

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญ และประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 ความหมายภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า
 - 1.4 การวินิจฉัยอาการแสดง
 - 1.5 การรักษาโรคซึมเศร้า
2. การประเมิน โรคซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง
3. แนวคิดการปรับตัวของ Roy
4. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด
5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
6. การพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ต้องประสบและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิด และดำเนินไปตลอดชีวิต (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542) โดยมีการให้ความหมายผู้สูงอายุ 2 ลักษณะคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ ดังนี้ วัยสูงอายุเริ่มต้น (young old age) อายุ 65–74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (middle old age) อายุ 75–84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (old old age) อายุมากกว่า 85 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุ 60 ปี และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วงคือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือ บุคคลที่มีอายุ 60–74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (old) คือ ผู้ที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือ บุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก WHO (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องมีอาการดังต่อไปนี้ 1 อย่างคือ อารมณ์เศร้า หรือหมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับมีอาการต่อไปนี้ 5 อย่าง หรือมากกว่า ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้า 2) หมดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ 3) เบื่ออาหารและน้ำหนักลดหรือรับประทานจุ และน้ำหนักเพิ่ม 4) นอนไม่หลับหรือหลับมาก 5) ความคิดและการเคลื่อนไหว เชื่องช้า หรือพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย 6) อ่อนเพลียง่ายหรือไม่มีแรง 7) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากผิดปกติ 8) สมาธิเสียหรือมีความลังเลใจ 9) มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญของโรคคือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกับอาการสำคัญอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดเบียดเบียนชีวิต และอาการต่างๆ ที่กล่าวมาจะเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงาน หรือ การเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ได้แก่ อาการทางกาย ทางพฤติกรรมคำพูด และทางความคิดกังวล (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.2 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ศิริพร จิรวรรณกุล (2546) กล่าวถึงความหมายของภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์ มีความหมายใน 3 นัย ได้แก่ 1) นัยทางอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก (Feeling) โดยนัยนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจหมดหวัง 2) นัยทางอาการ (Symptom) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น อาการหงุดหงิด การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เงิบซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ หรือเคยชอบรวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย แยกตัว มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย 3) นัยของการเป็นโรค (Disease) ภาวะซึมเศร้าเป็นนัยของการเป็นโรคนั้น หมายถึง ภาวะซึมเศร้า หรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิต และเป็นความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคล มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนยัดตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น และต่อมา Beck และคณะ (1979) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าในด้านของสาเหตุว่า เกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในลักษณะเนื้อหาของความคิด ซึ่งเป็นไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือ โลก และอนาคตของเขา

สุวินัย เกี้ยวกิ่งแก้ว (2543) ที่ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าคือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกันมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pressimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลาย ด้วยการทำลายตนเอง

Isaacs (2001) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าคือ อารมณ์รู้สึกผิด รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง ไม่มีประโยชน์และสิ้นหวัง

Tucker, Sharon, Brust, Susan and Richardson (2002) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ว่าเป็นความรู้สึกผิด มีอารมณ์เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง เหงา ขาดความมั่นใจในสิ่งแวดล้อม

จากความหมายที่กล่าวมา ผู้ศึกษาสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิตที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายตามมา โดยจะมีความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิด เบื่อชีวิต ท้อแท้ หมดหวังรู้สึกไม่มีความสุข ไปจนถึงอยากตาย ซึ่ง มีความรุนแรงจนทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีผลกระทบต่อ ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิต ประจำวันอาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

1.3 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

โดยส่วนใหญ่มักกล่าวว่าเป็นผลมาจากสาเหตุหรือปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน สามารถแบ่งเป็นด้านต่างๆ 3 ด้านคือ ร่างกาย จิตใจ สังคม (จอม สุวรรณ โน, 2541; สรวุฒิ พิมพากรณ์ และ สุวณิ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2540)

1).ปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1) การเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ โดยทั่วไป มักจะเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย และมักเป็นโรค และการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการบกพร่องของภาวะสุขภาพทางกายกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว (Bruce, 2002; Gottfries, 2001; Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002)

จากการศึกษาของ สรวุฒิ พิมพากรณ์ และสุวรรณี เรืองเดช (2540) การมีโรคทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้อธิบายเหตุผลไว้ 4 ประการคือ

1) เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุแบกรับภาระในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เป็นการซ้ำเติมการเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เป็นทุกข์รู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว

2) โรคทางกายทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง เนื่องจากอายุมากแล้ว ประกอบอาชีพไม่ได้ ร่างงาน รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว ดังนั้นจึงต้องพึ่งพาคคนในครอบครัวมากขึ้น นอกเหนือจากการพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3) โรคทางกายเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การใช้กำลังกาย การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น

4) ในแง่ชีววิทยา โรคทางกายบางอย่างอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขณะทำการล้างไต ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก จนมีพยาธิสภาพในสมอง โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับตำแหน่งการเกิดเนื้อตายและการฝ่อของรอยแยก รวมถึงเกิดจากผลของการหยุดใช้ยา ซึ่งได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะเกี่ยวข้องกับ

1.2) ภาวะโภชนาการ เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารของร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยหนึ่งที่มีความต้องการได้รับสารอาหารเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ แต่ต่างกันในเรื่องสัดส่วนอาหารที่ได้รับ นอกจากการได้รับอาหารที่เพียงพอมีความจำเป็นกับ ผู้สูงอายุปกติแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย เช่น ไข้ มีภาวะเครียดมีแผลไหม้พองยังจะมีความต้องการได้รับสารอาหารมากกว่าปกติ โดยเฉพาะโปรตีนเพิ่มขึ้นกว่าปกติ หากได้รับพลังงานไม่เพียงพอ จะทำให้การเผาผลาญโปรตีนของเนื้อเยื่อต่างๆ ออกมาใช้ร่างกายจะผอม ทรวดโทรม ภูมิคุ้มกันต่ำลง การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ยิ่งหายช้ายิ่งขึ้น นอกจากนี้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า เช่น มีการศึกษา พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจากการขาดวิตามิน ซึ่งวิตามินที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้ามีดังนี้

1) ขาดไทอามีน หรือวิตามิน บี1 (thiamine) สามารถทำให้อารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่าย เฉยเมย หรือไม่สนใจสิ่งต่าง ความอยากอาหารที่รุนแรง และมีสี่เรื่อนี้วชีและนิ้วเท้า จะพบมากในเนื้อหมู เนื้อวัว นม และธัญพืช การขาดมักเป็นผลจากการกินหมาก และรับประทานปลาดิบซึ่งมีกรดเทนนิก (tennia acid) และเอนไซม์ไทมิเนส (timinas) ไปขัดขวางการดูดซึม

2) ขาดวิตามินไนอะซิน (niacin) หรือกรดนิโคตินิก (nicotinic acid) ทำให้มีอาการเพลลากรา (pellagra) ปกติพบมากในอาหารประเภทปลา ยีสต์ที่ใช้ต้มสุรา เบียร์ ไก่

3) ขาดวิตามินไพริดอกซิน หรือวิตามิน บี 6 (pyridoxine) จะมีอาการชา ซึ่งเป็นอาการของ โรคเส้นประสาท ชีมเศร้า หงุดหงิดง่าย และซีด (microcytic anemia) วิตามินชนิดนี้พบมากในเนื้อหมู ธัญพืช ปัจจัยที่ทำให้สูญเสียวิตามินชนิดนี้คือ การหุงข้าวแบบแช่น้ำ การใช้ยาบางชนิด เช่น INH

4) กรดแพนโคตินิก (pancotinic acid) ปกติพบมากในอาหารหลายชนิด แต่ถูกทำลายได้ง่ายในกระบวนการต่างๆ จึงทำให้การนำมาใช้รักษาคนไข้ที่ซึมเศร้าจะไม่ประสบความสำเร็จ

5) ขาดวิตามินเอ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เบื่อ นอนหลับยาก ที่มีลักษณะเหมือนกับภาวะซึมเศร้า ปกติพบในน้ำมันตับปลาค็อด พืชผัก ผลไม้ที่มีสีเหลือง เช่น ฟักทอง แครอท มะละกอสุก การขาดมักเป็นผลจากผู้ป่วยสูงอายุมีการกำจัดโปรตีนชนิดที่มีไขมันสูง ซึ่งเป็นตัวพาวิตามินเอลดลง และมีการดูดซึมวิตามินเอที่ลำไส้เพิ่มขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผนังเยื่อบุลำไส้

6) ระดับทองแดงที่สูงเกินไปจัดเป็นสาเหตุของซึมเศร้าได้ด้วย แม้ว่าเป็นสารประกอบมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่ได้มาจากมลพิษของ โรงงานอุตสาหกรรม บุหรี่ และจากทองแดงของท่อน้ำ

1.3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอน ตอนเช้าถึงการเข้านอน การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดินและการทำสุขอนามัยส่วนบุคคล เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและดำรงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม ทำให้รู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีความหวังต้องการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ส่งผลให้บุคคลมีพลัง แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่หวัง มีความเข้มแข็ง มีการปรับสภาพจิตใจทำให้มองเห็นทางในการแก้ปัญหาและความยุ่งยากได้ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตดีตามมา ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ (Ruigomez , & Martin, 2002) ด้วยภาวะของโรคทำให้ต้องมีการรักษาด้วยยาวนาน ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร่วมด้วยย่อมจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะส่งผลมีจิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกด้อยคุณค่า มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสนใจต่อกิจกรรมรอบตัวน้อยลง แยกตัว อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือการรับรู้ ทำให้คิดซ้ำๆ และมีความคิดทำร้ายตัวเอง (บุญพา ณ นคร, 2545)

2) ปัจจัยด้านจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

2.1) ความสำเร็จตามเป้าหมาย ในเรื่องความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีพัฒนาการด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุของอีริกสัน (Erikson, 1963 อ้างตาม สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2542) ที่กล่าวว่า การเผชิญหน้ากับช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับอดีตที่ผ่านมา ฉะนั้นถ้าช่วงชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่ต้นดำเนินมาด้วยดี ในบั้นปลายจะมีความสุขกายสบายใจอย่างสมบูรณ์ มีความพึงพอใจในชีวิตและพร้อมที่จะจากไปอย่างกล้าหาญ ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่มีช่วงชีวิตที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จก็จะเศร้าหมอง รู้สึกว่าตนเองผิดพลาด ล้มเหลว หดหู่ใจ กลัวความตายที่จะต้องเผชิญในวันข้างหน้า และอยู่ต่อไปอย่างไม่เป็นสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่นั้นคือ ความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีอัครมโนทัศน์ (self-esteem) ที่ดีต่อตนเองนั่นเอง เช่น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เมื่อได้ระลึกถึงประสบการณ์ด้านต่างๆ ทั้งด้านส่วนตัว ด้านการทำงานที่ผ่านมาในชีวิต ซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตดีตามมา แต่ถ้าบุคคลใดไม่เคยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ประสบแต่ความล้มเหลว จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัว

2.2) การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้หรือเข้าใจ โดยมีการแปลความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง แต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลกระทบต่อตนในลักษณะที่แตกต่างกันหรือกล่าวได้ว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน มักจะประเมินได้จากอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิด ทัศนคติของแต่ละคนด้วย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมหรือกระทำการแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน

2.3) ความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) ความรู้สึกหมดหนทางเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากบุคคลที่มีความสำคัญเมื่อประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลัน ทำงานล้มเหลว ถูกออกจากงาน เป็นต้น

2.4) การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ทั้งที่บุคคลอื่นสามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ และบุคคลอื่นไม่สามารถมองเห็นได้หรือสังเกตได้ แต่ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม มีการติดต่อกับกลุ่มเพื่อนฝูงน้อยลงจากเดิม ส่วนใหญ่แยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จอม สุวรรณโณ, 2541)

3) ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

3.1) แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพอันดีกับครอบครัว เพื่อน และสังคม สัมพันธภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่มาดูแลนั้นว่ามีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ การส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลช่วยเหลือ ซึ่งผู้ป่วยในด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนครอบครัวช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อลดการหลั่งสารแคทอิโคลามีน (Catecholamine) ทำให้ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้นเป็นตัวป้องกัน และลดความเครียด (Buffer) ที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม มีการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม ตลอดจนได้รับข้อมูลต่างๆ ที่สามารถเลือกปฏิบัติได้ ก่อให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้อง ช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มการควบคุมตนเอง และความมั่นใจในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนรับรู้ และเข้าใจความเครียดที่เกิดขึ้น (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546) ดังนั้นปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้การปรับตัวเผชิญกับความเครียด และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจได้

3.2) การทำงาน หรือปฏิบัติภารกิจต่างๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลงหรือว่าเหว่ นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองหรือเป็นที่พึ่งของลูกหลานได้ แม้ว่าการทำงานนั้นจะเป็นเพียงการเป็นที่ปรึกษาหรือ หรือช่วยเหลือบุตรหลานหรือแม้แต่ทำงานบ้านนั้นคือ การทำงานมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยนั่นเอง เห็นได้จากการศึกษาของสรวิชัย สังข์ศรีศรี และคณะ (2540) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ยังทำงานมีระดับของอารมณ์เศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน

1.4. อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย ลักษณะที่เด่นชัดคือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายอย่างมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือเด่นชัด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

ลักษณะทางคลินิกมีดังต่อไปนี้

1) มีอาการแสดงออกของการเจ็บป่วยทางฝ่ายกาย ผู้สูงอายุจะครุ่นคิดกังวลว่าสุขภาพไม่ดี อาการไม่สบายทางกายหลายๆ อย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมอมนินชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเพื่อ แน่นท้อง และคลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง

2) มีความรู้สึกไม่ร่าเริง หรือแจ่มใส อาจมีอาการเศร้าแต่ไม่มาก บางรายมีสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ รายที่เป็นมากจะมีอารมณ์เศร้าอย่างชัดเจน

3) มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย

- 4) มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และท้องผูก
- 5) นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ากว่าธรรมดา
- 6) สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย
- 7) ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ อาการคล้ายสมองเสื่อม บางรายแยกกันยาก พบบ่อยว่าผู้สูงอายุมีอาการเศร้าและสมองเสื่อมร่วมกัน
- 8) ผู้สูงอายุบางรายมีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย
- 9) มีความรู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ท้อแท้ สิ้นหวัง
- 10) มีความรู้สึกผิดและลงโทษตนเอง พบในรายที่เป็นมาก พร้อมกันนี้จะมีอาการเบื่อชีวิต คิดอยากตาย

11) ผู้สูงอายุที่เป็นมากขึ้นเป็นโรคจิต จะมีอาการหลงผิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย และอาการหลงผิดชนิดอื่นๆ ในคนสูงอายุ อารมณ์เศร้า และความเจ็บป่วยทางกายจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เมื่อมีโรคทางกายความรู้สึกมีคุณค่าตนเองจะลดต่ำลงทำให้เกิดความซึมเศร้า ด้วยเหตุนี้การตรวจโรคทางร่างกายโดยละเอียดเพื่อค้นหาโรคทางกายที่อาจมีร่วมด้วยจำเป็นอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่มีผลต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ จะบดบังความสุข การหัวเราะ ความเห็นอกเห็นใจคนอื่น ความสุข และความรัก ในที่สุดภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องตกเป็นเหยื่อของความเจ็บเหงาและการแยกตัวเอง

หลักเกณฑ์ในการจำแนกภาวะซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ ICD 10) สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของโรคซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ

1) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การแสดงออกด้านต่างๆ มีดังนี้ (1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์ไม่สดชื่น หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่างๆ มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง (2) ด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ต่ำหนืดตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจในด้านต่างๆ ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข มีความคิด

อยากฆ่าตัวตาย (3) ด้านร่างกาย ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง นอนไม่หลับ มีความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงข้ามกันคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวช้าลง อาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบากบางครั้งไม่พูดเลย (4) ด้านแรงจูงใจ ได้แก่ สูญเสียแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ต้องการแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจตนเอง

3) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆ เฉยๆ ในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างซ้ำๆ เจ็บ ซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการหลงผิด และประสาทหลอน

อาการแสดงของโรคซึมเศร้า มีผลต่อการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาและแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การให้ความหมาย การแปลความ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม ที่พบบ่อยได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โศกเศร้า ร้องไห้ กลัว กังวล รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวัง ไม่มีความสุข แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง และไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (Bushcman, Dixon and Tichy, 1995) อาการทางร่างกายที่พบบ่อยที่สุดคือ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดและนอนไม่หลับ

สรุปได้ว่า อาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการรู้คิด ได้แก่ หวาดระแวง มองโลกในแง่ร้าย โศกเศร้า ภูมิใจในตนเองลดลง ไม่มีสมาธิแบบแผนการรับประทานอาหาร และการพักผ่อนนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น

1.5 การรักษาโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาตามปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าคือ การรักษาด้านชีววิทยา การรักษาทางยา และรักษาทางจิตใจ เช่น จิตบำบัดแบบวิเคราะห์ กลไกทางจิต การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา เป็นต้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2544) มีรายละเอียดดังนี้

1) การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาโดยให้ยาด้านเศร้า (antidepressant) กลุ่มต่างๆ เช่น ยาด้านเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาด้านเศร้ากลุ่มโมโนเอไมน์ (monoamine oxidase inhibitors) เป็นต้น ยาด้านเศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาท

ของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 31 ชนิดคือ นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) ที่จุดต่อของปลายประสาทที่ทำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น โรคซึมเศร้า จึงหมดไปหรือดีขึ้น ยาแต่ละชนิดมีฤทธิ์ขัดขวางสารสื่อประสาทต่างๆ กัน เช่น ยาอิมิพรามีน (imipramine) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของซีโรโทนิน เป็นต้น การรักษาด้วยยา ด้านเศร้าจะต้องใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติ ลดความรู้สึก ท้อแท้หรือความรู้สึกผิด และยาจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น เป็นเวลานานกว่า 1 เดือน สามารถ ลดยาได้ แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาคิดต่อกันไปเป็นเวลา 6 เดือนถึงหนึ่งปี เพื่อป้องกันการกำเริบ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึมเศร่ารุนแรงมีอาการกำเริบได้อีก และร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยจำเป็นต้อง รับประทานยาไปตลอดชีวิต

2) การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงของโรคซึมเศร้าและช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับบำบัดร่วมมือในการรักษา มีแนวทางการ รักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎี ที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร่าดังต่อไปนี้

- จิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (psychodynamic psychotherapy) มีรากฐาน จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่า ความขัดแย้งในจิตได้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดโรค ซึมเศร้า การบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับการ บำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญๆ เพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหา ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับ การบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตได้สำนึกให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัดแบบ วิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัด ในการใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนานไม่สามารถกำหนด ระยะเวลาในการรักษา มุ่งให้ผู้รับการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตได้สำนึก โดยไม่คำนึงปัจจัย ที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ความซึมเศร่ายังคงอยู่

- การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของ การบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้าน มนุษย์สัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพหรือแก้ไข ความขัดแย้งในจิตได้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้ธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึง ธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้บำบัดพูดประคับประคองให้ความหวังและ กำลังใจกับผู้รับการบำบัด เน้นให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยๆ ในบุคคลทั่วไป ให้ผู้รับการ บำบัดปรับปรุงทักษะด้านมนุษย์สัมพันธ์ เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับความเครียดในชีวิต

- พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เฟอรัสเทอร์ (Kazdin, 2001) เป็นผู้ริเริ่ม นำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การ เปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็น

สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคมยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบกับเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง

- การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย (Beck et al, 1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีนิยามว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม โลก และอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามความเป็นจริงแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคซึมเศร้าเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

- พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (cognitive behavior therapy) แนวคิดทฤษฎี CBT มีพื้นฐานอยู่บนการจำแนก แยกแยะความเชื่อ ข้อกำหนด และการจัดระบบความคิดขึ้นใหม่ โดยไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยซึมเศร้า และการทำความเข้าใจความคิดที่ผิดพลาดนั้นนำมาซึ่งการค้นพบกระบวนการคิดเชิงลบ ที่นำมาเป็นทางเลือกในการนำมาใช้ยืนยันความคิดและการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Stewart, 1994) เป็นการผสมผสานการบำบัดที่หลากหลายซึ่งการเรียนรู้สามารถนำมาใช้ในการป้องกันหรือบำบัดโรคซึมเศร้าได้ CBT มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดระบุนความเชื่อที่ผิด การแปลผลข้อมูลที่บิดเบือนรวมถึงการทดสอบความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม (Beck et al, 1979)

- กลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของยาโลม (Yalom, 1995) เป็นการบำบัดรักษาแบบกลุ่ม ซึ่งถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยทั่วไปหลายประเภท ซึ่งพบว่าได้ผลดีในการรักษา เนื่องจากกลุ่มบำบัดระดับประคองมีเป้าหมายในการแก้ปัญหาความทุกข์ใจ อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางจิต โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งเป็นดีต่อการรักษา

2. การประเมินภาวะซึมเศร้า

ซึ่งประเมินได้จากการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเองซึ่งนิยมนำมาใช้ อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยเนื่องจาก ประหยัดเวลาในการเก็บรวบรวม ข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.1 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยซุง (Zung, 1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้ง อาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมา ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึก นึกคิด พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการ ที่กำหนด อาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการ ทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วย จิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานี้ในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้ วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆ เหมือนแบบของเบค แต่ไม่ครอบคลุม

2.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้ มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบประเมิน ของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของรัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผู้สร้าง ใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกันคือ มีค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้ แบบประเมินนี้ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแล เบื้องต้น

2.3 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบค (Beck, 1961) แบบประเมินสร้างเพื่อ วัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการ จัดอันดับ หรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการ สังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติ และอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและ จัดลำดับของแต่ละ ข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการ ที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อคือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3

คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้ มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะ พบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินชนิดนี้กับผู้ป่วย

2.4 Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเยซาเวจ และคณะ (Yesavage, et.al.) อรวรรณ ลีทองอินทร์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งมีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบคือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.93

3.แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยพัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีระบบ ที่เน้นการทำงานในร่างกายทั้งภายในและภายนอกอย่างมีระบบย่อยในระบบใหญ่ มีการปรับตัวให้คงสถานะสมดุล รอย (Roy) มองมนุษย์เป็นระบบ โดยมีความเชื่อมมนุษย์เป็นหน่วยเดียวกัน มนุษย์มีร่างกายและจิตใจที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ ระบบย่อยต่างๆ ในร่างกายทำงานรวมกันเป็นระบบใหญ่ เมื่อมีสิ่งใดมากระทบใดระบบหนึ่งของมนุษย์ก็จะส่งผลถึงระบบอื่นๆ ไปด้วย การตอบสนองต่อ สิ่งเร้าเป็นการตอบสนองร่วมอันเกิดจากการทำงานประสานสัมพันธ์ของหน่วยย่อยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

รอย (Roy) ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล โดยกำหนดเป็นรูปแบบการปรับตัวของรอย (Roy)

แนวคิดพื้นฐาน

1) บุคคล บุคคลตามแนวคิดของรอย หมายถึง บุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบทางชีวะ จิตใจ และสังคม รวมเป็นระบบหนึ่งซึ่งมีการปรับตัว

อยู่ตลอดเวลา จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวของบุคคลมีกระบวนการเกิดขึ้น 2 ประเภท

1.1) กลไกการควบคุม เป็นการทำงานของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบการรับรู้และการตอบสนองประสานกัน

1.2) กลไกการเรียนรู้ เป็นการทำงานในส่วนที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจ สังคม เป็นการรับรู้ของบุคคล และกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลในบุคคล และกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลในบุคคล ทำให้เกิดการเรียนรู้ การตัดสินใจและอารมณ์

2) สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของรอย ครอบคลุมสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาได้ตอบ สิ่งเร้ามีทั้งสิ่งเร้าภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3) สุขภาพ รอยกล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับการปรับตัวบุคคลจะต้องเผชิญกับปัญหาที่ต้องมีการปรับตัวในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะในสถานการณ์การเจ็บป่วย ความสามารถในการปรับตัว และภาวะบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง กลไกการปรับตัวของบุคคลจะมุ่งรักษาความมั่นคงทางสุขภาพ

4) การพยาบาล รอยได้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ว่า การพยาบาล หมายถึงระบบของความรู้เชิงทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยหรือมีแนวโน้มจะเจ็บป่วยทั้งคน ด้านชีววิทยา ด้านอัตรโมทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งต้องอาศัยการวางแผนเป้าหมายร่วมกับสมาชิกในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลดีกับ ผู้รับบริการ

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยมีข้อตกลงเบื้องต้นไว้ดังนี้

1) มนุษย์เป็นองค์ประกอบรวม ซึ่งประกอบด้วย สภาวะทางชีวะ จิตใจ และสังคม

2) มนุษย์จะมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ทั้งทางด้านชีวะ จิตใจ

และสังคม

3) การเผชิญสภาวะต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ จิตใจ และสังคม มีการปรับตัว ซึ่งเกิดขึ้นด้วยกลไกตามธรรมชาติและกลไกจากการเรียนรู้ ทั้งทางด้านชีวะ จิตใจ และสังคม เพื่อรักษาสภาวะสมดุลของชีวิต

4) มนุษย์ทุกคนอยู่ภายใต้กฎของความปกติสุข การเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

5) มนุษย์ต้องการการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและเอาชนะสิ่งแวดล้อม

6) การปรับตัวของมนุษย์เป็นการทำหน้าที่ของมนุษย์ในการตอบสนองสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าตามระดับการปรับตัว ซึ่งประกอบไปด้วยสิ่งเร้า 3 ประเภทคือ

6.1) สิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญอยู่โดยตรง เช่น ภาวะโรคภัยไข้เจ็บ ภาวะการณีสัญเสีย เป็นต้น

6.2) สิ่งเร้าร่วม หมายถึง สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อบุคคล นอกเหนือจากสิ่งเร้าตรง เช่น ระยะเวลาการ องค์ประกอบทางกรรมพันธุ์ แบบแผนทางสังคม วัฒนธรรมประเพณี

6.3) สิ่งเร้าแฝง หมายถึง สิ่งเร้าที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล เช่น ความเชื่อทัศนคติ อุปนิสัย ประสบการณ์เดิมของบุคคล

7) ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวที่จะก่อให้เกิดการตอบสนองในทางบวก มีขอบเขตจำกัด

8) การปรับตัวเพื่อรักษาสภาพสมดุลของบุคคลนั้น Roy (1999) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวโดยเป็นกระบวนการภายในที่เกิดกับบุคคลนั้น โดยเกี่ยวข้องกับระบบทางด้านร่างกาย (regulator subsystem) ซึ่งได้แก่ สารเคมี ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบทางด้านความนึกคิด (cognator subsystem) ซึ่งได้แก่ ความนึกคิดและอารมณ์ที่เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยมีการปรับตัวใน 4 ลักษณะคือ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอ้อม โนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น

8.1) การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเป็นผลจากการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่างๆ ในร่างกายของบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านร่างกายในอันที่จะตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย 5 ประการคือ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกันอันตรายของร่างกาย นอกจากนี้การปรับตัวด้านร่างกาย ยังได้รวมการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยการควบคุมไว้ด้วย ได้แก่ การรับความรู้สึก สารน้ำ และอิเลคโตรลิต การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ รวมเป็น 9 ส่วนประกอบ (Andrews & Roy, 1991) ดังนี้

8.1.1) การปรับตัวด้านร่างกาย (physiologic-physical mode) เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงด้านร่างกาย โดยครอบคลุมความต้องการพื้นฐาน 5 อย่าง (Five needs which relative to physiologic integrity): (1) Oxygenation (2) อาหารและโภชนาการ (Nutrition) (3) การขับถ่าย (Elimination) (4) การออกกำลังกายและการพักผ่อน (Activity and rest) และ (5) ระบบการป้องกัน (Protection) และขบวนการซับซ้อนอีก 4 อย่าง (Four complex processes) (1) ประสาทสัมผัส (Senses) (2) น้ำและเกลือแร่ (Fluid and electrolytes) (3) ระบบประสาท (Neurologic function) (4) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine function)

8.1.2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) อัตมโนทัศน์

หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการประเมินทุกสิ่งทุกอย่าง ที่เกี่ยวกับตนเองทั้งด้านรูปร่างหน้าตา ความสามารถ เจตคติ ความรู้สึกและภูมิหลังต่างๆ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ พฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลโดยตรง อัตมโนทัศน์จึงเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ และมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามระดับวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม โดยไม่จำกัดเวลาและขอบเขต นอกจากนั้นยังเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานที่ และบทบาทในสังคมของแต่ละบุคคล

- อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ต่อตนเองในด้านรูปร่าง การทำหน้าที่ของร่างกาย ความรู้สึก ภาวะสุขภาพและสมรรถภาพ ในส่วนย่อย ด้านอัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกายนี้ ยังสามารถแบ่งออกได้เป็นด้านการรับความรู้สึกของร่างกาย (body sensation) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับสภาวะ และสมรรถภาพของร่างกาย ส่วนด้านภาพลักษณ์ (body image) จะเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับหน้าตา ท่าทาง ขนาด รูปร่างของตนเอง

- ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความคาดหวัง ค่านิยมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ ความสม่ำเสมอแห่งตน (self-consistency) เป็นการทำที่บุคคลพยายามไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในชีวิตของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สมดุลของชีวิต ด้านอุดมคติแห่งตน (self-ideal) เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะกระทำ ความสามารถในการกระทำ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย ส่วนด้านศีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน (moral-ethical-spiritual self) นั้น บุคคลจะใช้ความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อ ศีลธรรมจรรยา และค่านิยมทางจิตวิญญาณที่ตนยึดถือมาใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการดำเนินชีวิต ตลอดจนการประเมินสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับตนเอง

อัตมโนทัศน์ทางที่ดี

มีความเชื่อมั่นในตนเอง

เป็นคนเปิดเผย

เห็นคุณค่าในตนเอง

ปรับตัวได้ดีทุกสถานการณ์

อัตมโนทัศน์ทางที่ไม่ดี

ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง

หวั่นไหวง่าย

มีความวิตกกังวลสูง

มีปมด้อย

เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

มีปัญหาในการปรับตัว

8.1.3) การปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ (role function mode)

การที่บุคคลต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม บุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น จึงขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีบทบาทหรือตำแหน่งอะไรในสังคม และสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ดีมากน้อย

เพียงไร เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ ทฤษฎีนี้แบ่งบทบาทออกเป็น 3 ประเภท คือ บทบาทปฐมภูมิ บทบาททุติยภูมิ และบทบาทตติยภูมิ

การแสดงบทบาทของบุคคลที่เหมาะสมต้องประกอบด้วย 2 ส่วน

1) พฤติกรรมการแสดงออกตามบทบาท (instrumental behavior) จะเป็นไปตาม ความคาดหวังของสังคม

2) เจตคติของบุคคลต่อบทบาทที่ดำรงอยู่จะต้องดี (expressive behavior)

ปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวตามบทบาท

1) การที่ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective role transition) เช่น สตรีที่มีบุตรคนแรก เป็นต้น

2) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (role distance) เช่น ผู้ป่วยที่จะ เข้ารับการผ่าตัด

3) ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict)

4) ความล้มเหลวในบทบาท (role failure)

8.1.4) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode)

เป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (social integrity) โดย เน้นที่บทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ โดยบุคคล จะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังอย่างเหมาะสม ซึ่งจะประเมินได้จาก พฤติกรรมที่สามารถวัดได้ (instrumental behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกต่อสังคม อย่างมีเป้าหมาย (goal-oriented behaviors) โดยทั่วไปจะเป็นการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับทางด้าน ร่างกาย นอกจากนี้การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ยังประเมินได้จากพฤติกรรมการระบายออก (expressive behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในด้านความรู้สึกและเจตคติ เป้าหมาย ของการระบายออกนี้จะเกิดขึ้น โดยตรงทันทีทันใด เป็นลักษณะธรรมชาติของบุคคลและเป็นผลจาก การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตาม ทฤษฎีของรอยได้แบ่งบทบาทของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท (Andrews & Roy, 1991) ดังนี้

- บทบาทปฐมภูมิ เป็นบทบาทที่บุคคลจะต้องแสดงตลอดระยะเวลา ของช่วงชีวิต ซึ่งเป็นไปตามอายุ เพศ และพัฒนาการของบุคคล เช่น บทบาทการเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ เป็นต้น

- บทบาททุติยภูมิ เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ ตามพัฒนาการหรือบทบาทปฐมภูมิให้สมบูรณ์ บุคคลคนหนึ่งอาจจะมีบทบาททุติยภูมิได้ หลายบทบาท เช่น บทบาทในครอบครัว การเป็นสามี การเป็นบิดา เป็นต้น บทบาททุติยภูมิจะมี

ความสำคัญต่อชีวิตและการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ที่ต่างกัน ปัญหาในการปรับตัวด้านบทบาทมักพบบ่อยๆ ในบทบาทด้านทฤษฎี (Andrews & Roy, 1991)

- บทบาททฤษฎี จะมีลักษณะสัมพันธ์กับบทบาททฤษฎี เป็นบทบาทชั่วคราวเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม โดยที่บุคคลอาจเลือกบทบาทนี้ได้อย่างอิสระ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ แม้ว่าบางครั้งบทบาทนี้อาจเป็นบทบาทชั่วคราว ตัวอย่าง เช่น บทบาทผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรัง บทบาททฤษฎีอาจกลายเป็นบทบาททฤษฎี เป็นต้น (Andrews & Roy, 1991)

8.1.5) การปรับตัวตามการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (interdependence mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม โดยธรรมชาติของการอยู่ร่วมกัน บุคคลจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้นบุคคลจึงต้องการผู้ที่รู้ใจหรือสนิทสนมกันเป็นพิเศษให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลนี้หมายถึงการให้ความรัก ความเคารพ การยกย่อง และให้เกียรติซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในสังคมจะเป็นไปอย่างราบรื่น บุคคลใกล้ชิดนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

- 1) บุคคลสำคัญ (significant other)
- 2) ระบบเกื้อหนุน (supporting system)

การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ Roy 6 ขั้นตอน: ซึ่งอรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2549 กล่าวไว้ดังนี้ การปรับตัวของผู้ป่วยคือ การส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้รับบริการทั้ง 4 ด้านคือ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านความสัมพันธ์พึ่งพาซึ่งกัน โดยเริ่มต้นที่การประเมินสภาพผู้รับบริการ การวินิจฉัยสภาพปัญหา และความต้องการความช่วยเหลือของผู้ใช้บริการ การวางแผน การเลือกใช้วิธีการพยาบาลและประเมินผล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (Assessment of Patients Behaviors)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยเน้นพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้านคือ

- 1) การปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา (physiological needs)
- 2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept)
- 3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function)
- 4) การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพาซึ่งกัน (Interdependency relations)

พยาบาลใช้เทคนิคการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลองต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพของผู้รับบริการอย่างครบถ้วนทั้ง 4 ด้าน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์และตัดสินพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วย (Judgement of behavior as Adaptive or Maladaptive) เป็นการประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาในขั้นตอนที่ 1 นำมาพิจารณาตัดสินความสามารถในการปรับตัว

(Adaptive) หรือความสามารถในการปรับตัว (Maladaptive) โดยคำนึงถึงสภาวะของผู้ป่วยแต่ละรายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย (Assessment of Influencing Factors) การประเมิน เพื่อสืบค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่เน้นปัญหาของผู้ป่วย โดยพิจารณาสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว 3 ด้าน ดังนี้

1) ประเมินสิ่งเร้าโดยตรง (Identifying Focal Stimuli) เป็นการค้นหาสาเหตุโดยตรงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2) ประเมินสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง (Identifying Contextual Stimuli) เป็นการค้นหาสาเหตุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสภาพพฤติกรรมตามปัญหาของผู้ป่วย

3) ประเมินสิ่งเร้าแฝง (Identifying Residual Stimuli) เป็นการค้นหาสาเหตุที่อยู่ภายในตัวผู้ป่วย เช่น ความคิด ความรู้สึก เจตคติต่อการบริการของพยาบาลและสถานบริการพยาบาล และพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งจะได้จากการสนทนาและรับฟังผู้ป่วยพูด และระบายความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 4 การระบุปัญหา (Problem Identifying) เป็นขั้นตอนในการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยภายหลังที่ได้ข้อมูลที่ได้มีการวิเคราะห์ถูกต้องครบถ้วนแล้ว จึงนำข้อมูลมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญก่อน หลัง พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

1) ปัญหาสำคัญด่วนที่ต้องช่วยเหลือทันทีคือ ปัญหาคุณภาพชีวิต ความมั่นคงปลอดภัยของตัวผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ใกล้ชิด

2) ปัญหาสำคัญรองลงมาต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว ได้แก่ ปัญหาที่คุกคามการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของผู้ป่วยและครอบครัว

3) ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ ปัญหาที่มีผลกระทบต่อพัฒนาและเติบโตของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดเป้าหมายในการพยาบาล (Goal Setting) เป็นการกำหนดเป้าหมายทางที่ต้องการให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังดำเนินกิจกรรมการพยาบาลไปแล้ว ในแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวขอรอยก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Maladaptive behavior) ไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (Adaptive behavior) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีการปรับตัวคืออยู่แล้ว พยาบาลจะตั้งเป้าหมายสูงขึ้นโดยส่งเสริมให้มีการปรับตัวให้ดียิ่งขึ้น เป้าหมายดังกล่าวควรเป็นเป้าหมายที่เกิดขึ้นได้จริงภายหลังจากที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว

ขั้นตอนที่ 6 การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Intervention Selection of Approach) เป็นการกระทำต่อผู้ป่วยโดยพิจารณาตามแผนการพยาบาลและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะใช้สติปัญญาในการปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาตามความเหมาะสมกับสถานการณ์และเลือกวิธีการ สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งในการพยาบาลจิตเวช

พยาบาลจะต้องพิจารณาข้อมูลและสถานการณ์และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยจิตเวชจะมีสถานะของจิตใจและพฤติกรรมที่ไม่อยู่นิ่ง

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนการสรุปและวิเคราะห์ประสิทธิผลของสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วโดยการสังเกตจากพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยและข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยโดยตรงหรือจากบุคลากรอื่นๆ อาจใช้การสังเกต การตรวจสอบ และนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนทำการพยาบาล และสรุปผลในบางครั้งอาจพบว่า สภาพของผู้ป่วยยังไม่มีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น พยาบาลจะต้องค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาใหม่ รวมทั้งกำหนดเป้าหมาย วางแผนและเลือกกิจกรรมการพยาบาลใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุได้แก่ การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2536) การศึกษาความหว้าวุ่นและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง (เปรมฤดี ศรีราม, 2539) การปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร (จิตติมาน แก้วขาว, 2539)

4. แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Therapy)

1) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านความคิด (cognitive theory) Beck et al. (1979) เสนอรูปแบบการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ต่อภาวะซึมเศร้า จากพื้นฐานทฤษฎีของ Beck (1967) ในการอธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้านความคิด 3 อย่าง คือ ความคิดหลัก 3 ประการ โครงสร้างความคิด (schema) และลักษณะการคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) องค์ประกอบทางด้านความคิดดังกล่าว จะมีความเชื่อมโยงกันในการเกิดภาวะซึมเศร้า

- ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) ประกอบด้วย

1) ความคิดในทางลบต่อตนเอง (negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตัวเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมของตนเอง และมีความเชื่อว่าจากข้อบกพร่องต่าง ๆ นั้นคิดขึ้นเองทำให้ตนเองไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า และมีแนวโน้มจะโทษตนเองจากข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลงและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2) ความคิดทางลบต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ (negative view of ongoing experiences) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัวในแง่ความสูญเสีย การถูกใส่ร้าย รู้สึกถูกบีบบังคับ และเรียกร้องจากสังคมชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดมองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลงโทษ ทำให้ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดต่ำลง เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใดๆ ก็จะไม่แปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์เดิมที่เคยประสบมาก่อน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) ความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำนายว่าปัญหาอุปสรรค หรือความทุกข์ยากที่เป็นอยู่ปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่สิ้นสุดมองไปข้างหน้าชีวิตก็มีแต่ความยากลำบากไม่มีวันลดน้อยลง มีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพิจารณาภาระหน้าที่ในอนาคตอันใกล้ก็จะนึกถึงแต่ความล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ไม่มีความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2) โครงสร้างทางความคิด (Schema) เป็นรูปแบบของความคิดที่ซับซ้อน ที่ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็ก เกี่ยวข้องกับความคิด ความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่างๆ การพัฒนาโครงสร้างทางความคิดขึ้นอยู่กับ การเลี้ยงดู หรือการได้รับความช่วยเหลือ และสนับสนุน จากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา โครงสร้างทางความคิดจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแปลความหมายการประเมินค่า และการอธิบายความหมายต่อเหตุการณ์ต่างๆ ลักษณะของโครงสร้างความคิดของบุคคล มีทั้งลักษณะที่ปกติ (Adaptive) เช่น ถ้าฉันทำบางอย่างฉันสามารถทำให้สำเร็จได้ และบิดเบือน (Maladaptive) เช่น ถ้าฉันเลือกทำบางอย่าง ฉันจะต้องประสบความสำเร็จ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน เป็นลักษณะเฉพาะตัว (Idiosyncratic) เนื่องจากการได้รับประสบการณ์ในช่วงต้นๆ ของชีวิตที่เจ็บปวด หรือประสบการณ์ที่ล้มเหลวทำให้บุคคลนั้นประสบปัญหาทางอารมณ์ และเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลง หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ไม่สามารถปรับตัวได้เกิดการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนไป จากความจริงสะสมเรื่อยมาเกิดการสูญเสียสมดุลการพัฒนาโครงสร้างความคิด ทำให้เกิดการสร้าง โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ซึ่งโครงสร้างความคิดนี้จะแฝงอยู่ในบุคคลและ จะถูกกระตุ้น โดยสถานการณ์ที่สอดคล้องกับประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นในอดีต ทำให้การรับรู้และการแปรสถานการณ์ทั้งในปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุม โดยระบบที่ผิดพลาด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) เช่น คนที่มีความรู้สึกซึมเศร้าต่อตนเอง จะรับรู้ข้อมูลทางลบที่มีต่อตนเอง และมองไม่เห็น หรือไม่รับรู้ข้อมูลทางบวก โครงสร้างทางความคิดสามารถปรับเปลี่ยนได้ ถ้าบุคคลนั้นมี ประสบการณ์ทางบวก ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้ปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบแล้ว

3) ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) คือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติเกิดขึ้นทันทีทันใด (Automatic Thought) ก่อนข้างไม่มีเหตุผล ไม่เป็นไปตามความจริงแบบแผนด้านลบมีดังต่อไปนี้ (Stuart, 2005; จันทิมา องค์โฆษิต, 2545)

3.1) การสรุปเหตุการณ์แบบครอบคลุมเรื่องอื่นที่นอกเหนือออกไป (Overgeneralization) เป็นความเป็นความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราวมีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียวโดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมดคือถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้น เรื่องหนึ่งคิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปต้องไม่ดีไปหมด เช่นการที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตนก็คิดเป็นว่าทุกคนไม่ชอบตนไปหมด

3.2) นำเอาเหตุการณ์ภายนอกเข้ามาสัมพันธ์กับตนโดยไม่มีเหตุผล (Personalization) เป็นการแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกเป็นยืนยันให้เห็นว่าคนนั้นไม่ดี เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า ฉันคิดที่เป็นแม่ไม่ดี พยายามค้นหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความคิดที่ผิด การลงโทษตนเอง ละอายใจ และความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

3.3) มีการแปลความหมายเป็นที่ 2 สิ่งที่ตรงกันข้ามกันชัดเจน ขาวหรือดำ หรือต้องสมบูรณ์บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น เช่น เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบก็จะเห็นเป็นตรงข้ามเป็นลัมเหลวอย่างสิ้นเชิงเช่นเมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียวก็มองว่างานนี้ลัมเหลวไปหมด

3.4) มองเหตุการณ์มองบุคคลไปในแง่ร้าย (Catastrophizing) เป็นความคิดแบบ Overgeneralization ที่รุนแรงไม่แปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด เป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมดอนาคต หรือการที่ไม่ได้เลื่อนขั้น แปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้ว

3.5) การเลือกเก็บรายละเอียดโดยมีการสรุป โดยยึดเอารายละเอียดส่วนหนึ่งส่วนใดโดยไม่สนใจส่วนอื่น ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราวความทรงจำหรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียว โดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดี หรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่คิดนั้นไม่มีความสำคัญ เช่น ผู้ป่วยย้ำคิด และกลัวใจหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ตำหนิผลงานของผู้ป่วยต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับคำชมจากหัวหน้า และเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ว่าผลงานตนดีเยี่ยมเป็นต้น

3.6) การสรุปไปในทางลบโดยไม่มีเหตุการณ์สนับสนุน เช่น หญิงคนหนึ่งสรุปว่าเพื่อนๆ คงไม่ชอบฉันอย่างมากเพราะเธอไม่ได้รับของขวัญจากเพื่อน

3.7) การที่คิดว่ารู้ว่าอีกฝ่ายคิดอย่างไรกับตน เป็นการสรุปเดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด เจตนา หรือสิ่งที่คลใจผู้อื่น โดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน เช่น พวกเขาต้องคิดว่าฉันตัวดำ และอ้วนฉันเป็นคนน่ารังเกียจ

3.8) การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างมากหรือน้อยไป เป็นความคิดเกี่ยวกับปัญหา หรือความผิดพลาดของตนเองแบบขยายใหญ่โตเกินความเป็นจริง เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองหมด สำหรับลักษณะความคิดว่าเรื่องที่ดีของตนเองเป็นเรื่องเล็ก เช่น การสอบได้เป็นเพราะความบังเอิญ เพราะว่าตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญหรือลดความสามารถของตนเอง

3.9) ความคิดทุกอย่างต้องสมบูรณ์ เป็นการคิดที่บังคับตนเอง เรื่องควรเป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เช่น นักดนตรีต้องเล่นเพลงยากได้มีการเล่นผิดพลาดเพียงเล็กน้อย ย่อมรู้สึกผิดหวังละอายใจหรือรู้สึกผิด

3.10) การให้คุณค่าแก่คนใดคนหนึ่งโดยยึดรูปลักษณ์ภายนอก เช่น ตัวเอง ต้องดูดีตลอด

4) เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองโลกในแง่ลบ (อรรถพรณ ลีอนุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2549; Stuart, 2005) เป็นการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การณ้ประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ โดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหา และทำการทดสอบความคิดด้านลบ ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิดอื่นๆ เป็นแบบแผนที่ยืดหยุ่น ช่วยผู้ป่วยชักซ้อมการคิด และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ (Sadock and Sadock, 2003)

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การพยาบาลโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่สำคัญ 3 ประการคือ

ประการแรก ให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้านามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย แม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยงหรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบายมีบรรยากาศแจ่มใส

2) ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ

3) ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย

4) .ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เซ็อก เข็มขัด ตลอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลึบตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา

5) ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้

6) พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ

7) ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่โรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุ โดย

1.1) ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยสูงอายุ

1.2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง

1.3) รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก

ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยตนเองได้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5) กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ป่วยสูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2) ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

2.1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2) ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้สิ่งดีๆ ในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3) ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆ ให้น้อยลงและให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4) ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆ มากมาย เป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยคลี่คลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3) ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1) ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

3.2) อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดี ช่วยให้ผู้สูงอายุจิตใจดีขึ้น เป็นต้น

3.3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิพากษ์วิจารณ์ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4) ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5) ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

3.6) ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อให้มีอาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะกั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาด้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

1) ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2) ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3) จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

4) ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

5) บรรเทาความไม่สบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง

6) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แว่นตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ดันไม้และส้วกเคลื่อน เพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

การพยาบาลสำหรับบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้นี้

จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกายและจิตใจ พันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุมาก ที่สำคัญคือ ความรู้สึกในคุณค่าของคนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วย และคงมีสุขภาพดี แต่ถ้การปรับตัวนี้ไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วย ย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญคือปัญหาจากโรคทางกายและปัญหาสุขภาพ จากการศึกษาของสทรุท วาสิกานนท์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจากสภาพของทางร่างกายที่เสื่อมถอยและจำนวนเซลล์สมองที่ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางกายร่วมด้วยสูงทางด้านจิตใจก็พบว่า เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการพลัดพราก เสียชีวิตจากคนที่รักหรือญาติ ได้มาก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียความภูมิใจในตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมาก ปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาล้วนเป็นความเครียดที่ไม่พึงประสงค์ทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่น่าจะเกิดโรคหรือภาวะซึมเศร้าได้สูง

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลและการบำบัดที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมทั้งสามารถแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครบถ้วน จากการศึกษาพบว่า มีรูปแบบการดูแล ดังนี้ The Collaborative Assessment and Rehabilitation for Elder Program (CARE) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นความเป็นองค์รวม การฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจผู้ป่วยสูงอายุ พัฒนาระบบการบริการสุขภาพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Geropsychiatric Clinical Nurse Specialist:GPCNS) เป็นผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาล การบำบัดในรูปแบบต่างๆ และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกวิชาชีพ นอกจากนี้ยังให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น CARE Program จึงเป็นรูปแบบการบำบัดที่ดีที่บูรณาการทั้งการดูแลทางกายและทางจิตในผู้สูงอายุ รวมทั้งผลของการดูแลรักษาพยาบาลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวสร้างความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Yurkow et al., 1998) นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ได้แก่ รูปแบบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามแผนรักษาพยาบาลที่วางไว้อย่างครบถ้วน รูปแบบความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Team Collaboration) ที่มุ่งเน้นการดูแลฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและกลับไปประกอบอาชีพได้ โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพในการดูแลประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการดูแลให้เหมาะสม และรูปแบบ Geropsychiatric Clinical, Consultative, and Educational Service เป็นรูปแบบที่

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แสดงบทบาทการดูแลรักษาพยาบาล (clinical role) บทบาทผู้รับ/ให้คำปรึกษา (consultation-liaison role) บทบาทผู้ให้ความรู้ (staff education role)

ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยใช้องค์ความรู้ และข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ ผลการวิจัย และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดการพัฒนาบทบาทต่างๆ ของผู้ปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse: APN) ซึ่งในการ โครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ ใช้บทบาทดังต่อไปนี้

1) บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน และปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการของอำเภอบ้านหมี่ และรวบรวมข้อมูลจากประวัติ จากการสัมภาษณ์ ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้า การประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาให้การพยาบาลให้เป็นความคิดทางบวกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญเดิมให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ยืดหยุ่น และถาวร การดำเนินการพยาบาลปรับปรุงจากการศึกษาของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ที่ใช้แนวคิดบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ของ Beck et al (1979) มาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

2) บทบาทในการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในการเผชิญปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ประโยชน์ที่จะได้รับจากกาพยาบาลทางพฤติกรรม ความคิด การเรียนรู้ การฝึกในแต่ละขั้นตอน ของการดำเนินกิจกรรมนั้นมีความสำคัญทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) ที่ดีและเหมาะสม ซึ่งในการสอน และฝึกทักษะ มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามวัตถุประสงค์

3) บทบาทในการให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งให้ในระหว่างการดำเนินการ และเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหลังจากสิ้นสุดการพยาบาล ในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านหมี่

4) บทบาทในการประสานงานเนื่องโรงพยาบาลบ้านหมี่ ไม่มีจิตแพทย์จึงต้องมีการส่งต่อไปโรงพยาบาลเครือข่ายบัตรทองกับโรงพยาบาลอื่นเช่น กับโรงพยาบาลศรีรัชัญญา และประสานงานที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ที่ทำงานปัจจุบันคือ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการ

ด้านการวิจัย หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าสถานีนามัย โดยชี้แจงความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา และประสานงานกับพื้นที่ชุมชน เพื่อการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องและติดตามทำการพยาบาลรายบุคคล

5) บทบาทในการเป็นผู้นำ โดย การพัฒนา และศึกษานำร่องการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ ด้วยการดำเนินกิจกรรมรายบุคคลในอำเภอบ้านหมี่ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้ได้ประสิทธิภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วย หรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาและการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

6) บทบาทในการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในอำเภอบ้านหมี่ และการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาโรคซึมเศร้า แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดการดูแลการพยาบาลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุของโรคจะจำไม่ได้ ทำให้เกิดการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และเกิดการป่วยซ้ำ การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องริหาแนวทางการแก้ไข เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับสาเหตุหลักของโรคซึมเศร้า ปัญหาของความรุนแรงของโรค และ การป่วยซ้ำ ร่วมกับประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยเพื่อค้นหาวิธีบำบัดการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท โดยการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ในการลดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีต่างๆ แล้วนำมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และผู้ศึกษาจะนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาเรื่องนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดที่คาดหวังในการดูแลผู้ป่วยของ (Jones, 1993) การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็นได้ชัดเจน ตอบสนองความต้องการความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่ได้จากการรับบริการพยาบาล ผู้รับบริการสามารถทำหน้าที่ตามบทบาท ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ราคาที่เหมาะสม และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ศึกษาต้องการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามตัวชี้วัด ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4 ด้าน ควรประกอบด้วย

1) ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome indicators) เป็นการตอบสนองของผู้ใช้บริการ ต่อการบำบัดทางการพยาบาล และการรักษา คือ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดการป่วยซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ

2) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านหน้าที่ (Functional outcome indicators) เป็นการดำรงไว้หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ต่างๆ ดำเนินการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา สามารถเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขเพื่อคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สามารถอยู่ร่วมกันครอบครัว และเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีความสุข ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน

3) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction outcome indicators) เป็นการรับรู้ หรือ ความรู้สึกที่พึงพอใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการได้รับความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

4) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านการเงิน (Cost outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการลดการพึ่งยา และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วย ครอบครัวรวมถึงงบประมาณของประเทศชาติในระยะยาว

6.การพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวัยสูงอายุและนำไปสู่การลดคุณภาพชีวิต และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Blazer, 2003) อัตราชุกของโรคซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยสูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชน และต้องได้รับการบำบัด เท่ากับร้อยละ 13.5 (Beekman, Copeland and Prince, 1999) โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย มีผลต่อความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม และสุขภาพร่างกายไปพร้อมๆ กัน บางครั้งพบอาการไม่สุขสบายตามระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ทางครอบครัว การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไป (สุชาติ พหลภักย์, 2542) ซึ่งปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของการบำบัดความคิด (Cognitive therapy) กล่าวว่าโรคซึมเศร้ามีรากฐานมาจากการคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต โดยผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองขาดบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ชีวิตมีความสุข มองตนเองว่าบกพร่อง ขาดความสามารถ หรือไม่มีคุณค่า มองว่าอนาคตของตนเองมีดมน ผลร้ายของโรคซึมเศร้าที่เป็นอันตรายและน่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย มีงานวิจัยพบว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

การศึกษานี้ได้บูรณาการแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999) และแนวคิดพฤติกรรมความคิดของ Beck และคณะ (1979) ซึ่งแนวคิดของ Roy เชื่อว่า บุคคลพยายามรักษาสมดุล

ของสรีรวิทยาทางร่างกายและความคิดความรู้สึกของความเป็นมนุษย์ไว้ โดยการปรับตัวให้กลมกลืนกับสภาพแวดล้อม เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจึงพยายามจัดการกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ โดยผ่านระบบย่อยของการทำงานทางร่างกาย ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบทางด้านความนึกคิด และอารมณ์ ที่เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์และจิตสังคม ทำให้เกิดการปรับตัวในสี่ด้านคือ สรีรวิทยา อคติโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และด้านความสัมพันธ์ ฟังพระหว่างกัน (Roy, 1984) โดยการนำ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบหรือความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผลมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ซึ่งเมื่อบุคคลสามารถปรับความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลถึงการปรับตัวด้านอคติโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และการปฏิสัมพันธ์และการฟังพระหว่างกันและมีผล ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการปรับตัวของของ Roy และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดของ Beck et al. (1979) โปรแกรมกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) โดยปรับปรุงเป็นการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบสำหรับรายบุคคล โดยเพิ่มครั้งที่ 1. ประเมินสิ่งกระตุ้น (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม สิ่งเร้าแฝง) ที่มีผลต่อระบบการปรับตัวที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดำเนินการการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบรายบุคคลที่บ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาในการทำ 60 นาที ต่อ สัปดาห์รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1. ประเมินสิ่งกระตุ้น (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม สิ่งเร้าแฝง) ที่มีผลต่อระบบการปรับตัวที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 การค้นหาและเรียนรู้ความคิดด้านลบส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของตน ต่อสถานการณ์

ครั้งที่ 3 ฝึกสร้างความคิดเปลี่ยนมุมมองด้านบวกและพฤติกรรมใหม่เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

ครั้งที่ 4 การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมมีการแสดงออกตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์และการฟังพระหว่างกัน ห่างจากสัปดาห์ที่ 4 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ในการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และประเมินสถานการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และประเมินสิ่งกระตุ้นของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้รูปแบบความคิดในการประเมินต่อสถานการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น
- 2) บอกสิ่งกระตุ้นหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าได้
- 3) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนต่อสถานการณ์ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
- 4) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
- 5) เพื่อฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการซึมเศร้าได้
- 6) เพื่อฝึกทักษะการเรียนรู้ที่จะหยุดคิดด้านไม่ดี
- 7) เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับเปลี่ยนมุมมองในด้านที่ติดกับตัวเอง
- 8) เพื่อฝึกให้กำลังใจตนเองเกิดความภาคภูมิใจ
- 9) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัวและในสังคมและปฏิบัติบทบาทได้เหมาะสม
- 10) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์การฟังพากับผู้อื่น
- 11) เพื่อเรียนรู้การสื่อสารที่เหมาะสม
- 12) เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้เทคนิคการลดอาการซึมเศร้าด้วยการปรับเปลี่ยนความคิด ปรับมุมมองใหม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง แสดงบทบาทในสังคมได้เหมาะสม ลดการพึ่งพาผู้อื่น
- 13) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะการจัดการกับความคิดที่บิดเบือน ความคิดที่ไม่สมเหตุผล และการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งกระตุ้นได้
- 14) เพื่อให้ลดภาวะซึมเศร้า

ซึ่งมี 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1. ประเมินสิ่งกระตุ้น (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง) ที่มีผลต่อระบบการปรับตัวที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

1.1) ผู้ศึกษาประเมินสิ่งกระตุ้นจากการให้ผู้ป่วยบอกเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเองที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และประเมินจากประวัติ การรักษา เวชระเบียนครอบคลุมเป็นองค์รวม

1.2) ให้ผู้ป่วยระบุ สาเหตุที่ส่งผลถึงภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วยได้รู้จักคุ้นเคย ไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าปฏิบัติตามแผนการพยาบาล เข้าใจแนวทางการพยาบาล
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน และประโยชน์ของแผนการพยาบาล
- 4) เพื่อประเมิน สถานการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และประเมินสิ่งกระตุ้นของผู้ป่วย
- 5) ประเมินปัญหาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และสร้างความตระหนักรู้ในสาเหตุภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดลบ
- 6) บอกสิ่งกระตุ้นหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าได้

สาระสำคัญ

- 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วย สร้างข้อตกลงของการพยาบาล และลดความวิตกกังวลในการพยาบาลครั้งแรก
- 2) ประเมินความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วย ในการเข้าร่วมแผนการพยาบาล เพื่อปรับให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์
- 3) ประเมินความรู้เกี่ยวกับสาเหตุภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการ ของผู้ป่วย สร้างความตระหนักรู้ในสาเหตุภาวะซึมเศร้า จากการบันทึกในใบงานที่ 1 ของสมาชิกแต่ละคน ฝึกการเชื่อมโยงผลของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กิจกรรมการพยาบาล

1) แนะนำตัวกับผู้ป่วย เป็นการทำให้ผู้ทำการพยาบาลและผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยลดความวิตกกังวลในการพบกันครั้งแรกชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพยาบาล ที่เน้นพฤติกรรมความคิด ระยะเวลา และตารางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการพยาบาล ให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของพยาบาลโอกาสให้ซักถาม

2) สร้างข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการวางแผนในการพยาบาล และปฏิบัติตามแผนการพยาบาล ในการประเมินความคิด และร่วมกันสร้างข้อตกลงว่าผู้ป่วยจะต้องมีการสำรวจตนเอง (self – monitoring) ขณะที่ได้รับการพยาบาลพร้อมกับเปิดเผยความคิดความรู้สึกได้

3) ผู้ศึกษาขออนุญาตผู้ป่วย ในการจดบันทึก ขณะในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยจะเก็บข้อมูล ไว้เป็นความลับและประเมินสิ่งกระตุ้นจากการให้ผู้ป่วยบอกเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเองที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และประเมินจากประวัติ การรักษา, MSE, เวชระเบียนครอบคลุมเป็นองค์รวม

4) ให้ผู้ป่วยเล่าความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเอง ผู้ศึกษาจดบันทึกไว้ (แบบบันทึกที่ 1)

5) ให้ผู้ป่วยระบุเหตุการณ์ส่งผลถึงภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ป่วยบอกว่าเหตุการณ์ใดที่ทำให้รู้สึกเศร้า (แบบบันทึกที่ 2)

6) ผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วย อธิบายถึงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการเศร้า ความรู้สึกไม่สบายใจ ผลกระทบที่เกิดต่อตนเองและผู้อื่นจากความรู้สึกนั้น

7) ผู้ศึกษาอธิบายความสัมพันธ์ของความคิด ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า โดยยกตัวอย่าง และสุ่มรายละเอียดแผนภูมิแสดง กระบวนการคิด และการเกิดพฤติกรรมและเชื่อมโยงสาเหตุที่เกิดจากความคิด ซึ่งนำมาสู่การพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ

8) ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกที่ได้รับจากการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบครั้งแรก

9) ผู้ศึกษาให้คำชมเชย และให้กำลังใจในการมาเข้าร่วมการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบอย่างต่อเนื่อง

10) สรุปกิจกรรมที่ 1 ร่วมกับผู้ป่วย และนัดหมายการพยาบาลในครั้งต่อไป

ประเมินผล

1) ประเมินความความคิดกับสาเหตุคือตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดลบ ของผู้ป่วย สร้างความตระหนักรู้ในสาเหตุภาวะซึมเศร้า จากการบันทึกในแบบบันทึกที่ 1 ของผู้ป่วย ฝึกการเชื่อมโยงผลของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและ

2) ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนจากการซักถามความเข้าใจต่างๆ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ โรคซึมเศร้า และอาการต่างๆ และเหตุผลของการเลือกใช้วิธีการบำบัด โดยสมาชิกบอกได้ถึงอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับความคิดที่บิดเบือน

ครั้งที่ 2. การค้นหาและและเรียนรู้ความคิดด้านลบส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของ
 ต่อสถานการณ์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

วัตถุประสงค์

1) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของต่อสถานการณ์
 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

3) เพื่อฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการซึมเศร้าได้

สาระสำคัญ

1) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของต่อสถานการณ์
 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของต่อสถานการณ์ ผู้ศึกษาจะประเมินความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูล

และระบุปัญหาจากการสังเกต การซักถามถึงปัญหา สถานที่เกิดปัญหา เวลาที่เกิดปัญหา ใครหรืออะไรที่ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาประเมินความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ ด้วยการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาทำได้โดยใช้การถามถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยว่า ถ้าเจอปัญหาแบบนี้แล้วมีวิธีแก้ไขอย่างไร

2) เรียนรู้โรคซึมเศร้าและการจัดการกับอาการทำให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า (มีคู่มือให้)

3) ฝึกทักษะการจัดการกับอาการซึมเศร้า

กิจกรรมการพยาบาล

1) ให้ความรู้ เรื่องโรคซึมเศร้า มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษา โดยเน้นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive triad) ได้แก่ การมองตนเอง มองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปในทางลบ เกิดจากโครงสร้างความคิด (schema) ที่บิดเบือน และเกิดจากเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error)

2) ร่วมกันกับผู้ป่วยทบทวนถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 และอธิบายความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า กับการคิดยังงกับสถานการณ์ (cognitive) อารมณ์ความรู้สึกต่อสถานการณ์ (affective) และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสถานการณ์ (behavior) และฝึกให้ผู้ป่วยคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า

3) ผู้ศึกษาสอบถามผู้ป่วยถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละวัน และบันทึกไว้โดยบันทึก คิดยังง รู้สึกยังง และพฤติกรรม รู้สึกไม่ประทับใจ หรือรู้สึกซึมเศร้า (แบบบันทึกที่ 5) โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายๆ เพื่อใช้สรุปกับผู้ป่วย

4) ฝึกทักษะการจัดการกับอาการซึมเศร้า

4.1) ผู้ศึกษาทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมา และถามถึงกิจกรรมที่3.2 หลังจากมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (ความคิดแว็บแรก) แล้วส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไร

4.2) ฝึกให้ผู้ป่วยมีการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาจาก (สถานการณ์สมมุติที่1) และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและบอกแนวทางแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์สมมุติ

4.3) ผู้ศึกษาให้การเสริมแรง ด้วยการชมเชย และสรุปสิ่งที่ผู้ป่วยบอกอีกครั้ง

4.4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหาที่รบกวนใจผู้ป่วย แล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยผู้ศึกษารับฟัง ให้กำลังใจ และเสนอข้อเสนอนะที่สร้างสรรค์

4.5) สรุปกิจกรรม ให้กำลังใจและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและแจกคู่มือโรคซึมเศร้าและนัดหมายในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1) จากการประเมินจากการถามประสบการณ์และวิธีแก้ไขปัญหาที่แสดงออกมาอย่างเหมาะสม

2) ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนจากการซักถามความเข้าใจต่างๆ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจโรคซึมเศร้า และอาการต่างๆ และเหตุผลของการเลือกใช้วิธีการบำบัด

3) ผู้ป่วยตระหนักรู้และ สามารถบอกถึงสาเหตุของอาการ โรคซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดหลัก 3 ประการ บอกผลกระทบที่เกิดขึ้นของอาการซึมเศร้าได้ คือความรู้สึกที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือบอกอาการของโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 3. ฝึกสร้างความคิดเปลี่ยนมุมมองด้านบวกและพฤติกรรมใหม่เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม

- 1) ฝึกทักษะการหยุดคิดความคิดด้านลบ
- 2) ฝึกทักษะการเปลี่ยนมุมมองด้านบวก
- 3) ฝึกทักษะการให้กำลังใจตนเอง สร้างความภาคภูมิใจ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อฝึกทักษะการเรียนรู้ที่จะหยุดคิดด้านไม่ดีกับตนเอง
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับเปลี่ยนมุมมองในด้านที่ดีกับตัวเอง
- 3) เพื่อฝึกให้กำลังใจตนเองเกิดความภาคภูมิใจ

สาระสำคัญ

1) ฝึกทักษะการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่โดยเน้นวิธีการสร้างความคิดใหม่

2) ฝึกทักษะวิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองทางบวกแทนที่ความคิดอัตโนมัติทางลบจากสถานการณ์ตัวอย่าง

3) ฝึกทักษะการเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองทางบวก และบอกประโยชน์ของความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น ในการนำไปใช้ดำเนินชีวิตในสังคม

4) ให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจว่าการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นมุมมองความคิดในทางบวก ส่งผลต่อพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ฝึกทักษะการหยุดคิดความคิดด้านลบ

1.1) ทบทวนถึงกิจกรรมที่ 2 ซึ่งผู้ศึกษานันทิกไว้ ใน แบบบันทึกที่ 5 ใช้หลักการปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) โดยเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ

จากการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) เช่น การให้ความสนใจ หรือ การให้คำชม หรือให้ของขวัญเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสมจากพฤติกรรมที่แสดงออก

1.2) อธิบายเกี่ยวกับ ความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายๆ โดยการยกตัวอย่าง (เหตุการณ์สมมุติที่ 1 แบบบันทึกที่ 3) ที่เกี่ยวกับการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบคือ ความคิดไม่ดีกับตัวเองร่วมกับผู้ป่วยและช่วยกันคิดหาความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ

1.3) ให้ผู้ป่วยได้ลองคิดว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติ ทางลบ และดูว่าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยจาก (แบบบันทึกที่ 7) ผู้ศึกษาเป็นคนบันทึกว่า มีความสัมพันธ์กัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบ

2) ฝึกทักษะการเปลี่ยนมุมมองด้านบวก

2.1) ให้ผู้ป่วยบอกความคิดอัตโนมัติทางลบ (ความคิดที่ไม่ดีกับตัวเอง) ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ นั้น และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตามมาใน (แบบบันทึกที่ 6) ผู้ศึกษาจดไว้ ซึ่งเป็นการบันทึกสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ทำให้เกิด ความคิด อัตโนมัติทางลบ และเป็นการฝึกให้ผู้ป่วย หาหลักฐานสนับสนุนความคิดหรือ ความเป็นไปได้อื่น แล้วทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอะไรเกิดขึ้น และผลที่ตามมาเกิดอะไรขึ้นบ้าง ผู้ศึกษารับฟังให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม

2.2) สอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (reframing) โดยวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองปัญหาในทุกแง่ทุกมุม ทั้งข้อดี ข้อเสีย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วย มีมุมมองต่อปัญหารอบด้าน

2.3) ร่วมกันกับผู้ป่วยค้นหาความคิดทางบวกในสถานการณ์ของผู้ป่วย แต่ละคน ให้เสริมทางบวกแก่ผู้ป่วยเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม แล้วกระตุ้นเกิดการ ปรับเปลี่ยนความคิด ไปในทางที่เหมาะสมและความคิดใหม่ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลใหม่ ต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างไรในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

3) ฝึกทักษะให้กำลังใจตนเอง สร้างความภาคภูมิใจ

3.1) ให้ผู้ป่วยลองคิดถึงข้อดีของตนเองมาได้มากเท่าที่จะนึกได้ ผู้ศึกษา จดไว้ (แบบบันทึกที่ 7)

3.2) ให้ผู้ป่วยเลือกข้อดีข้อที่ชอบมากที่สุด

3.3) นำข้อดีที่ผู้ป่วยเลือกมาคุยกันถึงเหตุผลที่เลือก

3.4) กล่าวชมเชยและยกย่องถึงความดีที่ผู้ป่วยได้กระทำและให้กำลังใจ ทำต่อไป

3.5) สรุปกิจกรรมที่ 3 ร่วมกันกับผู้ป่วยและนัดหมายการบำบัด
ในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนจากการซักถามความเข้าใจ
ต่างๆ และผู้ป่วยบอกข้อดีของตัวเองได้และมีความภาคภูมิใจในตัวเองโดยการบอกเล่าและเรียนรู้
ที่จะเปลี่ยนมุมมองใหม่ ให้กำลังใจตนเองเป็น มีความคิดด้านบวก เรียนรู้และตอบได้ว่าจะหยุด
ความคิดแบบไหน วิธีไหน

ครั้งที่ 4. การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมมีการแสดงออกตาม
บทบาทที่เหมาะสมมี 2 กิจกรรมดังนี้

- 1) การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัว
- 2) การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคนในสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัวและในสังคมและปฏิบัติบทบาทได้
เหมาะสม

สาระสำคัญ

1) ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมสร้างประโยชน์ในระดับครอบครัว ชุมชน และ
ประเทศ โดยเฉพาะในระดับครอบครัว ผู้สูงอายุมีบทบาทมากในครอบครัวขยายในการสืบทอด
ศิลปวัฒนธรรมและประเพณีสู่บุตรหลาน ส่วนในชุมชนนั้นผู้สูงอายุสามารถเป็นตัวอย่างที่ดีของ
ชุมชนในด้านการรักษาสีงแวดล้อม การจัดการความยากจนและการป้องกันสัทธิมมนุษย์ชน ผู้สูงอายุจึง
เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ

2) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุและจะต้อง
ได้รับการสนับสนุนจากนโยบายของรัฐ เช่น การใช้มาตรการจูงใจและมาตรการทางภาษีต่างๆ
นอกจากนั้นรัฐจะต้องมุ่งเน้นประเพณีนิยมในเรื่องบทบาทของครอบครัวในการรับภาระดูแล
ผู้สูงอายุ นโยบายด้านที่อยู่อาศัยที่รัฐจะต้องจัดเตรียมสำหรับผู้สูงอายุจะเป็นนโยบายที่ใช้เฉพาะ
สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเท่านั้น การจัดสรรให้ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ในบ้านพักสำหรับ
ผู้สูงอายุของรัฐเป็นนโยบายที่ควรหลีกเลี่ยงมากที่สุด

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ให้ผู้ป่วยบอกบทบาทปัจจุบันของตัวเองในครอบครัว (แบบบันทึกที่ 4)
- 2) ให้ผู้ป่วยบอกบทบาทที่ปฏิบัติในครอบครัวที่คิดว่าทำได้ดีที่สุดและความคิด
ความรู้สึก ต่อหน้าที่ในครอบครัว
- 3) ให้ผู้ป่วยบอกบทบาทของตนในหมู่บ้าน (แบบบันทึกที่ 4)
- 4) ให้ผู้ป่วยเลือกบทบาทที่เหมาะสมจากแบบบันทึกที่ 4

5) ผู้ศึกษายกตัวอย่างบทบาทของคนในหมู่บ้านที่ทำงานในช่วยเหลือหมู่บ้านและความคิดความรู้สึก ต่อหน้าที่ในชุมชนผู้ปวยยังไม่ได้ทำอาจทำบทบาทเพิ่มได้และสรุปบทบาทของผู้ปวย

6) สรุปกิจกรรมที่ 4 ร่วมกันกับผู้ปวยและนัคหมายในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1) ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ตลอดจนจากการซักถาม สีน้าความเข้าใจต่าง และการทำบทบาทที่เหมาะสมอย่างน้อย 1 ข้อ

2) ประเมินผลการความร่วมมือในการบันทึกในใบงาน บอกหน้าที่ให้ผู้ศึกษาบันทึกได้

ครั้งที่ 5. ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์การฟังผู้อื่น ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

1) เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์และการฟังคนอื่น

2) กิจกรรมการสื่อสารที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ปวยเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

2) เพื่อเรียนรู้การสื่อสารที่เหมาะสม

สาระสำคัญ

1) ฝึกการเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์และการฟังคนอื่น โดยให้ตอบแบบบันทึก โดยผู้ศึกษาฉบับบันทึกให้ ให้ผู้ปวยบอกความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกแต่ละข้อและร่วมกันสรุปกับผู้ปวย

2) ฝึกการสื่อสาร โดยจะเน้นการพูดและการฟัง

2.1) การพูดระหว่างบุคคล ได้แก่ การทักทายปราศรัย ลักษณะการทักทายปราศรัยที่ดีดังนี้ หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงอาการยินดีที่ได้พบผู้ที่เราทักทาย การสนทนาที่ดีคือ หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส ใช้ถ้อยคำสำนวนภาษาที่ง่าย ๆ สุภาพ คำพูดและน้ำเสียงน่าฟัง เป็นกันเอง กับคู่สนทนา

2.2) การฟังคือ การรับรู้ความหมายจากเสียงที่ได้ยิน เป็นการรับรู้สารทางหู ในชีวิตประจำวันของเรา เราใช้เวลาในการฟัง ทั้งที่ฟังจากบุคคลโดยตรงหลักการฟังที่ดี การฟังที่ดีมีหลักสำคัญคือ ฟังให้ตรงตามความ ฟังโดยไม่อคติ ผู้ฟังโดยไม่อคติต้องพิจารณา ให้ละเอียดถี่ถ้วน ไม่เป็นโทษแก่ผู้อื่นและแก่ตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1) เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์และการฟังคนอื่น

1.1) ให้ผู้ปวยตอบคำถามตามใบงานที่ 8

1.2) ให้ผู้ปวยบอกความคิด ความรู้สึก แลพฤติกรรมที่แสดงออกแต่ละข้อ

1.3) ผู้ศึกษาร่วมกันสรุปกับผู้ป่วย

2) กิจกรรมการสื่อสารที่เหมาะสม

2.1) ฝึกการสื่อสาร (แบบบันทึกที่ 9)

2.2) ผู้ศึกษาถามผู้ป่วยเคยพูดคุยกับคนในครอบครัวแบบไหน และคนในครอบครัวพูดคุยกับผู้ป่วยแบบไหน

2.3) ให้ผู้ป่วยตอบความรู้สึกของตัวเองขณะสื่อสารแบบต่างๆ จากคนในบ้านและคนอื่น

2.4) ให้ผู้ป่วยบอกว่าชอบวิธีการพูดแบบไหนและจะนำไปใช้กับคนอื่นไหม

2.5) ผู้ศึกษาสรุปข้อดีที่ผู้ป่วยบอกและอธิบายเพิ่มเติม

การประเมินผล

1) ประเมินผลจากการ การซักถาม สังเกต และให้ความร่วมมือ และการปฏิบัติตาม สีหน้าสดชื่นขึ้น ความเข้าใจต่าง สีหน้า ท่าทาง เช่น อึดอัด เบื่อ ไม่มีสมาธิ ไม่อยากทำกิจกรรม และสนใจที่ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมให้ฟัง

2) ประเมินผลความร่วมมือในการบันทึกในใบกิจกรรม และผลการบันทึกบอกถึงความเข้าใจในแต่ละกิจกรรม

3) เข้าใจและสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ดีขึ้น พูดคุยกับผู้ศึกษาหรือคนในบ้านหรือเพื่อนบ้านมากขึ้น

4) ผู้ป่วยพึงพอใจตัวเองได้ดีขึ้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

จตุพร โน โชติ (2547) ศึกษาถึงการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมได้เหมาะสมร้อยละ 59.65 การปรับตัวทางจิตสังคม ไม่เหมาะสมร้อยละ 40.35 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางใจ มีการปรับตัวทางจิตสังคมเหมาะสมร้อยละ 57.89, 59.65, 59.65, 59.65 และ 56.14 ตามลำดับ

Airaksinen (2006) ศึกษาถึงผลของการปรับกระบวนการคิดและบทบาทหน้าที่ในสังคม มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพจากโรคซึมเศร้า โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี พบว่า กลุ่มที่มีการปรับบทบาทหน้าที่ในสังคมมีการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีการปรับบทบาทหน้าที่ในสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดในโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่นๆ

สกาวัตน์ พวงลัดดา (2545) ได้ศึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในลักษณะของกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย มีการนัดผู้ป่วยทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าดีขึ้นกว่าก่อนการปรับพฤติกรรมทางปัญญา มีความคิดทางบวกมากขึ้น เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคิดในทางลบ

ยุทธนา งามอาจสกุลมัน (2548) ได้ศึกษาการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 4 ราย ในแง่ของการรักษา และนำเทคนิคต่างๆมาใช้ ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้ง 4 รายมีอาการดีขึ้น ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท และยอมรับร่วมมือในการรับประทานยาและติดตามการรักษา

สุจิตรา กฤติยวรรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า นักศึกษามีการพัฒนาด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดทางความคิดโดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 40 คน ผลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

วินัสริน ก้อนศิลา (2550) ศึกษาผลของการใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จำนวน 22 คน ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

Fava, Rafanelli, Grandi, Conti and Belluardo (1998) ได้ศึกษาการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำของโรคซึมเศร้าด้วยการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีประวัติกลับเป็นซ้ำ เคยประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยามาแล้ว สุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการทางคลินิกปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับยาต้านเศร้าในระดับเท่ากัน และเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน และมีการประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัด (The paykel Clinical Interview for Depression) ด้วยการนัดมา

ประเมินเมื่อครบ 2 ปี ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะไม่ได้รับยานอกจากว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งผลพบว่ากลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอาการซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ในระดับต่ำหลังจากที่ได้รับการบำบัดด้วยยาไม่ต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก และเมื่อวัดซ้ำ 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีอัตราการกำเริบซ้ำในระดับต่ำ 25 % มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก 80%

Fava et al. (2004) ศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในการป้องกันการกลับมีอาการซ้ำ 6 ปี เป็นการศึกษาต่อเนื่องมาจากการการประเมินการกลับมีอาการซ้ำใน 2 ปี ผลพบว่าหลังจาก 6 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีอัตราการกลับมีอาการซ้ำในระดับต่ำมี 40% มากกว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิกมี 90% เมื่อพิจารณาถึงความหลากหลายของอาการที่กลับเป็นซ้ำก็พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีจำนวนของการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการทางคลินิก

Seok – Man KWON ,Tian P.S. Oei et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างการเปลี่ยน automatic thought, dysfunctional attitudes และ อาการแสดงของโรคซึมเศร้าใน 12 สัปดาห์ ของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 35 คน พบว่า (1) โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดการคิดด้านลบ (2) มีผลในการเปลี่ยนในความคิดอัตโนมัติและ ความเชื่อทัศนคติที่ไม่เหมาะสมชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงของโรคซึมเศร้า และ(3) ความคิดอัตโนมัติยังแสดงบทบาทในการประนีประนอม ระหว่างความเชื่อที่ไม่เหมาะสมกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้งานวิจัยยังสนับสนุน เกี่ยวกับสาเหตุเชิงเหตุเชิงผลของรูปแบบของการคิด (Cognition Model) กับอาการซึมเศร้า

Tsai – Hwei Chen et al. (2006) ได้ทำการประเมินผลของกลุ่ม บำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยซึมเศร้า ใช้เวลาในการบำบัด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีการปรับปรุงการคิด ที่ดีขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า บรรเทาลงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และเมื่อทำการวัดภาวะซึมเศร้าซ้ำหลัง 1 เดือนที่สิ้นสุดการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย ซึ่งดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ

ครั้งที่ 1

1. ประเมินสิ่งกระตุ้น (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง) ที่มีผลต่อระบบการปรับตัวที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า

1.1 ประเมินสิ่งกระตุ้นจากการให้ผู้ป่วยบอกเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเองที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และประเมินจากประวัติ การรักษา เวชระเบียนครอบคลุมเป็นองค์รวม

1.2 ระบุเหตุการณ์ที่ส่งผลถึงภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 2

2. การค้นหาและและเรียนรู้ความคิดด้านลบส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของตนต่อสถานการณ์

2.1 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนต่อสถานการณ์

2.2 เรียนรู้โรคซึมเศร้าและการจัดการกับอาการ

2.3 ฝึกทักษะการจัดการกับอาการซึมเศร้า

ครั้งที่ 3

3. ฝึกปรับความคิดเปลี่ยนมุมมองด้านบวกและพฤติกรรมใหม่เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

3.1 ฝึกทักษะการหยุดคิดความคิดด้านลบ

3.2 ฝึกทักษะการเปลี่ยนมุมมองด้านบวก

3.3 ฝึกทักษะให้กำลังใจตนเอง สร้างความภาคภูมิใจ

ครั้งที่ 4

4. การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมมีการแสดงออกตามบทบาทที่เหมาะสม

4.1 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัว

4.2 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนในสังคม

ครั้งที่ 5

5. ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์และการพึ่งพากับผู้อื่น

5.1 เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์และการพึ่งพากับผู้อื่น

5.2 กิจกรรมการสื่อสารที่เหมาะสม

ภาวะซึมเศร้า