพื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความสิ้นหวัง พบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้าสูงส่งผลให้ระดับความสิ้นหวังสูงด้วย สรุปได้ว่า เพศชายมีความสิ้นหวังสูงกว่าเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ($r = .18, p < .01$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ

3.3 ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (Religious beliefs/ activities)

เป็นความรู้สึกความคิดที่บุคคลยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นหลักในการดำรงชีวิต ต้องอาศัย การไตร่ตรอง เนื้อหาคำสอนด้วยจิตใจอย่างลึกซึ้งและนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยความเชื่อ ศรัทธา เนื่องจากศาสนาเป็นวิถีชีวิตที่เป็นหลักธรรมในการดำเนินชีวิต เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายตาม คุณค่าและความหมายตามแนวทางของแต่ละศาสนาเพื่อนำไปปฏิบัติสู่อุดมคติของชีวิต(สมภาร พรหมทา, 2546) เนื่องจากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นเกิดจากภาวะสูญเสียสิ่งที่ตนเองรัก ต้องการ หรือไม่ได้อย่างที่ตนเองต้องการ ซึ่งล้วนทำให้เกิดความทุกข์ทั้งสิ้น การสูญเสียนำมาซึ่งความรัก และความเกลียดตนเอง ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าจากการยึดติดกับสิ่งที่ทำให้เกิดทุกข์นั้นมาก เกินไป (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2547) ผู้ที่ไม่ใช่ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงมีจิตใจที่ว้าวุ่น อ่อนแอจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา น้อยมี ผลทำให้เกิดความสิ้นหวังของผู้ป่วย ท้อแท้ ไร้หนทางและนำไปสู่การทำร้ายตนเองในที่สุด (Murphy et al.2000) และจากการศึกษาของ Cruz et al.(2009) พบว่าการมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง ($r = -.58, p < .01$) ร่วมกับการศึกษา Murphy et

al.(2000) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยหาความสัมพันธ์พบว่าความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาในคลินิก($r=-.45, p < .01$)จากการศึกษาทั้ง 2 งานวิจัยสรุปได้ว่า ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในวัยผู้สูงอายุ

3.4 ประสบการณ์ความเครียดในชีวิต วัยสูงอายุต้องประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด สะเทือนใจ หรือผิดหวังในชีวิตที่ผ่านมา เกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่เป็นที่รัก ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่เข้ามาในชีวิต (Engel,1971) ส่งผลต่อภาวะอารมณ์ความคิดเชิงลบที่แสดงออกมาทางด้านต่างๆ ทั้งอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และยังเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดและเพิ่มความรุนแรงขึ้น จากทฤษฎีความสิ้นหวัง ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากความสิ้นหวัง (Abramson, Metalsky and Alloy,1989) เกิดได้จาก 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) กระบวนการรับรู้หรือลักษณะทางความคิดเชิงลบของบุคคล และ2)ประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งปัจจัยทั้งสองจะเกิดร่วมกันและนำไปสู่ความสิ้นหวังประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตมีทั้งด้านบวกและด้านลบที่ส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังได้ จากการศึกษาของChang et al. (2010) ที่ศึกษาความเหงาและประสบการณ์ในชีวิตเชิงลบเป็นปัจจัยทำนายความสิ้นหวังและความคิดฆ่าตัวตายในอเมริกาจำนวน 160 คน พบว่า ประสบการณ์ในชีวิตเชิงลบมีความสัมพันธ์สรุปได้ว่าประสบการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังและความคิดฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่ในอเมริกา ($r = .35, p < .001$) แต่จากการศึกษาของ Kapci and Cramer. (2000) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 75 มีประสบการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($r= -.53, p < .05$) สรุปได้ว่า ประสบการณ์ความเครียดในชีวิตน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

3.4.1 การประเมินประสบการณ์ความเครียดในชีวิต การประเมินประสบการณ์ความเครียดมีผู้ศึกษาหลายท่าน ดังนี้

1) แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในชีวิตในผู้สูงอายุ The Geriatric Social Readjustment Rating Scale (GSRRS) ที่ดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ Kanchana,(2011) ตามแนวคิดของ Amster and Kraus(1974) มี 25 ข้อโดยถามระยะเวลาย้อนหลังใน 6 เดือนที่ผ่านมาท่านประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ให้ทำเครื่องหมาย ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเองในประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และถามต่อว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่ถามนั้นมีผลดีผลเสียต่อตนเองหรือไม่ การแปลผลคะแนนตามจำนวนข้อที่พบกับเหตุการณ์นั้นๆและเป็นผลเสีย

ต่อตนเองจึงได้ 1 คะแนน ถ้ามีผลได้ 0 ความรุนแรงคิดตามจำนวนคะแนนที่ได้ได้มากก็แสดงว่ามีเหตุการณ์ทำเครียดมาก และส่งผลเสียต่อตนเองทำให้เกิดความเครียดต่อตนเองมีค่าความเที่ยง .82

2) แบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิตวัยรุ่นของ Hankin et al(2001)ที่ใช้ศึกษาการรับรู้ที่ทำให้สะท้อนใจในวัยรุ่น ที่ได้รับการประเมินว่ามีปัญหาสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และด้านการเรียน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 เหมาะกับกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่ไม่มีโรคทางกาย ไม่มีเจ็บป่วยทางจิต มี 30 ข้อ ด้านครอบครัว 14 ข้อ ด้านเพื่อน 9 ข้อ ด้านการเรียน 5 ข้อ มีค่าความเที่ยง .89

ในการศึกษานี้ใช้แบบประเมินใช้แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในชีวิตในผู้สูงอายุ The Geriatric Social Readjustment Rating Scale (GSRRS) จากงานวิจัยของKanchana. (2011) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและกรอบแนวคิดที่จะศึกษา

3.5 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะอารมณ์ผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลที่มีความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจ โดยแสดงออกทางร่างกาย ความคิด และอารมณ์ คือ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง เฉยชา กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่น ร้อยละ 75 เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะเป็นการตอบสนองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ภายนอกบางอย่าง ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสีย และเหตุการณ์สำคัญที่สร้างความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Blazer,1989) เกิดเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ร้ายแรง การสูญเสียตำแหน่ง จะมีอาการเหล่านี้เพียงไม่กี่วัน มักเป็นอาการทางด้านจิตใจและเกี่ยวกับอารมณ์เท่านั้น ได้แก่ ความโศกเศร้า ไม่มีความสุข โดยทั่วไปมักคิดว่าเป็นประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่และ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยที่เป็นเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย แต่สิ่งทำให้เกิดความเครียดจะรุนแรงมากกว่า เช่น การสูญเสียสามีภรรยา อาการสำคัญได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าและความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายในที่สุด และความรู้สึกนี้เป็นอย่างต่อเนื่องนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Hogtel, 1985) การใช้ความคิดสติปัญญาในการตัดสินใจ ความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง และแรงจูงใจของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้(อรพรรณ ทองแดง, 2544) มีผลต่อ

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย นอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง แยกตัว โศกเศร้า ด้านอัตมโนทัศน์ การมองตนในแง่ลบ รู้สึกชีวิตไร้คุณค่า ความรู้สึกภาคภูมิใจลดลง หมดหวังไม่มีความสุข ไม่สนใจดูแลตนเอง และไม่สนใจสิ่งแวดล้อม (สมภพ เรื่องตระกูล ,2542) โดยเฉพาะด้านอัตมโนทัศน์ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

3.5.1 การประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้มีผู้คิดไว้หลายแบบทั้งที่ประเมินโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมและการประเมินด้วยตนเอง ได้แก่

1. Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร ลิ้หิรัญวงศ์และคณะ,2544) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ต่อมามีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ มีคำถามจำนวน 21 ข้อวัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ 4 ข้อ (Hamilton,1967,1960) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ โดยคงจำนวนข้อและการรวมคะแนนเช่นเดิม แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 0 -7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 8 -12 คะแนนหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13 - 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18 - 29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.738 และค่า ความสัมพันธ์เท่ากับ -.82

2. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยามความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา , 2536)

3.Zung Self-Rating Depression Scale[Zung SDS]ที่สร้างขึ้นโดยZung ,(1982) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุม ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (Ebersole & Hess, 2001 อ้างใน ชัดเจน จันทรพัฒน์ , 2542)

4.Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปีพ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองเครื่องมือนี้มีรากฐานจาก Yasavage et al.(1978)ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรวรรณ ถีทองอินทร์ (2533)เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่ามีค่าความคงที่ภายใน KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรานามเดช, 2539 อ้างใน สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์,2543) เป็นแบบวัดที่เหมาะสมในการวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุประเมินด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา (self report)แบบวัดประกอบด้วยคำถาม จำนวน 30 ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบคือ “ใช่” และ “ไม่ใช่”ในการประเมินค่าคะแนนในข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่”ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่”ได้ 1 คะแนน แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถาม ทั้ง 30 ข้อ รวมกัน และแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า เป็น 3 ระดับดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึงความเศร้าปกติ 13-18 คะแนน หมายถึงมีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง(moderate depression)และ25-30 คะแนนหมายถึง มีความเศร้ารุนแรง(severe depression)

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scaleเนื่องจากแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมีความเที่ยง .87 มีค่าความคงที่ภายใน .93 ใช้เวลาตอบ 10 นาที เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

3.6 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self –esteem) เป็นปัจจัยภายในของบุคคลที่สำคัญในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันและเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิตที่แสดงถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจของบุคคล (Taft ,1985) ซึ่งไม่ได้มีติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด แต่บุคคลสามารถพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าได้ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Maslow (1970) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อ

มั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความแข็งแรง มีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี มีการรับรู้บทบาทของตนเองได้อย่างถูกต้อง สามารถพึ่งตนเองได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นความมีคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการพื้นฐานขั้นที่ 4 ของมนุษย์บุคคลจะพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองภายในจากความต้องการขั้นที่ 3 ได้รับการตอบสนองแล้วคือ การยอมรับจากสังคม

Sasse (1978) ได้ให้ความหมายของคำว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ว่าเป็น ความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสำคัญมีคุณค่า ต้องการได้รับความเชื่อถือและการยอมรับนับถือจากผู้อื่น

Rosenberg(1979) ให้ความหมายว่าเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความคิดของตนเองเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับในตนเอง นับถือตนเองและมีความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งการประเมินตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ

Coopersmith (1981) ให้ความหมายของความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นการรับรู้ตนเองของบุคคล แล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง แสดงให้เห็นถึงขอบเขตของความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีพลังอำนาจแห่งตน ซึ่งบุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกไป

สรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกภายในของบุคคลหรือทัศนคติของบุคคล ในการที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง ในด้านความสามารถ ความมีคุณค่า และการนับถือของตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จตามที่ต้องการ การประเมินตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ

3.6.1. การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความคิด ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง และเป็นการประเมินทัศนคติและการกระทำของสังคมที่มีต่อตน มี 2 วิธี คือ การประเมินพฤติกรรมของผู้ถูกวัดโดยบุคคลอื่น และการประเมินโดยตนเองเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องมากกว่า เพราะเป็นการรายงานตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีผู้สร้างแบบสำรวจขึ้นมา เช่น

1. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self Esteem Scale) โดย ฐาปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุลเป็นผู้พัฒนา ลักษณะเครื่องมือ มาตรวัดแบบเรียงอันดับ (Ordinal rating scale) แบบ 4 มาตร (1,2,3,4) จำนวน 10 ข้อ ข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ 1,3,4,7,1 (การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4,3,2,1) ข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ 2,5,6,7,8,9 (การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1,2,3,4) จุดประสงค์แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองความตรงเชิงเนื้อหา Cronbach s Alpha coefficient = 0.6782

การนำแบบประเมินไปใช้ เป็นการถามข้อความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไป เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ได้มีการดัดแปลงมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัด สระบุรี

2. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของCoopersmith (1985)มีการพัฒนามาเรื่อยๆ ตั้งแต่ชั้นเรียน ฉบับสั้น และมาเป็นฉบับผู้ใหญ่ แบบประเมินทั้ง 2 ฉบับสามารถวัดในสิ่งเดียวกันได้ ในฉบับผู้ใหญ่ ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยนายตา วงศ์สิทธิ์, (2532) เป็นการประเมินความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ รวม 25 ข้อ ที่ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านทั่วไป ด้านสังคม และด้านครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แปลโดยของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) จากแนวคิดของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self Esteem Scale) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน และจำนวนข้อคำถามมีไม่มากจึงเหมาะที่จะใช้กับผู้สูงอายุ ข้อคำถาม ตามแนวคิดของ Rosenberg, (1979) มีความตรงเชิงเนื้อหา Cronbach s Alpha coefficient = .87 เป็นการถามข้อความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไป ลักษณะเครื่องมือ มาตรวัดแบบเรียงอันดับ (Ordinal rating scale) แบบ 4 มาตรฐาน (1,2,3,4) จำนวน 10 ข้อ ข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ 1,3,4,7,1 (การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4,3,2,1) ข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ 2,5,6,7,8,9 (การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1,2,3,4)

3.7 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)แนวคิดนี้ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยมีการศึกษาของการสนับสนุนทางสังคมต่อมนุษย์ไว้หลายประเด็น ประเด็นที่สำคัญ ได้รับความสนใจอย่างมาก คือผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ โดยผลการศึกษาต่างๆ ให้การยอมรับร่วมกันว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของมนุษย์ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอช่วยลดความเครียด ช่วยให้การปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลด้วย จากแนวความคิดดังกล่าว ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ไว้หลากหลายดังนี้

Cobb (1976) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลว่ามีคนรัก เอาใจใส่ รู้สึกภาคภูมิใจ และยอมรับว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การมีสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงการยอมรับนับถือ เห็นคุณค่า โดยให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ สิ่งของ เงินทอง คำแนะนำ การดูแล และการให้ข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากความเกี่ยวข้องทางสังคม ที่ช่วยเผชิญความเครียดในชีวิต

Norbeck (1982) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ บุคคลในสังคมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บุคคลในสังคมช่วยกันคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ

ชมนาด วรณพรศิริ (2535) ให้ความหมายว่า เป็นการช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือแนะนำ

รุจิรงค์ แอกทอง (2549) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ได้แก่ ด้านอารมณ์และสังคม ทางด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ของต่างๆ

ภัทราร วิริยวงศ์ (2551) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน แนวคิดของ Cobb, (1976) และ Jacobson (1986)

อุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความรัก ความเอาใจใส่ไว้วางใจจากคนรอบข้าง ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เวลา ข้อมูล และได้รับการยอมรับจากคนในสังคม

3.7.1 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดการสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญเชื่อมโยงไปสู่ภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคล จึงมีผู้สนใจจำนวนมากและหลากหลายดังนี้

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ทำให้รับรู้ว่าจะได้รับความรัก เอาใจใส่ ยอมรับ และไว้วางใจ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองได้รับการยอมรับ มีผู้อื่นมองเห็นคุณค่า และรู้สึกมั่นใจในตนเอง

3.การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

House (1981) แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ตามลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ หัวหน้า ลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน และความสัมพันธ์ไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์โดยไม่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ พ่อแม่ คู่สมรสและเพื่อน และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมในการได้รับความช่วยเหลือออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1.การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย รับฟัง และไว้วางใจ
- 2.การสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ในการประเมินตนเองในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจ และนำไปเปรียบเทียบกับผู้เข้าร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ
- 3.การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง เพื่อแก้ไขปัญหาได้
- 4.การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrument support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่อง สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน

Brandt and Weinert (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 มิติตามแนวคิดของ Weiss (1974) คือ

- 1.ความผูกพันใกล้ชิด (Attachment) ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวมคือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่นช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในคู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
- 2.การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าคุณมีคุณค่าต่อกลุ่ม
- 3.พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบเป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตและความสุขสบายของผู้เยาว์ แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย
- 4.การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัว

หรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ชี้นำหรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ไข

ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้านตามการแบ่งของ Brandt and Weinert, (1985) คือ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำ

3.7.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การประเมินการสนับสนุนทางสังคมใน 2 ด้าน (Cohen, Underwood and Gottlieb, 2000; Cohen and Wills, 1985; Weinert, 1987; Wortman 1984 อ้างใน มณีกานต์ สุภาสุ, 2551)

1. การวัดโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม (Structure aspects of social support) เป็นการวัดข้อมูลเชิงปริมาณ ของแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่มีการเชื่อมโยงกับบุคคล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเชิงโครงสร้างนี้ เช่น สถานภาพการสมรส ความถี่ในการติดต่อกับบุคคลที่สำคัญ จำนวนของผู้ที่ไว้ใจได้และจำนวนครั้งที่มีส่วนร่วมในชุมชน

2. การวัดหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคม (Functional aspects of social support) ให้ความสนใจต่อคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเครือข่ายทางสังคมเป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมว่ามีความพอเพียงและเหมาะสมเพียงใด

ซึ่งการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมนี้พบว่ามีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลากหลายแบบ โดยแบบวัดที่มีผู้นิยมนำไปใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb) ซึ่งสร้างโดยแคปแพลน (Kaplan) ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุดแต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคม (Turner, 1981)

2. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาห์น (Kahn) ที่เรียกว่า Norbeck social support questionnaire part two NSSQ 2) สร้างโดย นอร์เบค,ลินเซย์,และคาร์เรียรี,(Norbeck,Linsey&Carrieri,1981)คำถามจะเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรองและเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกันและการให้ความช่วยเหลือลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วนให้ค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของบุญพา ณ นคร (2538) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค.88

4. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss (1974) ที่เรียกว่า The personal resource questionnaire : PRQ85 Part II ซึ่งสร้างโดย Brandt & Weinert (1981) ซึ่งแบบวัดนี้มีการวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคล 2 ส่วน คือ โครงสร้างและหน้าที่ โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการให้และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมใน 5 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (Attachment) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) การได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม (The obtaining of guidance) คำถามในส่วนนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนให้ค่า 3 ระดับ จำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 25 -175 ค่าคะแนนรวมมากแสดงว่ามี การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูงแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ.93 (ชมนาด วรรณพรศิริ, 2535)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (The Personal resource questionnaire : PRQ85 Part II) ของ Brandt and Weinert,(1981) เป็นแบบวัดที่นิยมใช้ในการวัดหน้าที่การสนับสนุนทางสังคมและมีค่าความเชื่อมั่น .93 ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือนี้ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่น .87 และมีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่าง

กว้างขวาง เช่นรัชฎาพร ธรรมน้อย (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .88

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยโรคทางกายที่ส่งผลด้านจิตใจในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคทางจิตมีน้อยมากในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพบบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ภูมิรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การใช้ แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับความสิ้นหวังของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ใน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 139 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนของความสิ้นหวังของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ใน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับไม่รุนแรง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสิ้นหวังของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ($r = -.539, p < .05$) ส่วนเหตุการณ์เครียดในชีวิตรายด้าน คือ ด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ใน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ($r = .217, r = 256, p < .01$ ตามลำดับ)

Murphy et al.(2000)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน271 คน พบว่า อายุ และความเชื่อและศาสนามีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังโดยที่เพศชาย มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิงและส่งผลถึงระดับความสิ้นหวังสูงด้วย คิดเป็นร้อยละ 56 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อทางศาสนาและมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ($r = -.45, p < .001$) จึงส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวังลดลง

Chioqueta et al.(2007)ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันระหว่างอาการทางจิต ความสิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจำนวน314 คน เป็นเพศชาย 71 คน เพศหญิง 243 คนพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ($r = .29, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจำนวน ($r = -.34, p < .01$) และความคิดฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า($r = -.58, p < .01$)

Cruz et al.(2009) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวัง ในผู้สูงอายุ 130 คนที่มารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าคลินิกโรคซึมเศร้า พบว่าเพศชาย อายุ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวัง

พบว่า ร้อยละ 69 เป็นเพศชายซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง($r = .79, p < .01$) ร้อยละ 29 มีความสิ้นหวังอยู่ในระดับรุนแรง อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างที่พบ 71.9 ปี มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวัง($r = .97, p < .01$) ร้อยละ 92 มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางศาสนาและมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง($r = -.58, p < .01$)

Chang et al. (2010) ศึกษาความเหงาและประสบการณ์เชิงลบเป็นปัจจัยทำนายความสิ้นหวังและความคิดฆ่าตัวตายในอเมริกา ที่ศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 -46 ปี ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ($\bar{X} = 19.78, \pm SD = 3.70$) จำนวน 160 คน (เพศชาย 38 คน เพศหญิง 122 คน) พบว่า ความเหงา ประสบการณ์เชิงลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวังและความคิดฆ่าตัวตายวัยผู้ใหญ่ในอเมริกา($r_s = .54, r_s = .35, p < .001$ ตามลำดับ)และประสบการณ์เชิงลบสามารถร่วมพยากรณ์ความสิ้นหวัง ได้ร้อยละ 29.0, ($R^2 .29$)

5.กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดความสิ้นหวัง และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ เพศ ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ประสบการณ์ความเครียดในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

