

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราวารสาร เอกสารและบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### 1. โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

- 1.1. แนวคิดและความหมายโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
- 1.2. วิทยาการระบาดของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
- 1.3. สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
- 1.4. อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
- 1.5. ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
- 1.6. การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
- 1.7. การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

#### 2. ภาวะซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายภาวะซึมเศร้า
- 2.2 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- 2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

#### 3. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

#### 4. ระบบบริการสุขภาพจิตชุมชน

#### 5. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

- 5.1 ความหมาย ปรัชญา และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
- 5.2. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
- 5.3. เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม
- 5.4. ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลแบบองค์รวม
- 5.5 แนวคิดการสอนให้บุคคลเข้าใจหลักในการปฏิบัติสุขภาพแบบองค์รวม
- 5.6. การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

#### 6. สัมพันธภาพบำบัด

#### 7. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

#### 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. โรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

### 1.1 แนวคิดและความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ที่มนุษย์ต้องประสบและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความสัมพันธ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต (นิคยา บุญมาเลิศ, 2542) ในพื้นที่ภาคเอเชียจะถือเอาอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันระหว่างประเทศให้ยึดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) โดยมีการให้ความหมาย ผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือ 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 ช่วง คือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือบุคคลที่มีอายุ 60 – 74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (old) คือผู้ที่มีอายุ 75- 90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือบุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (World Health Organization [WHO], 1988) สำหรับประเทศไทยให้เกณฑ์ของWHO (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพบได้ทั่วไปและเป็นความผิดปกติทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Okawumabua, Baker, Wong, and Pilgram cite in Berroa and Phillips, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health's Epidemiology Catchment Area Program) ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือโรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ซึ่งบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกละเลยวินิจฉัยผิดพลาด และได้รับการรักษาไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดการป่วยและการตายโดยไม่จำเป็น

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของร่างกาย การทำหน้าที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่แต่เดิมอ่อนแอ ความบีบคั้นในชีวิต ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด ภาวะกดดันทางจิตใจ การสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้าได้ (Evers and Martin, 2002) เขซาเวจและบริงค์ (Yesavage and Brink cite in Rush et al, 2000) ให้มุมมองโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การรู้คิด (cognitive aspects) มากกว่าอาการที่ปรากฏทางกาย โดยกล่าวว่าอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความสนใจในเรื่องเพศลดลง เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและไม่ใช่ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจทำให้การเคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมต่างๆ ในผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้ ภาวะสมองเสื่อมยังมีผลต่อสมาธิ

และกระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุได้ แต่สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ การคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

### 1.2 วิทยาการระบาดของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

จากการศึกษาของ Alexopoulos (2005) พบว่าทั้งความชุกและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าจะมากขึ้นถึง 2 เท่าในผู้สูงอายุ อายุ 70 – 85 ปี การศึกษาของ โจนส์ (Jones, 2003) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2 – 3 เท่า อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2 – 3 ต่อปี สำหรับประเทศไทย ศิริชัย คาริกานนท์, สมจิตร พิมพ์พนิตย์, ปัทมา ยิ่งขมสารและประทวน เข้มเงิน (2539) ได้ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบมีความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 43.1 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 55.5 ระดับปานกลางร้อยละ 32.7 และระดับรุนแรงร้อยละ 11.8 ส่วนมาโนช ทับมณี (2541) สำรวจผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 35.1 ซึ่งเท่ากับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2542) สำรวจชุมชนเมืองโดยใช้เครื่องมือเดียวกัน พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองร้อยละ 35.1 ในชุมชนชนบทจังหวัดระนองและบุรีรัมย์พบร้อยละ 17 – 19 รวมทั้งชุมชนเมืองและชนบทร้อยละ 24.1 การศึกษาในภาคเหนือ เกษราภรณ์ คุณานูวัฒน์ชัยเดช (2543) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) แบบสั้น 15 ข้อ พบว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 29.3 ส่วนการศึกษาในภาคใต้ของ ประภาส จิตตาศิริ นุวัตร (2544) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในจังหวัดชุมพร โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41 ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่ามี ความแตกต่างกันนั้นอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การใช้เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

### 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

#### 1. ปัจจัยเสี่ยง

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม ข้อมูลทางวิชาการพบว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้อาจสูงถึง ร้อยละ 70-80

2. สารชีวเคมีในสมองพบระดับของ Serotonin และ norepinephrine บริเวณ synaptic cleft ต่ำกว่าปกติ เหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป และผู้สูงอายุปกติทั่วไปนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงขนาดของ Cortical limbic hypothalamic หรือ pituitary ทำให้เกิด hyperactivity และ dysregulation ของ hypothalamic-pituitary adrenal (HPA) axis ผลผู้สูงอายุมี cortisol สูงผู้สูงอายุเองยังมีระบบการ

นอนที่ผิดปกติ คือ Night time wakefulness decrease slow-wave sleep total repideye movement (REM) sleep และ REM latency ลดลงอยู่แล้ว และอาการซึมเศร้ายังทำให้การนอนแย่ลงไปอีก

3. การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมองมีการเปลี่ยนแปลงของสมองบริเวณ Periventricular hyperintense areas subcortical white matter lesion และ subcortical grey matter lesion โดยเฉพาะใน basal ganglia ในผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

สรุป ผู้สูงอายุจะมี Neurochemistry ที่เป็นตัวที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าคือ

1. Brain ventricular enlargement
2. neural degeheration ใน hippocampus ตามอายุซึ่งส่งผลให้ระดับ cortisol สูงขึ้น
3. มีการลดลงของ Norepiryphrise และ neurons ใน locus cerulues
4. Structure brain change

4. บุคลิกภาพ Late life depression พบเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพมากกว่า depression ในวัยอื่น คนที่มีอาการวิตกกังวลสูงในโรคซึมเศร้ามักจะเป็นพวกที่มีบุคลิกภาพวิตกกังวลสูง อยู่แล้ว (Bergummann, 1978)

## 2. ปัจจัยกระตุ้น

1. พบในคนที่สูญเสียรุนแรง ที่เห็นชัดเจน Murphy (1982) พบว่าส่วนหนึ่งในผู้ป่วยซึมเศร้า มีประวัติของปัญหาชีวิตอย่างหนึ่ง เช่น สูญเสียคนรัก ปัญหาการเงิน โรครุนแรง
2. พบในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรงและเป็นเรื้อรัง

## 3. ปัจจัยส่งเสริม

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญต่อสภาวะจิตใจและความรู้สึกนึกคิด เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากผู้ให้เป็นผู้รับ จากผู้นำ เป็นผู้ตาม ต้องพึ่งพา และต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ให้เข้าสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา จากการศึกษางานวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (บุญพา ณ นคร, 2545) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นในทุกๆ ระบบของร่างกายซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบผิวหนังขาดความตึงตัว ผิวหนังเหี่ยวและหยาบ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกพรุน ในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ลิ้นหัวใจแข็งหนา และมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ระบบทางเดิน

หายใจจะมีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงความแข็งแรงและการหดขยายของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง ทำให้ได้รับออกซิเจนต่ำมักเหนื่อยและหอบง่าย ระบบทางเดินอาหาร ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง นอกจากนี้ระบบประสาทและประสาทสัมผัสมีการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติทำงานมีประสิทธิภาพลดลง ความเร็วในการรับและส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลงเช่นกัน (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่นการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ เมื่ออายุมากขึ้นเกิดภาวะความจำเสื่อมทำให้การรับรู้ต่อสังคมลดลง มีความยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสังคมการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก ทำให้บางครั้งผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ว้าวุ่นและเหงา (พัชรี ต้นศิริ, 2533) บางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวังอาจเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต (วิจิตร บุญยะ โหกระ, 2533) จากสภาวะจิตใจต่างๆ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาเช่น ภาวะเครียด วิตกกังวล และโรคซึมเศร้า (อาภา ใจงาม, 2533) บางครั้งเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นเกิดความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวังเนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) จากการศึกษาความชุกของภาวะ विकฤติทางจิตใจในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุมีอาการเฉชา (apathy) ก้าวร้าว (aggressive) วิตกกังวล (anxiety) ประสาทหลอน (hallucination) คิดเป็นร้อยละ 72, 60, 48 และ 22ตามลำดับ (บุญพาณ นคร, 2545)

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปรับตัวแยกตัวจากสังคม ความคล่องตัวในการคิดและการติดต่อสื่อสารจะลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) จากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เนื่องจากบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ความคับข้องใจทางสังคมจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหลังเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียเพื่อนร่วมงาน มีรายได้ลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า (บรรลู่ ศิริพานิชย์, 2542) การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่รับผิดชอบการยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้าปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มไม่กล้าแสดงออก ทำให้

ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง และทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาททางสังคมเกิดความเครียดสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) นอกจากนี้การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รักและหากการสูญเสียนั้นเป็นไปอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง จากการศึกษาสภาพสมรสที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุของ พิษณุภรณ์ มูลศิลป์ (2537) พบว่าการมีชีวิตคู่และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชีวิตคู่ชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดี มีกำลังใจในการเผชิญชีวิต

4. การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เป็นผลต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุพบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงาน บทบาทในครอบครัว ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเกิดความเครียด เศร้าหมอง จนเกิดเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ขาดการกระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจ ต่อการดำเนินชีวิต รู้สึกหมดหวังในชีวิต อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกระทำอัตวินิบาตกรรมได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุพบได้บ่อยซึ่งมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันทั้งในระดับที่มีอารมณ์เศร้าเล็กน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต จนถึงระดับที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายร่างกายตนเอง ประมาณร้อยละ 20 – 40 ในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น 1 – 2 ครั้ง ในจำนวนนี้พบว่ามีเพียงร้อยละ 5 – 10 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและบำบัด (Valent, 1994) นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีสูงถึงร้อยละ 13 ต่อปี และอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรังพบสูงถึง 1 ใน 3 (Dreyfus, 1989; Gomez and Domez, 1993) ทั้งนี้เนื่องจากโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมักมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจงและมีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น กล่าวคือ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงตามกระบวนการของวัยสูงอายุ อาจทำให้รู้สึกเศร้า ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือหมดความสุขได้เป็นครั้งคราวเมื่อมีความคับข้องใจหรือสูญเสีย

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุที่เกิดขึ้น มีผลต่อการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาและแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การให้ความหมาย การแปลความ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม ที่พบบ่อยได้แก่อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โศกเศร้า ร้องไห้ กลัว กังวล รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวัง ไม่มีความสุข แยกตัวไม่สนใจดูแลตนเองและไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเป็นต้น (Bushcman, Dixon, and Tichy, 1995) อาการ

ทางร่างกายที่พบบ่อยที่สุดคือ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดและนอนไม่หลับ

#### 1.4 อาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าที่พบบ่อยในผู้สูงอายุนั้นมักจะแสดงอาการที่ไม่ชัดเจน พบได้น้อยที่ผู้สูงอายุจะแสดงออกด้วยการพูดบ่นถึงอาการของตนเอง แต่ที่เห็นเด่นชัดคือ มีอารมณ์น้อยลงจนถึงไม่มีอารมณ์ในการทำสิ่งใดๆ เลยนนำมาซึ่งการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุผิดพลาด หรือมีการวินิจฉัยที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น อาการที่มีแนวโน้มที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าคืออาการเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติมักเริ่มจากการนอนไม่หลับ อาการอยู่ไม่นิ่ง และบ่อยครั้งที่พบว่าอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไม่แสดงอาการซึมเศร้าต่างๆ อาการทางกายที่พบบ่อยรวมไปถึงอาการกังวลใจ การคิดถึงความตาย สมาธิลดลง อยู่ไม่นิ่งหรือซ้าลง (Tallis and Fillit, 2003) อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยและอาการซึมเศร้าที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ คือ อาการหลงลืมและการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อม (Frisch, 2002) รูปแบบอาการที่พบนั้นแตกต่างกันตามเพศ พบว่าอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไม่คงที่ในแต่ละวัน ในเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย (Tallis and Fillit, 2003) ส่วนอายุนั้นมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ ส่วนอาการ ไฮโปคอนเดรีย (hypochondriasis) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ (Tallis and Fillit, 2003) ปริณส์และคณะ (Prince et al cited in Tallis and Fillit, 2003) ได้จำแนกอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือกลุ่มความเจ็บปวดจากอารมณ์ รวมถึงการมีอารมณ์ลดลง การร้องไห้ และกลุ่มแรงจูงใจซึ่งรวมถึงการขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ อารมณ์สนุกสนานลดลง

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นมีปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและการรู้จัก ได้แก่หากระแวง มองโลกในแง่ร้าย โศกเศร้า ภูมิใจในตนเองลดลง ไม่มีสมาธิ แบบแผนการรับประทานอาหารและการพักผ่อนนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งสิ้น

#### 1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอัตราการตายหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานการฆ่าตัวตายสูง จากรายงานการศึกษาของเมอร์ฟีและคณะ (Murphy et al. อ้างถึงใน สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจำนวน 120 ราย ติดตามผลระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในปี ค.ศ. 1988 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุสูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยอัตรา

การฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไปมี 12.4 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีอายุ 80 – 84 ปีเท่ากับ 26.5 ต่อแสนประชากร (National Institutes of Health, 1991) นอกจากนี้แล้วโรคซึมเศร้ายังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจด้วย ทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาล และการสูญเสียทางอ้อมเนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าไม่สามารถทำงานได้ การตายก่อนวัยอันควรหรือการที่ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในการทำงาน ไปกับการดูแลและการพยาบาล (Hirschfeld et al. 1997)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุจะทวีความรุนแรงมากขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย กลับพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และความสนใจในอาการที่เกิดขึ้น (วีระ ชูรุจิพร, 2542) นอกจากนี้สาเหตุอาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ มีความแตกต่างจากที่พบในวัยผู้ใหญ่ ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากเพราะผู้ป่วยแสดงอาการไม่ชัดเจน มีโรคทางกายร่วมด้วย หรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อมและบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติเนื่องจากผู้สูงอายุมักต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านร่างกาย สังคม หรือเศรษฐกิจ (อรพรรณ ทองแดง และคณะ, 2544) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุจำนวนมากจึงไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ทำให้มีอาการเรื้อรังกลับเป็นซ้ำบ่อยหรืออาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายก่อนการได้รับการรักษา (ประเวศ ดันดิพิวัฒน์สกุล, 2541)

#### 1.6 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ (American Psychiatric Association, 1994)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าข้อบ่งชี้หรือหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยต้องมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 5 อาการ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอาการเหล่านี้ต้องมีอารมณ์ซึมเศร้าและ/หรือขาดความสนใจยินดีกับสิ่งต่างๆ ที่เคยสนใจ ร่วมเป็นหนึ่งในอาการเหล่านี้ด้วย

1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน โดยได้รับจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า) หรือจากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้) หมายเหตุ: ในเด็กและวัยรุ่นอาจพบเป็นลักษณะอารมณ์หงุดหงิด

2. ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมากเป็นทั้งวันหรือเกือบทุกวัน (โดยได้รับจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารจนน้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปมาก หมายเหตุ: ในเด็กน้ำหนักจะไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น

4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป

5. มี Psychomotor agitation หรือ retardation (จากการสังเกตของผู้อื่น ไม่ใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่า กระวนกระวายหรือช้าลง)



6. รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า หรือไม่มีแรง

7. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผล(อาจถึงขั้นหลงผิด)

8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้(โดยได้รับการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่นก็ได้)

9. คิดถึงเรื่องความตายบ่อยครั้ง คิดอยากตาย โดยไม่ได้วางแผนแน่นอนหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแบบแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยทั่วไป แต่ในผู้สูงอายุ (NIH, WPA) Blazer (1991) ได้กล่าวไว้ว่า

อาการหลัก

1. มีอาการซึมเศร้า มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกันเป็นเวลา 2 อาทิตย์ขึ้นไป

2. ไม่มีความสุขไม่สนใจ ในสิ่งต่างๆ ที่ปกติเคยสนใจ

3. อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย

อาการอื่นๆ

4. ไม่มีความมั่นใจ คุณค่าในตัวเองลดน้อยลง

5. รู้สึกผิดหรือบาปอย่างไม่สมเหตุผล

6. คิดถึงเรื่องความตาย มีความคิดหรือพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตาย

7. ไม่มีสมาธิหรือคิดอะไรไม่ออก ตัดสินใจไม่ได้

8. การเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากเดิม ซึมเศร้า เชื่องช้า กระวนกระวาย หุดลุกหุดนั่ง

9. การนอนผิดปกติ

10. อยากอาหาร เปลี่ยนแปลงจนทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง

Brodsky, et al., 1997 ได้กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแสดงอาการเด่นชัดออกอาการทางร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กระวนกระวาย นิ่งไม่คิด วิดกกังวลมีพฤติกรรมที่พยายามฆ่าตัวตาย และมีอาการทางจิต ความคิดอยากตายในผู้สูงอายุจะไม่ค่อยแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปเท่าไร

Diagnostic difficulties

ความยากลำบากในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อยู่ที่ความชราภาพของผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างวัย สุขภาพกาย สุขภาพจิต และอาการที่เกิดร่วมกันระหว่างอาการทางร่างกาย และอาการของโรคซึมเศร้า

อุปสรรคที่ยากต่อการวินิจฉัย

1. อาการทางร่างกายที่แยกยากกว่ามีพยาธิสภาพจริงๆ หรือเป็นอาการทางจิตเวช

2. ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ซึมเศร้าชัดเจน

3.อาการ โรคซึมเศร้ามักจะพบปนๆ กันกับอาการทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรงในคนไข้โรคเบาหวาน

4.มีอาการทางด้านโรคประสาทวิตกกังวล

5.ละเลยการดูแลตัวเอง เช่น ไม่ทำตามแพทย์สั่ง

6.แสดงอาการออกทางด้าน Pseudodementia

7.แสดงออกทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ ที่ไม่ดีเคยมีอยู่แต่มาดีขึ้น

การชักประวัติอย่างละเอียด ตั้งแต่ก่อนป่วย อาการที่เริ่มเปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น นอนไม่หลับที่มีอยู่เดิมจากการเจ็บป่วย แต่มีอาการตื่นเช้ากว่าเดิม อาการเหนื่อยมากกว่าที่มีอยู่เดิมจากการเดินหรือทำกิจกรรม จะมีมากขึ้นแม้ว่านั่งอยู่เฉยๆ การชักประวัติควรจะได้ประวัติจากคนใกล้ชิดที่บ่งบอกถึงความสนใจสิ่งต่างๆรอบตัวที่เคยสนใจแล้วลดน้อยถอยไป ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักจะโกรธเมื่อถามถึงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ และมักปฏิเสธอารมณ์ที่ผิดปกติไป

อาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่หาสาเหตุทางร่างกายไม่พบ หรือมีอาการผิดปกติ อาการปวดต่างๆ ที่ไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางร่างกาย

ผู้ป่วยที่สนใจอาการไม่สบายทางด้านร่างกาย เช่น ผู้ป่วยจะพูดและบ่นถึงอาการท้องอืด จุกเสียด ปวดหลังมากทำให้ญาติและแพทย์นำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ มากมายโดยไม่ได้คิดถึงโรคซึมเศร้าอาการโรควิตกกังวลที่ตรวจพบเช่น ย้ำคิดย้ำทำมากกว่าปกติจนรบกวนชีวิตประจำวัน โรคหลังต่างๆหรือบ่นถึงอาการทางด้านร่างกายที่ไม่มีสาเหตุชัดเจนให้ตรวจละเอียดว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ (Baldwin 1988) ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แยกตัว นอนอยู่เฉยๆ ไม่ยอมทานอาหาร พละกำลังลดลงอย่างมาก

### 1.7 การรักษาโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ

แนวทางการรักษาตามปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า คือ การรักษาด้านชีววิทยา การรักษาทางยา การรักษาทางจิตใจ เช่น จิตบำบัดแบบวิเคราะห์ กลไกทางจิต การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา เป็นต้น (ดวงใจ กษานติกุล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล, 2544) มีรายละเอียดดังนี้

1.การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาโดยให้ยาด้านเศร้า (antidepressant) กลุ่มต่างๆ เช่น ยาด้านเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาด้านเศร้ากลุ่มโมโนเอไมน์ (monoamine oxidase inhibitors) เป็นต้น ยาด้านเศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 31 ชนิด คือ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) ที่จุดต่อของปลายประสาทที่ทำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น โรคซึมเศร้าจึงหมดไปหรือดีขึ้น ยาแต่ละชนิดมีฤทธิ์ขัดขวางสารสื่อประสาทต่างๆ กัน เช่น ยาอิมิพรามีน (imipramine) มีฤทธิ์

ขีดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของซีโร โทนินเป็นต้น การรักษาด้วยยาต้านเศร้าจะต้องใช้เวลา 1 -3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติ ลดความรู้สึกท้อแท้หรือความรู้สึกผิด และยาจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น เป็นเวลานานกว่า 1 เดือน สามารถลดยาได้ แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาติดต่อกันไปเป็นเวลา 6 เดือนถึงหนึ่งปี เพื่อป้องกันการกำเริบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีอาการกำเริบได้อีก และร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต

2. การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าและช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับบำบัดร่วมมือในการรักษา มีแนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎี ที่อธิบายถึงปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้ามุ่งต่อไปนี้

- จิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (Psychodynamic psychotherapy) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่า ความขัดแย้งในจิตได้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า การบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญๆ เพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการบำบัด เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตได้สำนึกให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนาน ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา มุ่งให้ผู้รับการบำบัดระบายความขัดแย้งในจิตได้สำนึก โดยไม่คำนึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ความซึมเศร้ายังคงอยู่

- การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตได้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้อธิบายให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้บำบัดพูดระดับประคองให้ความหวังและกำลังใจกับผู้รับการบำบัด เน้นให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยๆ ในบุคคลทั่วไป ให้ผู้รับการบำบัดปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับความเครียดในชีวิต

- พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เฟอส์เทอร์ (Kazdin, 2001) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า โดยอธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรางจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคมยังทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์

และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบกับเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง

- การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย (Beck et al, 1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีนิยามว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม โลกและอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตามความเป็นจริงแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคซึมเศร้าเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

- พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (cognitive behavior therapy) แนวคิดทฤษฎี CBT มีพื้นฐานอยู่บนการจำแนกแยกแยะความเชื่อ ข้อกำหนด และการจัดระบบความคิดขึ้นใหม่โดยไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยซึมเศร้าและการทำความเข้าใจความคิดที่ผิดพลาดนั้นนำมาซึ่งการค้นพบกระบวนการคิดเชิงลบ ที่นำมาเป็นทางเลือกในการนำมาใช้ยืนยันความคิดและการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Stewart, 1994) เป็นการผสมผสานการบำบัดที่หลากหลายซึ่งการเรียนรู้สามารถนำมาใช้ในการป้องกันหรือบำบัดโรคซึมเศร้าได้ CBT มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความเชื่อที่ผิด การแปลผลข้อมูลที่บิดเบือนรวมถึงการทดสอบความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม (Beck et al, 1979)

- กลุ่มบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995) เป็นการบำบัดรักษาแบบกลุ่ม ซึ่งถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยทั่วไปหลายประเภท ซึ่งพบว่าได้ผลดีในการรักษา เนื่องจากกลุ่มบำบัดประคับประคองมีเป้าหมายในการแก้ปัญหาคความทุกข์ใจ อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางจิต โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มาร่วมแสดงความรู้สึก อภิปรายในปัญหานั้น ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในกลุ่ม และมีการดำเนินไปตามพัฒนาการของกลุ่ม มีเป้าหมายและส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมทำให้สมาชิกเข้าใจในปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดปัจจัยบำบัดซึ่งเป็นดีต่อการรักษา

## 2.ภาวะซึมเศร้า

### 2.1 ความหมายภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) มาจากคำว่า Deprivere ซึ่งเป็นภาษาละติน มีความหมายว่า กดต่ำลง หรือจมลง โดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2526: 101)

Craighead et al. (1986) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงสภาวะอารมณ์ที่ช่วยทำให้มนุษย์ดำรงความสมบูรณ์แห่งชีวิตได้อย่างเหมาะสม จากการได้รับประสบการณ์แห่งความสูญเสีย โดยมีความรู้สึกเศร้า เก็บตัว ไม่ต้องการปฏิสัมพันธ์กับสังคมและคนรอบข้างหรืออาจหมายถึงความผิดปกติทางจิตใจ โดยแสดงอาการพลุ่งพล่านไม่เป็นสุข มีอาการทางกายและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

Priest (1983) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกล้มเหลว รู้สึกสูญเสีย เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่นานขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม

Gurland (1976) กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องทางจิตที่ธรรมดาที่สุด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ จะสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลง เรื่องการนอนหลับ การเจริญอาหาร พฤติกรรมทางสังคม การรับรู้สุขภาพทางกายและความกระปรี้กระเปร่า สิ่งเหล่านี้สามารถแสดงให้เห็นถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุได้ ภาวะซึมเศร้าทำให้ความตั้งใจในการทำสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันลดน้อยลงหรือหมดไป ก่อให้เกิดความสิ้นหวัง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดความเฉาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในขณะที่เดียวกันอารมณ์ด้านบวก เช่น ความเมตตา กรุณา ความรัก และความสนุกสนานรื่นเริงจะหมดไป

Sturgeon (1974) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเจ็บป่วยที่ทำให้หมดความสามารถ เป็นโรคที่ทำให้พิการและเป็นสาเหตุที่ทำให้หมดความสุขหรือความสนุกสนานในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม รวมทั้งหน้าที่การทำงาน

Winer (1980) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามีหลายความหมายแตกต่างกันจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พอจะสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าได้ 3 ประการ คือ

- 1) ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย การเกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต
- 2) ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะของการใคร่ครวญถึงความผิดหวัง สิ้นหวังเกี่ยวกับความรู้สึกล้มเหลวที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตของตนได้
- 3) ภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเสริมแรงทางบวก

เนตรนภา จตุรงค์แสง (2540) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดได้ในทุกช่วงอายุของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

และอัตโนมัติเข้าไปในทางลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะมองทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นความล้มเหลว และมองชีวิตในอนาคตเป็นเรื่องของความยุ่งยาก บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครยกย่อง จึงไม่รู้สึกชื่นชมตนเอง ส่งผลให้เกิดการก้าวร้าวและดูถูกตนเอง ถ้ามีภาวะซึมเศร้ามากๆ มักจะทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

อลิสตา วัชรสินธุ (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depressive Symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึก ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา

ดวงใจ กसानติกุล (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม และสมรรถภาพในการทำงานลดลง และแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (Affect of States) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนานและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ
2. เป็นอารมณ์ผิดปกติ (Mood or Trait) คือ คงทน และระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้างเกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาทางการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกาย และโรคทางจิตต่างๆ (Secondary depression)
3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (Primary Affective Disorder) โดยมีอารมณ์ผิดปกติคงนาน (Mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้า หรือ Hypomania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง โดยมีอาการอื่นร่วมด้วย
  - 3.1 อาการทางจิตสรีระ (Psychophysiological หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น
  - 3.2 อาการทางความคิด (Cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ จี๋หลังจี๋ลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น
  - 3.3 อาการทางพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Psychomotor) เช่น เชื่องซึม กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

Beck (1973) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้

ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติในค่านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนีพฤติกรรมด้อยหนึ่ มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพาผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่พฤติกรรมด้อยหนึ่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชื่องช้าลง (Retardation) หรือ กระวนกระวาย (Agitation)

จากการให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาขอสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระนี้คือ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติของจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกเศร้าสร้อย วิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม เกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง สังคม และอนาคต ความตั้งใจในการทำสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือหมดไป เกิดความเฉยชาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งอาการต่างๆ เกิดขึ้นเป็นเวลาดิติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

## 2.2 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย ลักษณะที่เด่นชัดคือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายอย่างมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือเด่นชัด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2533)

ลักษณะทางคลินิกมีดังต่อไปนี้

- 1) มีอาการแสดงออกของการเจ็บป่วยทางฝ่ายกาย ผู้สูงอายุจะครุ่นคิดกังวลว่าสุขภาพไม่ดี อาการไม่สบายทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมองมึนชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเพื่อแน่นท้อง และคลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็น โรคทางกายที่ร้ายแรง
  - 2) มีความรู้สึกไม่ร่าเริง หรือแจ่มใส อาจมีอาการเศร้าแต่ไม่มาก บางรายมีสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ รายที่เป็นมากจะมีอารมณ์เศร้าอย่างชัดเจน
  - 3) มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย
  - 4) มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และท้องผูก
  - 5) นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ากว่าธรรมดา
  - 6) สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย
  - 7) ความคิดเชื่องช้า สมาธิเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ อาการคล้ายสมองเสื่อมบางราย
- แยกกันยาก พบบ่อยว่าผู้สูงอายุมีอาการเศร้าและสมองเสื่อมร่วมกัน
- 8) ผู้สูงอายุบางรายมีอาการพลุ่พล่าน กระวนกระวาย
  - 9) มีความรู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ท้อแท้ สิ้นหวัง

10) มีความรู้สึกผิดและลงโทษตนเอง พบในรายที่เป็นมาก พร้อมกันนี้จะมีอาการเบื่อชีวิต คิดอยากตาย

11) ผู้สูงอายุที่เป็นมากขึ้นเป็นโรคจิต จะมีอาการหลงผิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย และอาการหลงผิดชนิดอื่นๆ ในคนสูงอายุ อารมณ์เศร้าและความเจ็บป่วยทางกายจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เมื่อมีโรคทางกายความรู้สึกมีคุณค่าตนเองจะลดต่ำลง ทำให้เกิดความซึมเศร้า ด้วยเหตุนี้การตรวจโรคทางร่างกายโดยละเอียดเพื่อค้นหาโรคทางกายที่อาจมีร่วมด้วยจำเป็นอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติ ที่มีผลต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ จะบั่นทอนความสุข การหัวเราะ ความเห็นอกเห็นใจคนอื่น ความสุข และความรัก ในที่สุดภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องตกเป็นเหยื่อของความเจ็บเหงาและการแยกตัวเอง

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล (2539) กล่าวว่าอาการและอาการแสดงที่พบได้ในภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุขขาดความรู้สึกเบิกบาน บางคนมีอาการ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย
2. ด้านความคิด สมาธิไม่ดี ขี้ลืม ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองไร้ค่าหรือเป็นภาระต่อคนอื่น มองทุกสิ่งทุกอย่าง หมดหวัง บางคนจะมีความคิดเบื้อชีวิต เบื่อที่จะสู้ต่อไป คิดอยากตาย หรือคิดจะทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย
3. ด้านร่างกาย มีปัญหาการกินอาหาร (เบื่ออาหาร ไม่อยากกินหรือกินจุกมากขึ้นหิวบ่อยขึ้น) น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้น การนอนจะมีปัญหา นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือหลับยาก บางรายอาจจะมีการนอนหลับมากกว่าปกติ อาการปวดของส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศจะลดลง บางรายอาจเพิ่มขึ้น แต่พบได้น้อย รู้สึกอ่อนเพลีย ถ้าร่างกายไม่มีแรง
4. ด้านพฤติกรรม แยกตัว ซึม ซอຍอยู่เงียบๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือสนใจน้อยลง บางรายมีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่คิดเป็นพักๆ มีการควบคุมตัวเองได้น้อยลง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้จ่ายนอนหลับ หรือ อาจมีปัญหา การใช้สารบางอย่างเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายแก้ปวดมากขึ้น แสดงความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหรือลูกหลานเข้าใจผิดว่า ทำไปเพื่อเรียกร้องความสนใจ แต่ที่จริงแล้วเป็นอาการของความเจ็บป่วย

อรพรรณ ทองแดง (2542: 233) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พิจารณาจากอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออก โดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความ



แปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีรายละเอียดดังนี้

1. ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประหม่อมค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ดำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบี้ยวไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น แม้ยังไม่มีอาการแสดง

1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่ง ทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

2. ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ ทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มึนอารมณ์หรือสิ่งแวดลอมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดลอมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ายุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกคนอื่นรังเกียจ รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดลอมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ายุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเองเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดลอม เฉยชา

3. ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

3.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึงพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเอง หรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถจะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

4. ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เมื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

4.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

4.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มี ความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

### 2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดงมีการประเมินได้ 2 ประเภท คือการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (Interviewer and observer rated scale) หรือจากการประเมินตนเอง (Self – report) ซึ่งมีผู้ที่พัฒนาการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการสร้างแบบประเมินเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้รับการประเมินตามที่มัทสัน (Matson, 1993) ยอนเกอร์สและแซมสัน (Yonkers and Samson, 2000) ได้รวบรวมแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั้ง 2

## ประเภทดังนี้

### การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกตมีดังนี้

1.แบบประเมินของภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression) สร้างโดยแฮมิลตัน (Hamilton, 1960) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะแรก แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เน้นการประเมินด้านอารมณ์ อาการทางกาย เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ วิตกกังวล (anxiety) หงุดหงิด กระวนกระวาย และการขี้ริ้ว (agitation and insight) ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมินและต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้เหมาะสม

2.แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomery and Asberg, 1979) แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของโรคซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลการรักษา เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตสภาพจิตใจจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเองซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

1. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยซุง (Zung, 1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมา ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนดอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานี้ในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆเหมือนแบบของเบคแต่ไม่ครอบคลุม

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี

20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบประเมินของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของรัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น

3. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบค (Beck, 1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะพบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

4. Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเฮซาวาจ และคณะ (Yesavage, et.al.) ซึ่งมีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน

ระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรานามเดช, 2539: 35)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินความซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและในการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อน – หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถให้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

### 3.การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

พยาบาลสุขภาพจิตจิตเวชเป็นผู้มีอิสระที่จะปฏิบัติบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุโดยใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตัวอย่างการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ได้แก่ทฤษฎีการปรับตัวของรอย(Roy, 1976)ที่กล่าวถึงบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา การเผชิญสภาวะต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของบุคคลจะมีการปรับตัวซึ่งเกิดขึ้นด้วยกลไกตามธรรมชาติ เนื่องจากการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุเกิดจากกลไกการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดกลไกการเปลี่ยนแปลงและการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมดังนั้นการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จัดการได้และทำให้เกิดการจัดการทางสรีระวิทยา การรู้คิด เพื่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมต่อการเจ็บป่วย ในการนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสมพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยใช้แนวทางการปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายที่พึงประสงค์ทางการพยาบาล ดังนี้คือ

1.การดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะ โรคที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct Care)

โดยการประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษาค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัย

สูงอายุ เพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของปัญหา ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ คือ

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย แม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ
3. ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงคืนนอนใหม่ๆหากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
4. ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มฉีดยา คดอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลึบตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา
5. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าให้ผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน ควรให้การดูแลใกล้ชิด
6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกลึกซึ้ง หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ
7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและ

รักษาสัญญาเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ 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 เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของผู้ป่วยสูงอายุ

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ต่ำหนีดตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยลดความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุเช่น อารมณ์ โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ป่วยสูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้สิ่งดีๆในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การ

ประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกระฉ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆ ให้น้อยลง และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆ มากมาย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

### 3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมิแนวทางปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

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

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหารเช้า การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งใน



กระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า 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. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยง เพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

2. พัฒนาจัดการ (Care Management) โดยการสร้างทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพ การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสร้างฐานข้อมูลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ

3. ประสานงาน (Collaboration) โดยการประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พยาบาลในชุมชนและแหล่งประโยชน์จากชุมชน ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกายและจิตใจ พันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุนาน ที่สำคัญคือความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

(เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงมีสุขภาพดี แต่ถ้การปรับตัวนี้ไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วย ย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

#### 4.ระบบบริการสุขภาพจิตชุมชน

##### 4.1แนวคิดหลักการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หลักการพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นกรอบแนวคิดที่เฉพาะ ได้แก่ กระบวนการการปฏิบัติงานการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน และกลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลขอนแก่น กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพจิตประกอบไปด้วย

4.1.1 การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจในปัญหาและความรุนแรง ความสูญเสียในการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกตและการดูแลตนเองรวมทั้งคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัว ในชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพชุมชน

4.1.2 การป้องกันโดยวิธีการช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้แบบแผนในการสร้างสัมพันธภาพ และการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน สังคม และการให้คำปรึกษายังช่วยให้ผู้ใหญ่ และเด็กที่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างใกล้ชิด ดังนั้น กลุ่มที่ต้องการกิจกรรมเป็นหลักคือ การให้คำปรึกษารอบครัว ตลอดจนการใช้สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อพิมพ์ สื่อภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ วิทยุกระจายเสียง สื่อเทคโนโลยีอื่นๆ รวมทั้งสื่อบุคคลเพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิต และใช้ในการคลายเครียดให้กลุ่มคนในชุมชน

4.1.3 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องพิจารณาถึงปัจจัย ถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสบการณ์ของบุคคล รวมถึงความเครียด และปัญหาชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการแนะแนวทางที่จะเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจิต โรคประสาท

4.1.4 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้แนวคิดหลักของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลบุคคลทั้งคน หมายถึง ครอบครัวทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการนำนวัตกรรมหรือกระบวนการความคิดและประสบการณ์ชีวิตของบุคคลมาผสมผสานกันทั้งหมด

4.1.5 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นให้มีการช่วยเหลือบุคคลด้วยการดูแลสุขภาพจิต เพราะบทบาทของวิชาชีพพยาบาลนั้นต้อง บูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้งทางมนุษยวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุข ศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยมีการประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า แนวคิดหลักการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ดูแลบุคคลทั้งคนครอบคลุมทั้งการดูแลด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยบูรณาการและผสมผสานศาสตร์สหวิทยาการ ทั้ง ทางมนุษยวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ สาธารณสุข ศาสตร์การดูแลตนเอง และวิธีการทาง วิทยาศาสตร์ โดยมีการประยุกต์แนวคิด บูรณาการเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**4.2 บทบาทของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วย บริการปฐมภูมิ (จันทร์อัมพร รุณดี, 2544) มีดังนี้**

4.2.1 ขอบเขตการ ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาล วิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานควรมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลแบบองค์รวม ในผู้ป่วย ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ยุ่งยาก และไม่ต้องการการตัดสินใจทางคลินิกที่ซับซ้อน บทบาทในการให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนแผนการ รักษา บทบาทในเรื่องการสอน/ชี้แนะ และการเป็นที่ปรึกษาในรายที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน บทบาทใน การส่งต่อผู้รับบริการ ไปยังผู้ปฏิบัติขั้นสูงในหน่วยงาน ส่วนบทบาททางด้านวิชาการและการ บริหารงานนั้นควรเป็นบทบาทในการดำเนินการวิจัยหรือผู้ร่วมงานวิจัยที่ไม่ยุ่งยากและบทบาทเป็น ผู้ร่วมในการดำเนินงานบริหารงานต่างๆ

4.2.2 ขอบเขตการ ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิของพยาบาล วิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลแยกเป็นข้อย่อยๆ ได้ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมที่มีปัญหา ยุ่งยาก รุนแรงและซับซ้อน ในเรื่องส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การ ฟื้นฟูสภาพจิต รวมทั้งการส่งต่อทั้งในสถานบริการและชุมชน

2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการเป็นผู้จัดการรายกรณีในการประเมิน ภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นผู้นำทางด้าน สุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรทั้งในหน่วยงานและนอก หน่วยงาน

3) ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน

4) ด้านการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการของผู้รับบริการ

5) ด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่

6) ด้านการบริหารจัดการในเรื่องการดำเนินงานการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

7) ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล

โดยสรุป บทบาทของพยาบาลในการให้การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และให้การดูแลแบบองค์รวม ให้คำปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช และการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ

## 5. แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)

แนวคิดการพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรก เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดของนักปรัชญาองค์รวม โดยเชื่อว่าในบุคคลมีพลังอำนาจ และโดยธรรมชาติของมนุษย์สามารถหายจากความเจ็บป่วยได้เอง (Self-Healing) การจัดให้บุคคลได้รับอาหาร และน้ำที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ได้รับแสงแดดและความอบอุ่นที่พอเหมาะ สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบปราศจากสิ่งรบกวน เพื่อให้ได้พักผ่อนที่เพียงพอ และได้รับการดูแลเรื่องความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมแล้ว สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหายเองได้ เพราะธรรมชาติเท่านั้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหาย (สมจิต ปทุมานนท์, 2541) และ Orem (1991) กล่าวว่าสุขภาพเป็นภาวะของร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ และสังคมที่เป็นความต่อเนื่องกันตั้งแต่ความเจ็บป่วยจนถึงความผาสุก และภาวะที่เกิดจากร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ และสังคมนี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

### 5.1 ความหมาย ปรัชญา และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

#### 5.1.1 ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (American Holistic Nurse Association อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวม ว่า

หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย และให้ความสำคัญขององค์รวมเป็น 2 ประเด็น คือ องค์รวมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง กาย-จิต และจิตวิญญาณของบุคคล มองส่วนร่วมมากกว่าการรวมส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ประเด็นที่ 2 มองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก การพยาบาลแบบองค์รวมต้องใช้แนวคิดทั้ง 2 ประเด็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า “ การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การให้พยาบาลบุคคลโดยมองบุคคลเป็นองค์รวม ผสมผสาน กาย - จิต - จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ “

### 5.1.2 ปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (AHNA, 1993 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) มีความเชื่อว่าการพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ วัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงสนับสนุนให้ใช้ศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการดูแลบุคคลทั้งองค์รวม มีความเชื่อว่าการพยาบาลมีความสามารถอย่างโดดเด่น และเป็นเอกลักษณ์ในการให้บริการซึ่งทำให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวของบุคคลอย่างสมบูรณ์

มโนทัศน์ของการพยาบาลองค์รวมอยู่บนพื้นฐานของวิชาการที่กว้างและครอบคลุมความสมดุลระหว่างศิลปะและวิทยาศาสตร์ ทักษะในการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล และมีโอกาสในการเลือกวิธีปฏิบัติหลายรูปแบบ ในการผสมผสานให้เกิดความสมดุลของระบบพลังงานของมนุษย์กระบวนการเรียนการสอนจะช่วยให้พยาบาลช่วยเหลือบุคคลให้มีความรับผิดชอบต่อความผาสุกของตนเอง มีความเชื่อว่าโรคและความเครียด สามารถมองในรูปของโอกาสที่จะเพิ่มความตระหนักของการเชื่อมโยงภายในระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

### 5.2. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวม

AHNA (American Holistic Nurse Association) ได้พรรณนาการพยาบาลองค์รวมไว้ว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูในตัวของบุคคลที่มีลักษณะเป็นหน่วยรวม (Dossey, 1977)

Robin (อ้างใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) กล่าวว่า องค์รวมเป็นปัจเจกบุคคลที่มีมุมมองในแง่การผสมผสานทั้งการกระทำ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งมีชีวิตที่เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งเน้นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลลัพธ์จากการผสมผสานจะเป็นหน่วยเดียวตามธรรมชาติ

Johnson (1990) แยกแยะมุมมองของการพยาบาลองค์รวมในแง่ของการผสมผสานกลมกลืน และสมดุลของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ จุดเน้นคือหน่วยรวมของปัจเจกบุคคล และกระบวนการของการฟื้นฟูด้วยตนเอง ความสนใจอยู่ที่สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับ

ผู้รับบริการ การรับผิดชอบด้วยตนเองของผู้รับบริการ การสร้างเสริมสุขภาพ และวิถีชีวิต นอกจากนี้ยังรวมแนวคิดของทางเลือก ทางเสริมเข้ากับมุมมองขององค์กรรวมอีกด้วย

Dossey (2001) และ Frisch (2000) ให้มุมมองของการพยาบาลองค์กรรวม 2 ลักษณะคือ (1) ต้องแยกแยะตัวบุคคลในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ของมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Biopsychosocialspiritual) (2) ต้องทำความเข้าใจว่าปัจเจกบุคคล (individual) เป็นหน่วยรวมที่มีเพียงหน่วยเดียวซึ่งมีความเป็นเฉพาะของแต่ละบุคคล และต้องอยู่ในกระบวนการที่กระทำร่วมกันกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตระหนักอยู่เสมอว่าหน่วยรวมมีความยิ่งใหญ่กว่าการเอาแต่ละส่วนรวมมารวมกัน

สมจิต หนูเจริญกุล (2531 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) กล่าวว่านักทฤษฎีทางการพยาบาลต่างเห็นพ้องต้องว่า พยาบาลจะต้องดูแลบุคคลทั้งหมดหรือ Holism และถ้าพิจารณารายละเอียดของทฤษฎี อาจแบ่งแนวคิดของการพยาบาลองค์กรรวมได้เป็น 3 กลุ่ม แนวคิด คือ

#### 1) แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์กรรวม ที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์

Nightingale (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531:14) เป็นพยาบาลคนแรกที่ทำให้แนวคิดของการพยาบาลองค์กรรวม โดยเขียนว่า “สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำก็คือ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด หรือ ให้ธรรมชาติมาเยียวยา “

Henderson (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) ได้กล่าวถึงหน้าที่ที่เป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาลว่า “พยาบาลจะต้องการดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการแบบองค์กรรวมโดยการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยหรือคนปกติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปกติบุคคลเหล่านี้ จะกระทำได้ด้วยตนเองถ้าเขามีกำลัง ความตั้งใจและความรู้ และตลอดเวลาในสัมพันธภาพ การช่วยเหลือ พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับพึ่งตนเองโดยเร็วที่สุด”

Ineson J. (1981) เป็นพยาบาลอังกฤษอีกผู้หนึ่ง ที่ใช้ความต้องการของมนุษย์มาเป็นตัวกำหนด การพยาบาลองค์กรรวม โดยเชื่อว่า การพยาบาลองค์กรรวมเป็นปรัชญาที่พยาบาลต้องตระหนัก เพื่อมองบุคคลให้ครอบคลุมทุกด้านของชีวิต

#### 2) แนวคิดการพยาบาลแบบองค์กรรวมที่อาศัยการปรับตัวของมนุษย์

นักทฤษฎีทางการพยาบาลกลุ่มนี้สร้างแนวคิดของการพยาบาลองค์กรรวมโดยยึดถือการปรับตัวของมนุษย์ มองสุขภาพในลักษณะของความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณาตั้งแต่ระดับเซลล์ จนถึงตัวบุคคล มองสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกเน้นถึงการทำงานของส่วนต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันทั้งหมด แทนที่จะแยกเป็นส่วนย่อย ๆ ออกมาศึกษาต่างหาก นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ใช้แนวคิดนี้ให้พยาบาลมองคนทั้งคนในลักษณะของการผสมผสานของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สมจิต ปทุมานนท์, 2541)

### 3) การพยาบาลแบบองค์รวมโดยอาศัยแนวคิดของพลังงาน

การแพทย์แผนโบราณของจีนกล่าวว่า ไม่สามารถแยกกายกับจิตได้ แต่อธิบายอาการทางกายและจิตว่าเป็นลักษณะการแสดงออกของพลังงาน และความสมดุลของสิ่งมีชีวิต ซึ่งในสมัยนั้นแพทย์ชาวจีนได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ของอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม อาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันการเกิดเจ็บป่วย สุภายิตโบราณของจีนกล่าวว่า “แพทย์ที่เก่งจะรักษาก่อนที่จะโรคระเกิด แต่แพทย์ที่อ่อนหัดมีความสามารถรักษาโรคที่คนไม่สามารถป้องกันได้” (Loheed, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2531:17)

จากการวิเคราะห์แนวคิดทางวิชาการพยาบาล 3 กลุ่มข้างต้น สมจิต หนูเจริญกุล สรุปแนวคิดการพยาบาลองค์รวมไว้ ดังนี้

- 1) เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน
- 2) บุคคลเป็นระบบเปิดและเป็นระบบย่อย
- 3) เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ
- 4) การมีสุขภาพและความผาสุกอันสูงสุด ต้องใช้ทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์ ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล

5) การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้แนวคิดของสุขภาพแบบองค์รวมเป็นพื้นฐาน

6) การพยาบาลมุ่งช่วยบุคคล ให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อความผาสุกและคุณภาพของชีวิต

### 4) แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life)

แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแรงและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งแบ่งความต้องการดังนี้

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function need) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือบทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการ

เพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติตามบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ ฟังพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน

4. ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประการ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความ เป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกัน ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1. ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการเพื่อความอยู่รอด
2. ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) คือความต้องการเพื่อการทำหน้าที่
3. ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) คือความต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
4. ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs) คือ ความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวเท่านั้นที่จะว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหา โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้



4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอดโดยการสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย ความต้องการการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ความต้องการการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความต้องการการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข

5. Bolander (1994) ได้ให้แนวคิดการพยาบาลจิตสังคม และการพยาบาลองค์รวม ให้บุคคลเข้าใจในวิธีการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมไว้ ดังนี้

#### 1) การส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองแก่ผู้ป่วย

(1) พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศของความอบอุ่นเป็นกันเองและไว้วางใจพยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย สบายใจและเกิดความมั่นคงปลอดภัย

(2) ขอมรับพฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วยและยอมรับให้ผู้ป่วยระบายความไม่สบายใจออกมา โดยเฉพาะความคิดหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณที่บางครั้งอาจขัดกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของพยาบาล

(3) คำเนิ่งถึงความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ เอื้ออาทรและร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นบุคคล คุณค่า ศักดิ์ศรีของตนเอง

(4) พูดความจริงเป็นการสื่อสารสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและพึงพอใจต่อสัมพันธภาพ

#### 2) การส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วย

(1) ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานตัดสินใจในการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองได้

(2) ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมรับรู้และร่วมตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐาน ที่เป็นจริง มีเหตุมีผล ถูกต้อง เหมาะสม ประการสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยรับได้

#### 3) การพยาบาลแบบร่วมในความรู้สึกของผู้ป่วย

เป็นการนำความรู้สึกของผู้อื่นมาใส่ใจเพื่อเข้าใจให้ถ่องแท้โดยไม่สูญเสียความเป็นส่วนตัวของตัวเอง

#### 4) การรับฟังและมีเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย

พยาบาลจะต้องฟังอย่างตั้งใจติดตามฟังโดยไม่ตัดสินใจโต้แย้ง หรือวิพากษ์วิจารณ์ มีความไว สัมผัสถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่อาจแสดงออกทางท่าทาง คำพูดหรือน้ำเสียง รู้จักเก็บความหรือวิเคราะห์ความหมายได้ครบถ้วน

นอกจากนี้พยาบาลอาจเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยการเลือกการใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น เทคนิคให้ระบายความรู้สึกนึกคิด เทคนิคทำให้กระจำด้านคำนิยาม เทคนิคกระตุ้นการสนทนา เป็นต้น

#### 5) การสร้างความหวังผลกำลังใจแก่ผู้ป่วย

(1) จุดประกายความหวังให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ในเรื่องที่ประทับใจในทางที่ดีและไม่ดี ความรู้สึกประทับใจต่าง ๆ เช่น ความสามารถที่ตนเองประจักษ์คุณความดีที่ได้เคยกระทำ เป็นต้น ทำให้เกิดกำลังใจมีเป้าหมายในการเพียรพยายามต่อสู้เพื่อการกลับคืนสู่สภาพการณ์ที่ดีอีกครั้ง ส่วนประสบการณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะเรื่องราวที่ทำให้ปวดร้าวใจ อาจเทคนิคให้ท้อบทสวดมนต์เพื่อให้ได้ระบายรู้สึกผิดได้โทษ และอารมณ์อื่น ๆ เกิดความรู้สึกให้อภัยและได้รับการอภัย

(2) ปลุกเร้ากำลังใจโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รู้จักใช้คำพูด หรือการแสดงออกต่าง ๆ ที่เป็นการให้กำลังใจแก่ตนเอง และพยายามที่จะสู้ เช่น “ฉันจะต้องทำให้ได้”

(3) กำหนดเป้าหมายในชีวิต ความเชื่อที่ว่า เป้าหมายที่ตั้งใจไว้จะต้องบรรลุผลจะทำให้ ผู้ป่วยเกิดความหวังในชีวิต พยาบาลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายที่เป็นจริง และมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

#### 6) การจัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย

(1) การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าคนมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้โดย

(2) การสวดมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึกว่าจะทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ให้ความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คล้ายกับได้มีการแลกเปลี่ยนส่งผ่านความรัก ความหวังไยระหว่างพระพุทธเจ้าหรือ พระผู้เป็นเจ้ากับมนุษย์ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรักความเข้าใจและการอภัยอย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไป เป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง

(3) ปฏิบัติพิธีกรรม การเฝ้าอำนาจความสะดวกให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนาในบางโอกาส เช่น การนิมนต์พระหรือเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนาพุทธมา

พูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง

(4) จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่าง ๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด เคารพในความเชื่อของผู้ป่วย เมื่อเกิดความขัดแย้งด้านความเชื่อกับระบบการรักษาพยาบาล ควรหาวิธีระดมสมองให้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ

#### 7) การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย (Spiritual well – being)

เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับกิจกรรมทางบําบัดทางจิตวิญญาณต่าง ๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการทางบวก เป็นต้น รวมทั้งการได้สัมผัสกับประสบการณ์ทางสุนทรียภาพทั้งหลาย เช่น การอ่านบทกวี การชมศิลปะ การฟังเพลง การทำกิจกรรมบันเทิง การออกกำลังกาย หรือ การพักผ่อนอย่างเป็นสุข เป็นต้น

#### 8) การเรียนรู้โดยศึกษาพร้อมกับผู้ป่วย

เป็นการเรียนรู้และศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้ป่วยเมื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยนับถือศรัทธา

### 5.3. เป้าหมายหลักของการพยาบาลองค์รวม

เป้าหมายหลักของการพยาบาลคือ การให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวม และหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเสริมจากการพยาบาลที่มีอยู่ เพื่อให้การพยาบาลองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น ได้แก่ (AHNA, 1993 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541)

- 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education)
- 2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of Decision making)
- 3) การตั้ง เป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-Setting)
- 4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy)

### 5.4. ข้อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA) ได้มีข้อกำหนดพื้นฐานและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวมไว้ดังนี้ (AHNA, 1993 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541)

### 5.4.1 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA) ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่สนใจ และให้การพยาบาลองค์รวม ได้คำนึงถึงข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลองค์รวม 3 ประการคือ

ประการที่ 1 พยาบาลต้องมีความสามารถผสมผสานการดูแลตนเอง (Self care) การปฏิบัติพยาบาล โดยพยาบาลต้องรับผิดชอบดูแลตนเองให้ดี การพัฒนาตนเอง จะทำให้การปฏิบัติพยาบาลดีขึ้น พยาบาลองค์รวมต้องคำนึงถึงประสบการณ์มนุษย์ การผสมผสานร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณในการปฏิบัติพยาบาลในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล บ้าน ชุมชนหรือสถานบริการอื่นๆ พยาบาลต้องเป็นผู้นำในการผสมผสานวิธีการรักษาทางเลือกและการรักษาเสริม เช่น การคลายเครียดการรักษาโดยการสัมผัส ฯลฯ เข้ากับกลวิธีการพยาบาลตามแนวปัจจุบัน (Allopathic Nursing)

ประการที่ 2 การพยาบาลแบบองค์รวมต้องกำหนดทิศทางการปฏิบัติโดยกลุ่มผู้ปฏิบัติร่วมกันจัดตั้งองค์กรเพื่อศึกษา ติดตามตรวจสอบ มโนทัศน์ วิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตลอดจนสืบค้นบทบาทของพยาบาลในการศึกษาวิธีการปฏิบัติทางเลือก และการผสมผสานการรักษาในระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ประการที่ 3 การปฏิบัติพยาบาลจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติจากแนวคิด และข้อกำหนดการพยาบาลแบบองค์รวมดังกล่าว สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA) ได้ใช้เป็นแนวทางกำหนดมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน (9 มโนทัศน์ และ 15 มาตรฐานการปฏิบัติ)

### 5.4.2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA) ได้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวมไว้ 2 ส่วน คือ

#### ส่วนที่ 1 มาตรฐานเกี่ยวกับวินัยให้การปฏิบัติ

##### มโนทัศน์ที่ 1 ปรัชญาขององค์รวม

**มาตรฐานการปฏิบัติ :** พยาบาลองค์รวม ต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล มโนทัศน์ขององค์รวม ประวัติและทฤษฎีขององค์รวม

##### มโนทัศน์ที่ 2 รากฐานขององค์รวม

**มาตรฐานการปฏิบัติ :** พยาบาลองค์รวมต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติและให้บริการพยาบาลแบบองค์รวม

### มโนทัศน์ที่ 3 จริยธรรมขององค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องยึดมั่นในการผสมผสานการดูแลและการหายจากการเจ็บป่วย โดยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นองค์กรร่วมของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกสิ่งแวดล้อมที่ให้บริการพยาบาล

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการปฏิรูปการดูแลสุขภาพตามแบบขององค์กรร่วม

### มโนทัศน์ที่ 4 ทฤษฎีการพยาบาลองค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องระบุทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์กรร่วม

### มโนทัศน์ที่ 5 พยาบาลองค์กรร่วมและการวิจัย

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การสืบค้นความจริงเกี่ยวกับปัญหาทางคลินิก โดยทำวิจัยทางการพยาบาลหรือสนับสนุนและใช้ผลการวิจัยที่ผู้อื่นได้ศึกษาไว้

## ส่วนที่ 2 การดูแลและการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด

### มโนทัศน์ที่ 7 ความหมายและความเป็นองค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องเป็นการดูแลผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิดทั้งบุคคลไม่ใช่รักษาเฉพาะอาการแสดงที่พบหรือปฏิบัติบริการเพื่อแก้ปัญหาที่พบเท่านั้น

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วม จะต้องประเมินความหมายของสุขภาพ การเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง และการบริหารจัดการ การดูแลสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน ตลอดจนผู้มีความสำคัญกับผู้บริการมาตรฐานการปฏิบัติ: พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมนำทางเป็นสื่อให้เกิดการสวดมนต์ และการเจริญของจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

### มโนทัศน์ที่ 8 การดูแลตนเองของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องร่วมวางแผนกับผู้รับบริการและบุคคลสำคัญของผู้รับบริการ ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้เหมาะสมกับระดับความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัว ความลับ และ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นสื่อให้เกิดความสามัคคีและความเป็นองค์กรร่วม

### มโนทัศน์ที่ 9 การส่งเสริมสุขภาพ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องมีความยืดหยุ่น พยายามและสามารถยกเลิกการควบคุมการปฏิบัติแบบอย่างที่เคย โดยรู้จักว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อร่วมมือให้เกิดการ

ดูแลลักษณะที่ให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

**มาตรฐานการปฏิบัติ :** พยาบาลองค์กรร่วมช่วยเหลือและสนับสนุนผู้รับบริการและผู้ที่มีความสำคัญกับผู้รับบริการ โดยการระบุแนวทางปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในการปฏิบัติที่เป็นวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

### 5.5 แนวคิดการสอนให้บุคคลเข้าใจหลักในการปฏิบัติสุขภาพแบบองค์กรร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมและการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองและบุคคลผู้พึ่งพา มีด้วยกันหลายวิธี การสอนให้บุคคลเข้าใจหลักในการปฏิบัติสุขภาพแบบองค์กรร่วม และสามารถปฏิบัติตามได้ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจะต้องทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ และจัดประเด็นที่จะสอนให้เป็นหมวดหมู่เป็นสำคัญ แนวคิดในการสอนให้บุคคลเข้าใจหลักในการปฏิบัติสุขภาพแบบองค์กรร่วม ดังแนวคิดต่อไปนี้

**5.5.1 Greg Anderson** (อ้างในสมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้พัฒนารูปแบบการสอนผู้ป่วยมะเร็งให้สามารถดูแลตนเองแบบองค์กรร่วมโดยใช้หลัก “ง่ายต่อการเข้าใจและง่ายต่อการปฏิบัติ” ซึ่งรูปแบบดังกล่าวทำให้ผู้ที่มีการรับรู้ทางลบต่อสุขภาพแบบองค์กรร่วม สามารถเข้าใจและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบองค์กรร่วมได้ รูปแบบดังกล่าว Greg เรียกว่า “เปิดประเด็นในการวางแผนสู่ความผาสุก” ซึ่งประกอบด้วย

#### หลักข้อที่ 1 “ต้องสอนให้เข้าใจหลักพื้นฐานของการมีสุขภาพดีหรือความผาสุก”

การมีสุขภาพดีไม่ใช่หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย แต่หมายถึงการมีความพึงพอใจที่ศีรษะว่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และเน้นให้ผู้รับบริการทราบว่า การเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณนั้นบุคคลสามารถควบคุมได้ จิตวิญญาณ จะป่วยได้เมื่อบุคคลยอมให้ผู้ป่วยเท่านั้น ถ้าจิตวิญญาณป่วยก็จะส่งผลต่อร่างกาย ผู้ป่วยจะต้องควบคุม หรือต่อต้านจิตและจิตและวิญญาณของตัวเองไม่ให้ป่วยตามไปด้วย เพราะจะทำให้ร่างกายที่ป่วยอยู่แล้วมีอาการหนักมากยิ่งขึ้น หลักข้อที่ 1 นี้จะต้องยึดปฏิบัติตลอดโครงการมุ่งสู่การมีสุขภาพดีหรือความผาสุก

#### หลักข้อที่ 2 “การรักษา”

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิตส่วนใหญ่ ผู้ดูแลจะมีความท้อแท้ หมดหวัง ผู้สอนต้องพยายามให้ข้อมูลผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและการแสดง สาเหตุ การดูแล และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะต้องปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติต่อโรค พยายามเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส ใช้เวลาที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วย โดยพยาบาลเชื่อว่ามีความหลายหลายอย่างสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถต่อสู้และเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้จะไม่หายแต่ก็ช่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและตนเองที่ดีขึ้น ดีกว่าจะปล่อยให้เป็นไปโดยปราศจากการต่อสู้

### หลักข้อที่ 3 “การออกกำลังกาย”

สอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย การทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวหรือยืดตัว อาจจะเลือกการปฏิบัติวิธีออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การเดินวันละ 30 นาทีติดต่อกันถือว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง

### หลักข้อที่ 4 “การทำงาน / การเล่น”

ต้องพยายามให้มีความสมดุลระหว่างการทำงานกับการพักผ่อนหย่อนใจ หรือการเล่น ถ้าเป็นบุคคลที่ว่างงานก็ควรกระตุ้นให้เขามองชีวิตอย่างมีเป้าหมาย อาจหางานหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเพลินเพลิน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

### หลักข้อที่ 5 “การสนับสนุนทางสังคม”

ผู้สอนต้องพยายามถามผู้ดูแลผู้ป่วยให้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตของเขากับบุคคลอื่น และกับงาน กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ใช้เวลาเพียงเล็กน้อยกับปัญหาด้านอารมณ์ หรือ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี และพยายามสร้างความสัมพันธ์และหาแรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะเข้าร่วมกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยกันสัปดาห์ละครั้ง ซึ่งบุคคลใกล้ชิดและญาติมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับการเจ็บป่วย

### หลักข้อที่ 6 “อาหารและโภชนาการ”

ต้องสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า อาจรับประทานมังสะวิรัต เน้นที่ความสดของผัก ผลไม้ รับประทานปลา ข้าวกล้อง ลดปริมาณอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมู) ไขมันให้มีปริมาณน้อยลง ถ้ามีโรคประจำตัวจะต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับชนิดอาหารที่ผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ควรรับประทานอาหาร

### หลักข้อที่ 7 “ความคิดสร้างสรรค์ / การคลายเครียด”

การให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย เพื่อให้จิตใจสงบ เกิดความคิดสร้างสรรค์เป็นสิ่งที่ดี ต้องสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติ วิธีคลายเครียดมีหลายวิธี เช่น การนั่งสมาธิ การสร้างจินตนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจะเลือกปฏิบัติวิธีใดขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ดูแลผู้ป่วย

### หลักข้อที่ 8 “จิตวิญญาณ”

จิตวิญญาณ ไม่ใช่ศาสนา เช่น การรักษาโดยไม่มีเงื่อนไข การยอมรับโดยไม่มี การพิสูจน์ การให้อภัย การนับถือพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหล่านี้หมายถึงวิญญาณ ผู้ให้บริการ หรือผู้สอนจะต้องเข้าใจ และให้ผู้ป่วยได้มีการแสดงออกหรือปฏิบัติ

## 5.6.การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวถึง การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติวิชาชีพ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแล

ช่วยเหลือ สอน ให้คำแนะนำ และให้การปรึกษา ที่มุ่งให้ผู้ใช้บริการดำรงรักษาภาวะการมีสุขภาพดี บรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพทั้งตนเองและร่วมทีมสุขภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลหรือผู้ให้การดูแล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการรับรู้ว่าคุณเองมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) ปัจจัยเบื้องต้นมีความสำคัญมาก เพราะถ้าผู้ใช้บริการไม่รับรู้ หรือไม่ยอมรับว่า ตนมีความต้องการการบริการสุขภาพ ผู้ให้แม้จะมีความปรารถนาจะดูแล และกระทำการดูแลอย่างเต็มที่มากเท่าใด ก็ยากที่ผลลัพธ์ของการดูแลจะเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันยิ่งชัดเจนขึ้น คือ บุคคลรับรู้และตระหนักถึงความต้องการของตน แต่พยาบาลไม่มีความปรารถนาที่จะปฏิบัติการช่วยเหลือ ดูแลอย่างจริงจัง ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาล ย่อมเกิดขึ้นได้ยาก ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข จึงต้องเริ่มต้นที่พยาบาลมุ่งช่วยให้ ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของตนเองให้ชัดเจนก่อน

ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือของพยาบาล จะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เช่น ญาติต้องการการประทับประคอง พยาบาลก็ควรให้การประทับประคอง ถ้าผู้ใช้บริการต้องการความรู้ ความเข้าใจ หรือคำแนะนำ พยาบาลก็ควรให้ความรู้ และให้การแนะนำ และเมื่อผู้ใช้บริการรู้สึกกลัว ว่าแห้วจึงต้องการความอบอุ่น ความใกล้ชิด พยาบาลจึงควรอยู่เป็นเพื่อนแทนการสอนเรื่องการปฏิบัติตัว

ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ความต้องการของตน และพยาบาลมีความปรารถนาที่จะดูแล ลักษณะสำคัญของปฏิบัติการพยาบาลคือ

- พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น
- พยาบาลมีการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic use of self) ซึ่งหมายถึงการที่พยาบาลมีสติ ใช้ปัญญา และความรู้ความสามารถของตน ผสมผสานกับประสบการณ์การร่วมรู้สึก (Empathy) ของตนในขณะนั้น ซึ่งก็คือ การรับรู้อารมณ์ของตนเอง และของผู้ใช้บริการที่เป็นอยู่อย่างมีสติ
- พยาบาลใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้



- 1) วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบครอบ
- 2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ
- 3) กำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้
- 4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่ตามมา
- 5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย
- 6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (Client focused) เริ่มต้นที่พยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันกับผู้ใช้บริการ (Commitment to Client) ไม่ใช่ทำงานให้ถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล แต่แสดงความรับผิดชอบที่ผลงาน หรือผลลัพธ์ของการพยาบาลด้วย คุณภาพของการพยาบาลจึงรวมถึงการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และผลลัพธ์ คือสภาพชีวิตที่เป็นสุขของผู้ใช้บริการก็เกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้ด้วย

พยาบาลจะต้องเข้าใจว่าผู้ใช้บริการ คือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ ผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือมีหลายวิชาชีพ พยาบาลจะต้องเข้าใจเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งก็คือการช่วยเหลือดูแลสุขภาพแนวองค์รวม คือ การผสมผสานของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ให้เกิดความกลมกลืนภายใน และการแสดงออกของการดำรงชีวิตให้มีสภาพชีวิตที่เป็นสุข ในทุกสภาวะของ สุขภาพ ซึ่งได้แก่ ภาวะที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยแต่ต้องการรักษาสุขภาพ และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ ในภาวะเจ็บป่วยและกำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ ตลอดจนภาวะการฟื้นฟูสุขภาพที่ต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขดังเดิม หรือดีกว่าก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

การช่วยเหลือการพยาบาลคือ การช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยที่ผู้ใช้บริการกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง พยาบาลไม่สามารถทำให้บุคคลมีความสุขขึ้น แต่พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือให้เขามีความสุข สิ่งนี้คือ การดูแลตนเองบนพื้นฐานความต้องการของมนุษย์

เงื่อนไขที่ช่วยให้ผลลัพธ์การพยาบาลเกิดขึ้นได้ มีดังนี้

- การรับรู้และความรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแล คือจะต้องมีการระบุความต้องการการดูแลอย่างชัดเจน และความต้องการการดูแลนั้น ทั้งผู้ใช้บริการและพยาบาลจะต้องรับรู้ตรงกัน

- พยาบาลตั้งใจทำกิจกรรมพยาบาลที่จะกระทำ และลงมือกระทำกิจกรรมการพยาบาล

- มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในทางบวก การเปลี่ยนแปลงนั้นรับรู้ได้ทั้งผู้ใช้บริการและพยาบาล ซึ่งก็คือผลลัพธ์ของการดูแล

วิธีการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพเป็นไปในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทั้งสิ้น โดยการมาตั้งเป้าหมายร่วมกัน (รับรู้ร่วมกัน) แสวงหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ลงมือปฏิบัติร่วมกัน เมื่อปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลแล้ว ต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อความต่อเนื่องของการดูแลและเป็นหลักฐานทางกฎหมายด้วย

## 6.สัมพันธภาพบำบัด

เพปพลาว ได้พัฒนาทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมาใช้ในการพยาบาลจิตเวช โดยเน้นที่สังคมหรือประสบการณ์การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Social or interpersonal experience) Peplau ให้ความสำคัญตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์จำเป็นต้องได้รับอย่างพอเพียงทั้งความต้องการทางสรีระและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีลักษณะคู่ขนานไปกลับแรงผลักดันความพึงพอใจและความมั่นคงของSullivan (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2543: 51)

การพยาบาลเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่มีเป้าหมายร่วมกัน เป้าหมายนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระบวนการบำบัด ซึ่งทั้งพยาบาลและผู้ป่วยเคารพซึ่งกันและกันในฐานะบุคคล ทั้งสองฝ่ายจะเกิดการเรียนรู้และมีความคิดที่กว้างไกล การเรียนรู้ดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อแต่ละฝ่ายพบสิ่งเร้าและพัฒนาทักษะในการตอบสนองสิ่งเร้าให้ดีกว่าเดิม

เมื่อพยาบาลและผู้รับบริการค้นพบปัญหา และเริ่มหาทางแก้ไขนั้น ต่างฝ่ายต่างมีภูมิหลังและลักษณะเฉพาะตนที่แตกต่างกัน เพปพลาวกล่าวว่า บุคคลแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะของตนเองที่มีโครงสร้าง อันประกอบด้วยลักษณะทางชีวภาพ จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ซึ่งแต่ละคนมีการตอบสนองหรือการแสดงออกที่ต่างกัน มีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันด้าน

สิ่งแวดล้อม ระเบียบประเพณี ความเชื่อ และพื้นฐานความคิด ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ และการรับรู้มีอิทธิพลสำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พยาบาลในฐานะที่มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ เรื่องการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การปรับตัว ความขัดแย้งใจ และการตอบสนองของบุคคล รวมทั้งการตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่ของวิชาชีพที่ต้องกระทำในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ พยาบาลต้องเข้าใจบทบาทของตนเองชัดเจน และช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงบทบาทของตนเอง รวมทั้งบทบาทของพยาบาลด้วย สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นระหว่างที่สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลกำลังดำเนินไป มีการเข้าใจบทบาทซึ่งกันและกันมากขึ้น จนพบปัจจัยที่เกี่ยวกับปัญหามากขึ้น จนกระทั่งถึงระดับที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการสามารถร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาให้สิ้นสุดลงได้

การดำเนินการสร้างสัมพันธภาพนี้ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ที่ทำให้ทั้งสองฝ่ายมีความรู้และวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นตามกระบวนการที่ดำเนินไป ดังนั้นเพปพลาว จึงกล่าวถึงการพยาบาลว่า เป็นพลังที่มีวุฒิภาวะและเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดแก่ตัวพยาบาลเองและผู้รับบริการ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539: 58)

ทฤษฎีการพยาบาลของเพปพลาว มีจุดเน้นที่กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ดังจะเห็นได้จากแนวคิดเกี่ยวกับมโนคติทางการพยาบาล 4 ด้าน คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล

บุคคล หมายถึง ระบบตัวตนที่ประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีระ และสัมพันธภาพ เป็นผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถผสมผสานความต้องการและประสบการณ์ได้อย่างมีแบบแผน จะบรรลุเป้าหมายความความคาดหวังที่ตั้งไว้ บุคคลจึงเกิดความพยายามทำให้ตนเองบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

สิ่งแวดล้อม หมายถึง เป็นพลังหรือสิ่งต่างที่อยู่รอบตัวบุคคล เช่น บรรทัดฐาน ประเพณี และความเชื่อ รวมถึงปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อพัฒนาการของบุคคล สิ่งแวดล้อมจะเป็นสภาพที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยที่ Peplau เชื่อว่า สิ่งแวดล้อมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจะทำให้บุคคลเข้าใจเป้าหมายชีวิตของตนเองมากขึ้น เมื่อบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายก็จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพดี

สุขภาพ เพปพลาว มองภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงพัฒนาการของบุคลิกภาพ และการเจริญเติบโตของกระบวนการอื่นๆ ในตัวมนุษย์ ที่ประกอบด้วย การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Creative) การสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ (Constructive) การก่อกำเนิดสิ่งต่างๆ (Productive) ทั้งในด้านส่วนตัวและสังคม (เอี่ยมพร ทองกระจ่าง, 2538: 204)

ภาวะสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อความตึงเครียดในบุคคลลดลง และถ่ายทอดออกมาในทางสร้างสรรค์ พลังนี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นได้ทั้งการส่งเสริมและทำลายสุขภาพ เพบพลาวกล่าวว่า พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจ ทำให้บุคคลรู้จักตนเองและสามารถนำประสบการณ์ชีวิตมาผสมผสานให้เกิดประโยชน์ตนเองในทุกๆด้าน (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539: 60)

การพยาบาลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นไปเพื่อการบำบัดดูแลและช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีสมรรถภาพทั้งทางปัญญาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการพยาบาลจะเป็นทั้งเครื่องมือในการให้การศึกษา การให้ความอนุเคราะห์เกื้อกูล และส่งเสริมการดำรงชีวิตของบุคคลทั้งส่วนตัวและสังคมให้เป็นสุข โดยที่พยาบาลได้กระทำบทบาทหลายบทบาท คือ

**1. คนแปลกหน้า (Stranger)** เป็นบทบาทแรกสุด เมื่อพยาบาลและผู้รับบริการพบกันครั้งแรก พยาบาลรับรองผู้ป่วยตามธรรมเนียมของสังคม ไม่รีบด่วนตัดสินใจตัดสินใจตัดสินผู้รับบริการในทันทียอมรับผู้รับบริการในสภาพที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ ผู้รับบริการจะมีเอกลักษณ์เฉพาะตน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ปลอดภัยที่จะทำได้ ก็จะก่อให้เกิดยอมรับนับถือและความรู้สึกที่ดีต่อกัน แล้วจะเข้าสู่ระยะที่สอง

**2. บทบาทครู (Teacher)** เป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำร่วมกับบทบาทอื่น ๆ โดยจะเริ่มค้นจากสิ่งที่ผู้ป่วยรู้อยู่ก่อนแล้ว จากความสนใจของผู้ป่วยและจากความสามารถในการเรียนรู้ของเขา โดยที่Peplau แบ่งบทบาทของผู้สอนออกเป็น 2 ประการด้วยกันคือ

- Instructional teaching เป็นการให้ข้อมูล เช่น การอธิบายขั้นตอนการรับบริการ การอธิบายการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล เป็นต้น

- Experiential teaching เป็นการสอนโดยการใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นหลัก สิ่งที่เกิดขึ้นในการเรียนรู้ของผู้ป่วย คือ ความรู้ในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิต ความสามารถในการประเมินและตัดสินใจประสบการณ์ของตนเอง

**3. แหล่งสนับสนุน (Resourcer)** เป็นบทบาทที่พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่ต้องเผชิญ และการให้ความรู้หรือข้อมูลเฉพาะนี้ยังอาจเป็นวิธีการที่จะนำไปพยาบาลค้นพบปัญหา หรือความต้องการการช่วยเหลือของผู้รับบริการ โดยที่พยาบาลจะประเมินคว่า ปัจจัยใดที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ (Constructive learning) ได้

**4. ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor)** เป็นบทบาทในการใช้ทักษะและทัศนคติที่ฝึกมาโดยเฉพาะ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนัก กล้าเผชิญ ยอมรับ และดำเนินการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่

ขีดความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและเต็มประสิทธิภาพ บทบาทนี้เป็นบทบาทสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลจะต้องตั้งเป้าหมายทุกระยะของการสร้างสัมพันธภาพที่จะส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความสุขที่ดี ช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน ชี้แนะให้ผู้รับบริการเห็นสิ่งคุกคามสุขภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถใช้การสร้างสัมพันธภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ Peplau เชื่อว่า ผู้ให้การปรึกษาเป็นบทบาทที่สำคัญที่สุดในการพยาบาลจิตเวช

5. ผู้นำ (Leader) เป็นบทบาทที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความคิดริเริ่ม และสามารถดำเนินการตามเป้าหมาย โดยการพัฒนาสัมพันธภาพแบบมีส่วนร่วม หรือแบบประชาธิปไตย แต่ต้องยึดความอิสระในการตัดสินใจของผู้ป่วย

6. ผู้ชำนาญการด้านเทคนิค (Technical Expert) เป็นบทบาทในการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายโดยใช้ทักษะทางการแพทย์ และมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

7. ผู้ทดแทน (Surrogate) เป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลในการที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเป็นมนุษย์ มีความละเอียดอ่อน เกิดความอบอุ่นใจในการมีสัมพันธภาพ เป็นบทบาทในการทำหน้าที่ทดแทน โดยพยาบาลจะแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้รับบริการไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ ก่อให้เกิดความตระหนักในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลว่ามีทั้งความต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Dependent), การพึ่งพาตนเอง (Independent) และความพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependent) กระบวนการของสัมพันธภาพบำบัด

1. ระยะเริ่มต้น (Orientation) ระยะนี้จุดเน้น คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับรู้โอกาส และไว้วางใจในความสามารถของพยาบาลที่จะช่วยดูแลสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ระยะระบุปัญหา (identification) เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ต่างๆ พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อต้องการ การที่ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกออกมา โดยที่พยาบาลยอมรับนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็น ประโยชน์ในการปรับหรือเปลี่ยนความรู้สึกของตน รวมทั้งเสริมความแข็งแกร่งของบุคลิกภาพสำหรับตัวผู้ป่วยเองอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองในระยะนี้ในลักษณะของผู้เข้าร่วมที่เป็นอิสระในสัมพันธภาพกับพยาบาล หรือเป็นผู้เข้าร่วมกระบวนการที่เป็นอิสระโดยไม่สนใจพยาบาล หรือเป็นผู้เข้าร่วมในกระบวนการในฐานะผู้พึ่งพาพยาบาลตลอดเวลา ไม่สามารถจะช่วยเหลือตัวเองได้

3. ระยะแก้ไขปัญหา (exploitation) เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจได้รับรู้คุณค่าของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น ในระยะนี้พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในทาง

สร้างสรรค์ ริเริ่ม และเป็นประ โยชน์ ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการถ่ายทอดพลังภายในหรือความวิตกกังวล  
ด้วยตนเอง

4. **ระยะสุดท้าย (resolution phase)** เป็นระยะที่สืบเนื่องจากระยะที่สาม โดยที่ผู้ป่วยได้  
เรียนรู้และเสริมสร้างความสามารถของตนเอง ในการตอบสนองความต้องการของตน ซึ่งจะ  
ก่อให้เกิดความพึงพอใจ และได้เรียนรู้วิธีการถ่ายทอดพลังภายในได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วดังนั้น  
ผู้ป่วยจึงสามารถแยกจากพยาบาลเพื่อต่อสู้ หรือมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างอิสระ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเป็นสัมพันธภาพแบบวิชาชีพที่มีเป้าหมายเพื่อ  
การช่วยเหลือเป็นสำคัญ โดยมุ่งความช่วยเหลือนี้ให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดมิใช่เพื่อ  
สนองความต้องการให้พยาบาลโดยตรงและมีขีดจำกัดของเวลา มีการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพและ  
มีการสิ้นสุดของสัมพันธภาพ การปฏิบัติการพยาบาลจะเน้นที่กระบวนการสร้างและรักษา  
สัมพันธภาพที่เต็มไปด้วยความไว้วางใจและเน้นที่เป้าหมายที่กำหนดไว้เกี่ยวกับระดับของความ  
วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

## 7.โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุใช้หลักและ  
ข้อกำหนดตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม โดยพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการ  
อย่างละเอียดเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อค่านิยม การดำเนินชีวิตเพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยใน  
การดูแลทางด้าน กาย – จิต – สังคม-และจิตวิญญาณที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ โดยการปฏิบัติการพยาบาล  
ที่อาศัยทฤษฎีการพยาบาลเป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้  
โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจากการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) ที่พัฒนา  
จากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ  
จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคล  
ตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุขซึ่งมีขั้นตอนการดำเนิน  
กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพบำบัด แบ่งการดำเนินการเป็น 5 ครั้ง ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1.1** สัมพันธภาพบำบัดระยะเริ่มต้น หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่  
กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดย  
พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่น ให้ผู้ป่วยเกิดความ  
ไว้วางใจ และยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา

**กิจกรรมที่ 1.2** สัมพันธภาพบำบัดระยะระบุปัญหาและยอมรับปัญหา หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมหลังจากพบผู้ป่วยในวันที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กระทำที่บ้านผู้ป่วยในชุมชน โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาและระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเอง มีการยอมรับกับปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 1.3** สัมพันธภาพบำบัดระยะแก้ไขปัญหามีถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมในการเข้าพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กระทำที่บ้านผู้ป่วยในชุมชน โดยพยาบาลจะให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการแก้ไขปัญหาของตนเอง มีวิธีการแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปในทางบวก เช่น การคิดแบบมีเหตุผล

**กิจกรรมที่ 1.4** สัมพันธภาพบำบัดระยะการใช้ศักยภาพของตนเองและความคิดสร้างสรรค์ไปในทางบวกในการแก้ไขปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมในการเข้าพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ผู้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหามีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

**กิจกรรมที่ 1.5** สัมพันธภาพบำบัดระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมในการเข้าพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กระทำที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลให้ผู้ผู้ป่วยสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การใช้ศักยภาพของตนเองในแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ และพูดคุยยุติสิ้นสุดสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

**กิจกรรมที่ 2.** ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมในการเข้าพบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1 หลังกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดระยะระบุปัญหา ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กระทำที่บ้านผู้ป่วยในชุมชน โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเอง ว่ากำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนออกมา รู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง รับรู้ว่าคุณค่าในตนเอง มีความสำคัญ เกิดความภาคภูมิใจยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง จนเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การที่ผู้ป่วยได้เปิดเผยตนเองทำให้ผู้ป่วยนั้น ได้มีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ของตนเองกับบุคคลที่สามารถเข้าใจตนได้จะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น (สายใจ พัวพันธ์, 2530) ส่งผลให้ มีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ลดภาวะ

ซึมเศร้าได้ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

**กิจกรรมที่ 3.** การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและ ชุมชนหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่กระทำกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมในการเข้าพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กระทำที่บ้านผู้ป่วยในชุมชน โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

1.การดูแลตนเองและโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับและการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย และส่งผลให้ความเครียดถูกปลดปล่อย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

2.การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่นการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุซึ่งถือว่าการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง และช่วยลดความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985)

3.การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยสื่อสารให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยส่งเสริมการติดต่อระหว่างบุคคล (Lazarus, 1968) และการใช้เวลาว่างที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยสร้างความรู้สึกรู้ถึงอำนาจในตนเอง ส่งผลให้ความเครียดลดลง และเกิดความพึงพอใจในตนเอง (Smith, 1980) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง

**กิจกรรมที่ 4.**การฝึกทักษะการผ่อนคลาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมในการเข้าพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กระทำที่บ้านผู้ป่วยในชุมชน โดยพยาบาลให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การฝึกทักษะการหายใจ และการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เป็นการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยลำพัง กิจกรรมนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การเผาผลาญลดลง อัตราการหายใจลดลง และทำให้สุขภาพจิตอยู่ในสภาพที่ดีขึ้นนั่นคือมีความเชื่อมโยงประสานกันระหว่างกายกับจิต โดยผ่านระบบประสาทและฮอร์โมนส์ (Pelletier, 1977) ทำให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ การผ่อนคลายเป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้นนอกจากนี้จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เชื่อว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย จะสามารถปรับตัวและเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้เพราะภาวะที่ผ่อนคลาย จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ให้ทำงานลดลงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ ช่วยให้จิตใจสงบ สบาย มีสมาธิ ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้



**กิจกรรมที่ 5.** การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลเป็นรายบุคคล จะดำเนินกิจกรรมในการเข้าพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กระทำที่บ้านผู้ป่วยในชุมชนโดยพยาบาลพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมสร้างกำลังใจด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและศรัทธา โดยใช้หลักคำสอนในศาสนา มาใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เข้าใจธรรมชาติชีวิต ด้วยการละเว้นความชั่ว รักษาศีล การกระทำ ความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ มีความเมตตา กรุณา รู้จักการให้ และให้อภัย รู้จักพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่ ขอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2545) รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดเรื่องการสูญเสีย โดยใช้แนวคิดทางพุทธศาสนาที่ว่าทุกสิ่งไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และไม่มีตัวตน (Buddhadasa, 2001) จะทำให้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียมีความเข้าใจในสภาพธรรมชาติของชีวิตที่เป็นทุกข์ ที่ไม่เที่ยงของเหตุการณ์ชีวิต และความไม่ยึดติดในตัวตน จะมีผลต่อความคิด ความรู้สึกอารมณ์ และความเชื่อของบุคคล ทำให้บุคคลมีการใช้กลวิธีจัดการที่นำไปสู่การแก้ไขภาวะซึมเศร้าลงได้ (รังสิมันต์ สุนทรไชย, 2547)

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมจะมีการติดตามประเมินผล โดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ (Rosenberg's self-esteem Scale, 1965) โดยผู้ศึกษา เชื่อว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการสามารถปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่า จนทำให้สามารถดำรงชีวิตที่ปกติสุขได้และยังให้ภาวะซึมเศร่าลดลงอีกด้วย

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลองค์รวม

กัญญาพิชญ์ จันทร์นิคม (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

อัญชติ ศรีสุพรรณ (2547) ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาวะ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ผลการวิจัย พบว่า 1) ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล หลังได้รับ โปรแกรม ต่ำกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรม 2) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล หลังได้รับ โปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม 3) ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและ 4) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และพบว่าความสามารถในการดูแลกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

อนุชิต พิมสิม (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ต่อพฤติกรรมรุนแรง และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเวชในระยะแรกรับ โรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชพฤติกรรมรุนแรง หลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มีพฤติกรรมรุนแรง และมีจำนวนวันนอนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

## 8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

เอกอุมา วิเชียรทอง (2548) ศึกษาผลของการใช้ศิลปะชั้น โปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ 1.กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง 2.สุขภาพจิตศึกษา 3.การออกกำลังกายใช้เวลา 4 สัปดาห์พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าร่วม โปรแกรมมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุพาพัทธ์ รัทมนิวงศ์ (2547) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตที่ได้รับการบำบัดมีค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการบำบัด และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังการบำบัดผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดที่มีความยืดหยุ่นและยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น

ธนพร วิชชเวชคามินทร์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 20 คน เป็นการศึกษากลุ่มเดี่ยวก่อนและหลัง ภายหลังจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

ชราพร สนิทภักดี (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าในตนเองที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนเองในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

จริยา วัฒนโสภณ (2544) ศึกษาผลการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม พบว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัด (กลุ่มทดลอง) มีระดับความเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) สูงขึ้น และภาวะซึมเศร้าน้อยลง

จากการทบทวนผลงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในรูปแบบต่างๆ มีผลต่อการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผู้ศึกษาคาดว่าการนำโปรแกรมการพยาบาลองค์รวม มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้รูปแบบและกิจกรรมที่ เน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและลดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองลดลง

### กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมโดยอิงจากการศึกษาของ กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม (2548) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

