

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.1 แนวคิดและความหมายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.4 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. การประเมินและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 2.1 การประเมินอาการซึมเศร้า
 - 2.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. แนวคิดการระลึกรั้งถึงความหลัง
 - 3.1 ความหมายของการระลึกรั้งถึงความหลัง
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกรั้งถึงความหลัง
 - 3.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการระลึกรั้งถึงความหลัง
 - 3.4 เป้าหมายหลักของการระลึกรั้งถึงความหลัง
 - 3.5 กระบวนการระลึกรั้งถึงความหลัง
 - 3.6 ชนิดของการระลึกรั้งถึงความหลัง
 - 3.7 รูปแบบของการระลึกรั้งถึงความหลัง
 - 3.8 ผลการระลึกรั้งถึงความหลัง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ต้องประสบ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความเสื่อมสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต ในภาคพื้นเอเชีย จะถือเอา 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันระหว่างประเทศให้ยึดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) โดยมีการให้ความหมาย ผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุดังนี้ 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 วัยสูงอายุตอนกลาง (middle old age) อายุ 75 – 84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (old old age) อายุมากกว่า 35 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุ 60 ปี และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วงคือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือ บุคคลที่มีอายุ 60-74 ปี วัยสูงอายุ ตอนกลาง (old) คือ ผู้ที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือ บุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (World Health Organization [WHO], 1988) สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.1 แนวคิดและความหมายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เป็นโรคที่พบเป็นอันดับ 2 รองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) และเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต (Hsu & Lai, 2004 cited in World Health Organization, 2004) เช่นเดียวกับรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health s Epidemiology Catchment Area Program) ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือโรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543) ซึ่งบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกละเลย วินิจฉัยผิดพลาด และได้รับการรักษาไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดการป่วยและการตายโดยไม่จำเป็น (Reugg, Zisook & Swerdlow cited in Kurlowicz, 1993)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมลง การรับรู้ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่แต่เดิมอ่อนแอ ความบิบบิ้นในชีวิต ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด ภาวะกดดันทางจิตใจ การสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้าได้ (Ever & Marin, 2002) เขชาวจ และบริงก์

(Yesavage & Brink cited in Rush, et al., 2000) ให้มุมมองโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การรู้คิด (cognitive aspects) มากกว่าอาการที่ปรากฏทางกาย โดยกล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความสนใจเรื่องเพศลดลง เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบกับเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจทำให้การเคลื่อนไหว และกระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุมีความผิดปกติได้ แต่สิ่งสำคัญทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ การคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

1.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า เป็นการศึกษาด้านความชุกและอุบัติการณ์ การเกิดโรคซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุ ในการศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 24 และผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ความชุกร้อยละ 5-13 % ในการศึกษาของจาโคบี และออปเพนไฮเมอร์ (Jacoby & Oppenheimer, 2002) รวมถึงการศึกษาของคานอฟสกี (kanowski, 1994) พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 -15 จะมีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 3 จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในผู้ที่มียุมากอาการจะยิ่งรุนแรงมากขึ้น ในการศึกษาของโจนส์ (Jones, 2003) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2-3 เท่า อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2-3 ต่อปี พบในการดูแลที่บ้านร้อยละ 13 (Copeland, et al cited in Hudhes, 1997) ในผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวช พบประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลทางกาย (Solomon, 1981) เบอร์นและคณะ (Burn, et al. 1993)

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาในภาคเหนือ เกษราภรณ์ คุณานุวัฒน์ชัยเดช (2543) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) แบบสั้น 15 ข้อ พบว่ามีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 29.3 ส่วนการศึกษาในภาคใต้ของประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในจังหวัดชุมพร โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41 อรพรรณ ทองแดง และคณะ (2544) ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยของปรีชา ศตวรรษธำรง และคณะ (2544) ซึ่งใช้เครื่องมือเดียวกันในกรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นครราชสีมา และสุราษฎร์ธานีพบร้อยละ 14

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบว่ามีค่าแตกต่างกันนั้น อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การใช้เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุ การเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การที่ผู้เฒ่าผู้แก่อายุเกิดการเจ็บป่วยและมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล มีโอกาสเกิดอาการซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่มักกล่าวว่าเป็นผลมาจากสาเหตุหรือปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน สามารถแบ่งเป็นด้านต่างๆ 3 ด้านคือ ร่างกาย จิตใจ สังคม (จอม สุวรรณ โน. 2541; สรวุฒิ สังข์ศรีสมบัติ, พิมภาภรณ์ สังข์ศรีสมบัติ และสุวรรณณี เรืองเดช. 2540; Kurlowicz. 1994; Neese. 1991)

1.3.1. ปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1.3.1.1 การเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ซึ่งอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ อาการซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยสูงอายุโดยทั่วไปมักจะเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย (Neese, 1991) และมักเป็น โรคเรื้อรัง (Eliopoulos, 1993; Murphy, 1982 cited in Scution, 1989) และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการบกพร่องของภาวะสุขภาพทางกายกับอาการซึมเศร้า โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีจะเกิดอาการซึมเศร้าได้มาก ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเกิดอาการซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Kendy et al., 1991 ; Phifer & Merrel, 1986 cited in Steiner & Marcopulos, 1991 ; Wells, 1989 cited in Blixen) และจากการศึกษาของศรีวรรณ ดันศิริและคณะ (2535) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

จากการศึกษาของสรวุฒิ สังข์ศรีสมบัติ พิมภาภรณ์ สังข์ศรีสมบัติ และสุวรรณณี เรืองเดช. (2540) การมีโรคทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้อธิบายเหตุผลไว้ 4 ประการคือ

1) เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุแบกรับภาระในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เป็นการซ้ำเติมการเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอยู่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เป็นทุกข์ รู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว

2) โรคทางกายทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเนื่องจากอายุมากแล้ว ประกอบอาชีพไม่ได้ ว่างงาน รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว ดังนั้นจึงต้องพึ่งพาคนในครอบครัวมากขึ้น นอกเหนือจากการพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3) โรคทางกายเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การใช้กำลัง กาย การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น

4) ในแง่ชีววิทยา โรคทางกายบางอย่างอาจเป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้า

เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆเหล่านี้ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) (Hantz et al., 1994; O'Connor, Polit & Roth, 1990; Weiner, Edland & Luszcynaka, 1994) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขณะทำการล้างไต (Neese, 1991) ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (Robin et al., 1984 cited in Neese, 1991) จนมีพยาธิสภาพในสมอง โดยอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับตำแหน่งการเกิดเนื้อตายและการฝ่อของรอยแยกในสมอง เช่น ส่วนเปลือกสมอง ถ้าเป็นตำแหน่ง Frontal Lobe ของ left hemisphere จะมีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากยิ่งขึ้น (Robin et al., 1984 cited in Neese, 1991) ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งพบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน โดยเฉพาะในระยะ 8-10 วัน หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Shiefer et al., 1989) แล้วยังคงมีต่อเนื่องนานถึง 1 ปี ภายหลังเกิดมีพยาธิสภาพกับหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมด รวมถึงเกิดกับรายทำผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ มีประมาณร้อยละ 6-15 นอกจากนี้ผู้ป่วยเปลี่ยนหัวใจร้อยละ 54 จะเกิดอาการซึมเศร้าขึ้นได้เช่นกันในผู้ป่วยที่เกิดกระดูกสะโพกหัก โดยเฉพาะในช่วงกำลังฟื้นฟูสภาพ พบว่ามักจะเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเรื้อรัง และไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้มีความบกพร่องในภาวะสุขภาพขึ้น โดยเฉพาะมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (Dwarkin et al., 1990 cited in Closs, 1996) และโรคเมเร็งก็มีส่วนทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ได้เช่นกัน ซึ่งวิทลอคและซิสไคน์ (Whitlock & Siskind, 1979 cited in Neese, 1991) เชื่อว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับด้านชีววิทยาที่เปลี่ยนไป จากการมีเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ รวมถึงการติดเชื้อไวรัส ภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมน (Blumental, 1980) มักเกิดจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ ความผิดปกติของต่อมพาราธัยรอยด์ ความผิดปกติของตับอ่อน เป็นต้น (Anderson & Bauwens, 1981; Busse & Blazer, 1996; Jacoby 1997; Kurlowicz, 1997; Steiner & Marcopulos, 1991)

1.3.1.2 ยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทางเสื่อมถอยลงตามกระบวนการสูงอายุ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีความเจ็บปวดด้านร่างกายที่เกิดขึ้นได้บ่อยเสมอ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุโดยทั่วไปมักมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 อย่าง (Ruegg, Zisook, Swerdlow, 1988) จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับยาเป็นประจำ ดังที่อเลสซีและแคสเซล (Alessi & Cassel, 1996) กล่าวว่าปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคในผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากการมีระดับที่ทำให้เกิดพิษและที่มีอาการผิดปกติเมื่อมีการหยุดใช้ยาแล้ว ยังเป็นสาเหตุของอาการทางจิตอีกด้วย ซึ่งความผิดปกติเป็นภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยาที่พบได้

บ่อข อาการทางจิตที่มักเกิดขึ้นได้แก่ การเพ้อคลั่ง อาการซึมเศร้า อาการวิกลจริต หนูแหว่ โรคอารมณ์แปรปรวน อาการละเหี่ยใจ เป็นต้น (Hubbard, Levenson & Patrick, 1991 cited in Marsh, 1997) โดยเฉพาะอาการซึมเศร้าที่มักพบบ่อขในผู้ป่วยสูงอายุ

ยาที่ใช้ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุมักดั่งต่อไปนี้คือ ยาลดความดันโลหิตจัดว่าเป็นยาที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าบ่อขที่สุด ในที่นี้จะขออธิบายกลไกที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าของยาบางตัวที่มักพบบ่อข ในโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เพราะเป็น โรคที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

1) furosemide ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะ มีผลทำให้เสียโปแตสเซียมมาก ซึ่งโปแตสเซียมเป็นสารละลายในเลือดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงลดลงจึงเกิดภาวะซึมเศร้า (Petty & Sensky, 1987 cited in Scruton, 1989)

2) propranolol (inderal) จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ด้วยเหตุที่ยาตัวนี้จะละลายในไขมันได้ดี จึงผ่านเข้าสมองได้มาก และไปปิดกั้นตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิกและตัวรับซีโรโทนิน การที่ฤทธิ์ของซีโรโทนินถูกยับยั้งจึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าขึ้น (คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534)

3) reserpine มีฤทธิ์จะไปลดแคททีโคลามีนลงจึงสามารถทำให้เกิดอาการซึมเศร้าโดยเฉพาะในผู้ป่วยบางคนที่มีแนวโน้มจะเกิดอยู่แล้ว เช่น มีประวัติเคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; Lynch & Steven, 1985)

4) nifedine (adalat) สามารถทำให้เกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงโดยไปยับยั้งกระบวนการใช้สารแคลเซียมกระตุ้นการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งเมื่อหยุดยา ภาวะซึมเศร้าจะหมดไปอย่างรวดเร็ว (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

5) ยากลุ่มลดความวิตกกังวล ได้แก่ diazepam อาจเป็นผลมาจากการที่มีการออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึม ง่วงนอน ส่วนยา clonidine hydrochloride (catapress) ด้วยเหตุที่ตัวยายจะไปกระตุ้น alpha adrenergic receptor ในสมองส่วนกลาง เพื่อไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก

6) กลุ่มยาสเตียรอยด์นั้น ถ้ามีการใช้ในระดบที่มากเกินไป 100 มก./วัน เป็นระยะเวลาไม่นานๆ อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในหลายระดบตั้งแต่อาการเรงร่า ผิดปกติจนถึงซึมเศร้า (เกษม, 2536) ดั่งเช่นการศึกษาของเพททิและเซนสกี (Petty & Sensky, 1987 cited in Scruton, 1989) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดบคอร์ติโซนที่สูงกับภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่าการที่ฤทธิ์ยาไปมีผลให้เกิดอาการซึมเศร้าอาจจะเป็นผลมาจาก

ยาไปกกระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ภาวะสมดุลของเกลือแร่เปลี่ยนไป ผลรวมกันของยาที่ใช้หลายตัวรวมถึงเกิดจากผลของการหยุดใช้ยา ซึ่งได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ที่เกิดอาการซึมเศร้าจะเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยทางกาย การใช้ยา หรือทั้งภาวะเจ็บป่วยทางกายและการใช้ยา ดังนั้นการใช้ยาที่มีผลข้างเคียง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจึงอาจจะมีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทยได้เช่นกัน

1.3.1.3 ภาวะโภชนาการ เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารของร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยหนึ่งที่มีความต้องการได้รับสารอาหารเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ แต่ต่างกันในเรื่องสัดส่วนอาหารที่ได้รับ คือ ความต้องการสารอาหารที่ให้กำลังจะน้อยกว่า (ประไพศรี สิริจักรวาลและประภาศรี ภูวเสถียร, 2533) การได้รับอาหารเพียงพอเหมาะสมช่วยให้สภาพการเป็นผู้ป่วยสูงอายุช้าลง มีอายุยืนนาน ร่างกายแข็งแรงและมีชีวิตผาสุก ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยสูงอายุมักเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมลงของการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหาร ประสาทรับรสเสื่อมไป นิสัยการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและมีปัญหาด้านการเงินเพราะขาดรายได้ของตนเองหรือรายได้ลดน้อยลงประกอบกับแรงใจผู้ที่ตนพึ่งพาอาศัย จึงรู้สึกว่าการรับประทานอาหารบางอย่างแพงและไม่จำเป็นสำหรับตนเอง จึงลดการซื้ออาหารพวกเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ หันมารับประทานพวกข้าวเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมักขาดอาหารพวกโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่เป็นส่วนมาก(จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ, 2533) นอกจากการได้รับอาหารที่เพียงพอมีความจำเป็นกับผู้สูงอายุปกติแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย เช่น ไข้ มีภาวะเครียดมีแผลใหม่พองยิ่งจะมีความต้องการได้รับสารอาหารมากกว่าปกติ โดยเฉพาะโปรตีนเพิ่มขึ้นกว่าปกติ หากได้รับพลังงานไม่เพียงพอจะทำให้การเผาผลาญโปรตีนของเนื้อเยื่อต่างๆ ออกมาใช้ร่างกายจะหอม หูดโทรม ภูมิคุ้มกันต่ำลง การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ยิ่งหายช้ายิ่งขึ้น (ประไพศรี สิริจักรวาลและประภาศรี ภูวเสถียร, 2533) นอกจากนี้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า เช่น มีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจากการขาดวิตามิน ซึ่งวิตามินที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้ามีดังนี้ (Petty & Sensky, 1987 cited in Scrutton, 1989)

- 1) ขาดไทอามีน หรือวิตามิน บี1 (thiamine) สามารถทำให้อารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่าย เฉยเมย หรือไม่สนใจสิ่งต่าง ความอยากอาหารที่รุนแรง และมีสี่เรื้อที่นิ้วชี้และนิ้วเท้า จะพบมากในเนื้อหมูเนื้อวัวนมและธัญพืช การขาดมักเป็นผลจากการกินหมากและรับประทานปลาดิบซึ่งมีกรดเทนนิก (tennia acid) เอนไซม์ไทมิเนส (timinas) ไปขัดขวางการดูดซึม
- 2) ขาดวิตามินไนอะซิน (niacin) หรือกรดนิโคตินิก (nicotini acid) ทำให้มีอาการเพลลากรา (pellagra) ปกติพบมากในอาหารประเภทปลา ยีสต์ที่ใช้ต้ม สุรา

เปิด ไก่

3) ขาดวิตามินไพริดอกซิน หรือวิตามิน บี 6 (pyridoxine) จะมีอาการซึ่งเป็นอาการของโรคเส้นประสาท ซีมเศร้า หงุดหงิดง่าย และซีด (microcytic anemia) วิตามินชนิดนี้พบมากในเนื้อหมู กล้วย ฝรั่ง ฝรั่งที่ทำให้สูญเสียวิตามินชนิดนี้คือ การหุงข้าวแบบแช่น้ำ การใช้ยาบางชนิด เช่น INH

4) กรดแพนโคตินิก (pancotinic acid) ปกติพบมากในอาหารหลายชนิดแต่ถูกทำลายได้ง่ายในกระบวนการต่างๆ จึงทำให้การนำมาใช้รักษาคนไข้ที่ซีมเศร้าจะไม่ประสบความสำเร็จ

5) ขาดวิตามินเอ ทำให้เกิดความเหนียวล้า เบื่อ นอนหลับยาก ที่มีลักษณะเหมือนกับภาวะซีมเศร้า ปกติพบในน้ำมันตับปลาค็อด ฝรั่ง ผลไม้ที่มีสีเหลือง เช่น ฟักทอง แครอท มะละกอสุก การขาดมักเป็นผลจากผู้ป่วยสูงอายุมีการกำจัด โปรตีนชนิดที่มีไขมันสูง ซึ่งเป็นตัวพาวิตามินเอลดลง และมีการดูดซึมวิตามินเอที่ลำไส้เพิ่มขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผนังเยื่อลำไส้

6) ระดับทองแดงที่สูงเกินไปจัดเป็นสาเหตุของซีมเศร้าได้ด้วย แม้ว่าเป็นสารประกอบมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่ได้มาจากมลพิษของ โรงงานอุตสาหกรรม บุหรี่ และจากทองแดงของท่อน้ำ

7) ระดับของโปรตีนซีมที่นำเข้าสู่ร่างกายต่ำ สามารถมีผลทำให้เกิดภาวะซีมเศร้าด้วย จากการศึกษาของกัจและโคเวน (Gudge & Cowen, 1971 cited in Scution, 1989) พบว่าระดับโปรตีนซีมต่ำเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีสาร โปรตีนซีมอยู่ต่ำด้วย และการสูญเสียโปรตีนซีมในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากได้รับยาขับปัสสาวะ

1.3.1.4 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดินและการทำสุขอนามัยส่วนบุคคล เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์ เกริกกฤษกร, 2536) ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและดำรงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม ทำให้รู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีความหวังต้องการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ส่งผลให้บุคคลมีพลัง แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆในทางที่หวัง มีความเข้มแข็ง มีการปรับสภาพจิตใจทำให้มองเห็นทางในการแก้ปัญหาและความยุ่งยากได้ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตดีตามมา ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ด้วยภาวะของโรคทำให้ต้องมีการ

รักษาตัวยาวนาน ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร่วมด้วยย่อมจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะส่งผลให้มีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ง่าย ซึ่งการไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ เป็นการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง ไม่สามารถดำรงบทบาทของตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และผู้ที่รู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อย จะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกโกรธตนเอง และกลายเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งมีการศึกษาของอเล็กโซโปลิสและคณะ (Alexopolus et al., 1996) ศึกษาพบว่าการบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารักษาตัวที่โรงพยาบาล จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ อายุที่เพิ่มขึ้น อาการซึมเศร้าที่รุนแรง และภาระที่เกิดจากความเจ็บป่วย (medical burden) อีกทั้งการศึกษาของออกซ์แมนและฮูล (Oxman & Hull, 1997) แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงเป็นผลจากการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นและมีอยู่ยาวนานถึง 6 เดือนและการศึกษาของ Schwartz และคณะ (Schwartz et al., 1993 cited in Diamond et al., 1995) พบว่าผู้ป่วยเพศชายในช่วงภายหลังเกิดหลอดเลือดสมองแตกจะมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงเกิดขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับการบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการศึกษาของเทสและคณะ (Tate et al., 1994) พบว่าในเรื่องการทำกิจกรรมประจำวันเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บกระดูกสันหลังหัก รวมถึงเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่สามารถใช้ทำนายการเกิดอาการซึมเศร้า และภาวะกดดันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังได้

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

1.3.2.1 ความสำเร็จตามเป้าหมาย ในเรื่องความสำเร็จตามเป้าหมายนั้นสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีพัฒนาการด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุของอีริกสัน (Erikson, 1963 อ้างตาม สุวนีย์ ดันติพัฒนานนท์, 2522) ที่กล่าวว่า การเผชิญหน้ากับช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับอดีตที่ผ่านมา ฉะนั้นถ้าช่วงชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่ต้นดำเนินมาด้วยดีในขั้นปลายจะมีความสุขกายสบายใจอย่างสมบูรณ์ มีความพึงพอใจในชีวิตและพร้อมที่จะจากไปอย่างกล้าหาญ ตรงข้ามกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีช่วงชีวิตที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จก็จะเศร้าหมอง รู้สึกว่าตนเองผิดพลาด ล้มเหลว หดหู่ใจ กลัวความตายที่จะต้องเผชิญในวันข้างหน้าและอยู่ต่อไปอย่างไม่เป็นสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ นั่นคือ ความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีอัตมโนทัศน์ (self-esteem) ที่ดีต่อตนเองนั่นเอง เช่น ทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจ เมื่อได้ระลึกถึงประสบการณ์ด้านต่างๆทั้งด้านส่วนตัว ด้านการทำงานที่ผ่านมาในชีวิต ซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตดีตามมา แต่ถ้าบุคคลใดไม่เคยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ประสบแต่ความล้มเหลวจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเกิดการแยกตัวโรคจิตตามมา

เช่น จากการศึกษาของรีด (Reed, 1986) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างเป้าหมายที่สำเร็จกับระดับซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายจะเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ แต่ในทางตรงข้ามถ้าไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายจะมีโอกาสเกิดซึมเศร้ามากกว่า

1.3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้หรือเข้าใจ โดยมีการแปลความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง แต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลกระทบต่อตนในลักษณะที่แตกต่างกันหรือกล่าวได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน มักจะประเมินได้จากอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Bauman, 1965 cited in Kozie & Erb, 1983) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิด ทักษะคิดของแต่ละคนด้วย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมหรือกระทำการแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของอาการต่างๆที่คุกคามสุขภาพแต่ละบุคคลยังแตกต่างกันไปตามสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความพร้อมในการตอบสนองต่อความเครียดหรือความหวัง (Miller et al., 1986) เพราะความหวังจะทำให้บุคคลมีพลังแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆในทางที่หวัง มีความเข้มแข็ง มีการปรับสภาพจิตใจทำให้มองเห็นทางในการแก้ปัญหาและความยุ่งยากได้ และความหวังทำให้มองสิ่งที่มาคุกคามตนเองจากความเจ็บป่วยว่าไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ จึงสามารถประยุกต์ใช้สิ่งอำนวยความสะดวกหรือสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อให้กิจกรรมต่างๆบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ ความหวังช่วยทำให้เกิดการประเมินสถานการณ์ในทางบวกหรือมองในแง่ดีว่าโรคที่เป็นอยู่สามารถดีขึ้นหรือหายได้ ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ว่าอยู่ในระดับน้อย ด้วยลักษณะดังกล่าวจึงทำให้เกิดการต่อสู้กับปัญหาและภาวะเครียดได้ดี ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้และเกิดความสมดุลทางจิตตามมา ดังเช่นการศึกษาทเอสเซอร์และแมคซานิก (Tessier & Mechanic, 1978) พบว่าบุคคลที่มีความกดดันทางอารมณ์อยู่แล้วจะรับรู้ถึงความสามารถและสุขภาพทางกายของตนในทางลบ และบุคคลที่มองถึงอนาคตของตนในแง่ดี จะรับรู้ว่าคุณภาพร่างกายที่แข็งแรงพอที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆไปได้ และการศึกษาของเคสเซลริง (Kesselring, 1986) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความหวังจะมีการประเมินอาการต่างๆของตนเองในทางบวกและมีการรับรู้ต่อสุขภาพและอาการต่างๆของตนไปในทางที่ไม่รุนแรง ก่อให้เกิดพลังในการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ ได้ นั่นคือความหวังน่าจะมีผล ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าน้อย

ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ต่อสุขภาพของผู้ป่วยเองในลักษณะการรับรู้ว่าความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมาก ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์หรือความคิดในทางลบ อาจเป็น

เพราะด้วยพยาธิสภาพของโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และผลการรักษาที่ไม่ดีขึ้น มีประสบการณ์พบเห็นผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกันไม่หายและมีแนวโน้มจะเสียชีวิต (Stoudemire, 1994) หรืออาจเป็นเพราะไม่มีความหวังที่จะหายหรือดีขึ้นจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ซึ่งมักเกิดจากไม่มีโอกาสได้รู้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองที่ถูกต้อง จึงทำให้สูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับอนาคตตนเองเป็นการบั่นทอนความหวังของผู้ป่วยและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ (Shand, 1951) เห็นได้จากการศึกษาของ โคนิก (Koenig, 1967) พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย และพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะเกิดขึ้นระหว่างการรักษา หากแพทย์หรือพยาบาลได้บอกให้เขาทราบล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง เช่น การบอกเล่าถึงอาการข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น นั่นคือ ทั้งพยาธิสภาพของโรคที่แสดงออกในรูปของอาการแสดงที่รุนแรง ประสบการณ์เดิม รวมถึงการไม่มีความหวังจะทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดต่างๆได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และการศึกษาของ ลีคอฟและคณะ (Levkoff et al., 1987) พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างการประเมินหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในสภาพที่แย่มากหรือไม่ดี กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุมากกว่าในวัยกลางคน และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถใช้ทำนายการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีลักษณะไม่ดีในขั้นที่รุนแรงได้ และการศึกษาของ โคนิกและคณะ (Koenig et al., 1988) พบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะเป็นตัวปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยตัวอื่น

ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ อาจจะมีผลต่อการปรับตัวเผชิญปัญหาที่เป็นความเครียดต่างๆได้

1.3.2.3 ความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) ความรู้สึกหมดหนทางเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากบุคคลที่มีความสำคัญ เมื่อประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลัน ทำงานล้มเหลว ถูกออกจากงาน เป็นต้น (Miller et al., 1986) เช่น จากการศึกษาของ บาร์เดอร์ สลิมเมอร์และลีซาจ (Barder, Slimmer & LeSage, 1994) พบว่าความรู้สึกนี้จะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะเวลาอันยาวนาน มีประสบการณ์ของสุขภาพที่อ่อนแอได้มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ ความรู้สึกนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้หรือรับรู้ว่าคุณเองหมดหนทางในการช่วยเหลือ และไม่อาจควบคุมสิ่งต่างๆได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ

1.3.2.4 การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ทั้งที่บุคคลอื่นสามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ และบุคคลอื่นไม่สามารถมองเห็นได้หรือสังเกตได้ แต่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกกังวล ขาดความ

มั่นใจในการเข้าสังคม มีการติดต่อกับกลุ่มเพื่อนฝูงน้อยลงจากเดิม ส่วนใหญ่แยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จอม สุวรรณโณ, 2541)

1.3.3 ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

1.3.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธ์ภาพอันดีกับครอบครัว เพื่อน และสังคม สัมพันธ์ภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่มากดูแลนั้นว่ามีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการมีสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุไทย ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกเข้ากับสมาชิกครอบครัวได้ดี เนื่องจากตามสภาพสังคมไทย ครอบครัวและลูกๆ มีบทบาทสำคัญที่ต้องเลี้ยงดู เมื่อพ่อแม่เข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การศึกษาของมาลี ธรรมลิขิตกุล (2526) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวคือ คู่สมรสหรือบุตรหลานเป็นผู้ดูแลและใกล้ชิด เป็นที่พึ่งในเวลาเจ็บป่วย เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา รวมทั้งเป็นผู้ช่วยเหลือด้านเงินทอง จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลาน จากลักษณะดังกล่าวจึงมีผลในการปรับตัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยสูงอายุได้ ส่วนการศึกษาของดินและคณะ (Dean et al., 1990) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอในวัยสูงอายุ มีแนวโน้มที่จะทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของลูเก้และเดบิกัน (Luke & Debig, 1981 cited in Arling, 1984) พบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่นเดียวกับการศึกษาของศรีวรรณ ดันศิริ และคณะ (2535) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาของ ออกซ์แมนและคณะ (Oxman et al., 1992) พบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จะช่วยให้เกิดกำลังใจ เป็นปัจจัยประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ดังนั้นปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้การปรับตัวเผชิญกับความเครียด และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจได้

2.3.3.2 การทำงาน หรือปฏิบัติภารกิจต่างๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรเหงาหรือว่าเหว่ นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองหรือเป็นที่พึ่งของลูกหลานได้ แม้ว่าการทำงาานนั้นจะเป็นเพียงการเป็นที่ปรึกษาหารือ หรือช่วยเหลือบุตรหลานหรือแม้แต่ทำงานบ้าน นั่นคือการทำงานมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยนั่นเอง เห็นได้จากการศึกษาของสรวิมล สังข์รัศมิ และคณะ (2540) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ยังทำงานมีระดับของอารมณ์เศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน และการศึกษาของบรอมเบเกอร์และเมทเทิล (Bromberger & Methew, 1994) พบว่า ผู้หญิงที่ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้มีอาชีพ จะมีอาการซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้หญิงที่มีงานทำ

1.4 อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการของโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย ลักษณะที่เด่นชัดคือ ผู้ป่วยจะมีอาการ ไม่สบายทางกายอย่างมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์ มีไม่มากหรือเด่นชัด (สมภพ เรื่องตระกูล.2543)

ลักษณะทางคลินิกมีดังต่อไปนี้

1. มีอาการแสดงออกของการเจ็บป่วยทางฝ่ายกาย ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะครุ่นคิดกังวลว่าสุขภาพไม่ดี อาการไม่สบายทางกายหลายๆอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมอ มึนชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเฟ้อ แน่นท้อง และคลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง
2. มีความรู้สึกไม่ร่าเริง หรือแจ่มใส อาจมีอาการเศร้าแต่ไม่มาก บางรายมีสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ รายที่เป็นมากจะมีอารมณ์เศร้าอย่างชัดเจน
3. มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย
4. มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และท้องผูก
5. นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ากว่าธรรมดา
6. สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย
7. ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ อาการคล้ายสมองเสื่อม บางรายแยกกันยาก พบบ่อยว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการเศร้าและสมองเสื่อมร่วมกัน
8. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าบางรายมีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย
9. มีความรู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ท้อแท้ สิ้นหวัง
10. มีความรู้สึกผิดและลงโทษตนเอง พบในรายที่เป็นมาก พร้อมกันนี้จะมีอาการเบื่อชีวิต คิดอยากตาย
11. ผู้สูงอายุที่เป็นมากขึ้นเป็น โรคจิต จะมีอาการหลงผิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย และอาการหลงผิดชนิดอื่นๆในคนสูงอายุ อารมณ์เศร้าและความเจ็บป่วยทางกายจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เมื่อมีโรคทางกายความรู้สึกมีคุณค่าตนเองจะลดต่ำลง ทำให้เกิดความซึมเศร้า ด้วยเหตุนี้การตรวจโรคทางร่างกายโดยละเอียดเพื่อค้นหาโรคทางกายที่อาจมีร่วมด้วยจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล (2548) กล่าวว่าอาการแสดงที่พบได้ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุขขาดความรู้สึกเบิกบาน บางคนมีอาการ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย

2. ด้านความคิด สมาธิไม่ดี ขี้ลืม ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองไร้ค่าหรือเป็นภาระต่อคนอื่น มองทุกสิ่งทุกอย่าง หมดหวัง บางคนจะมีความคิดเบื้อชีวิต เบื้อที่จะสู้ต่อไป กิดอยากตาย หรือคิดจะทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

3. ด้านร่างกาย มีปัญหาการกินอาหาร (เบื้ออาหารไม่ยอมกิน หรือกินจุกมากขึ้น หิวบ่อยขึ้น) น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้น การนอนจะมีปัญหา นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือหลับยาก บางรายอาจจะมีการนอนหลับมากกว่าปกติ อาการปวดของส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศจะลดลง บางรายอาจเพิ่มขึ้น แต่พบได้น้อย รู้สึกอ่อนเพลีย ถ้า ร่างกายไม่มีแรง

4. ด้านพฤติกรรม แยกตัว ซึม ซบอยู่เงียบๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือสนใจน้อยลง บางรายมีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่คิดเป็นพักๆ มีการควบคุมตัวเองได้น้อยลง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้จ่ายนอนหลับ หรือ อาจมีปัญหา การใช้สารบางอย่างเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายแก้ปวดมากขึ้น แสดงความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหรือลูกหลานเข้าใจผิดว่า ทำไปเพื่อเรียกร้องความสนใจ แต่ที่จริงแล้วเป็นอาการของความ

จากการมีผู้ให้คำจำกัดความ “อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ”ไว้ข้างต้น อาจสรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าอาจแบ่งได้ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะรู้สึกผิดหวัง เศร้า ท้อถอย ร้องไห้ อาจรู้สึกโกรธ เกลียดกลัว หรือระแวงง่าย หงุดหงิดง่าย ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ และรู้สึกในชีวิตไม่มีสิ่งใดดีเลย

2. ด้านความคิด ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จะรู้สึกคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง จะคิดหมกมุ่นในสิ่งที่ปัญหา แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือตนเองได้ สมาธิลดลง ขาดความมั่นคงในตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจได้ รู้สึกหมดหวังในชีวิตหมดทางช่วยเหลือ อาจมีความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง และกล่าวโทษผู้อื่น อาจมีความคิดเกี่ยวกับความตายอยากฆ่าตัวตาย หรือมีอาการหลงผิด ประสานหลอนได้

3. ด้านพฤติกรรม การแสดงออก ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ จะลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มักละเลยการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย รวมทั้งสุขอนามัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพ และการแต่งกาย ด้วย ทำทางการเคลื่อนไหวเปลี่ยนไป อาจเฉเมย ทำอะไรช้า คิดช้า ตัดสินใจไม่ได้ หรืออาจกระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ได้ อาจทำอะไรช้า ๆ มักพูดช้า และมักจะถดถอยแยกตัวจากการสังคม

4. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิด

ได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กินจุ น้ำหนักเพิ่ม ท้องผูก นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ามืดกว่าธรรมดา อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดท้อง ท้องอืดเพื่ออาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ความต้องการทางเพศจะลดลง

สรุปได้ว่าอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นั้นมีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการรู้คิด ได้แก่ หวาดระแวง มองโลกแง่ร้าย โศกเศร้า ภูมิใจในตนเองลดลง ไม่มีสมาธิ แบบแผนการรับประทานอาหารและการพักผ่อนนอนหลับผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น

1.5 ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอัตราการตายหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานการฆ่าตัวตายสูง โดยการศึกษาของ Murphy (1990 อ้างในสุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจำนวน 120 ราย ติดตามผลระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้แล้วโรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจด้วย ทั้งในการสูญเสีย ค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาล และการสูญเสียทางอ้อม เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าไม่สามารถทำงานได้ หรือการที่ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการ

อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัญหาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุจะทวีความรุนแรงมากขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อมากมาย กลับพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และความสนใจในอาการที่เกิดขึ้น (วีระ ชูรุจิพร, 2542) นอกจากนี้สาเหตุอาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ มีความแตกต่างจากที่พบในวัยผู้ใหญ่ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากเพราะผู้ป่วยแสดงอาการไม่ชัดเจน มีโรคทางกายร่วมด้วย หรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อม และบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุมักต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านร่างกาย สังคม หรือเศรษฐกิจ (อรพรรณ ทองแดง และคณะ, 2544) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวนไม่น้อย จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรก ทำให้มีอาการเรื้อรัง กลับเป็นซ้ำบ่อย หรืออาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายก่อนได้รับการรักษา (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

2. การประเมินและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

2.1 การประเมินอาการซึมเศร้า

2.1.1 การประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต มีดังนี้ (interviewer

and observer rated scale)

2.1.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D] สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1950 มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ ดัดข้อคำถามที่เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ค่อยพบ ออกในปี ค.ศ. 1967 แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถามจำนวน 21 ข้อ วัตถุประสงค์การชั่งน้ำหนัก 17 ข้อ และวัตถุประสงค์อื่น ๆ 4 ข้อ ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมิน และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสมใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีข้อจำกัดอีกข้อคือ มีคำถามที่มีอาการทางกายมากทำให้ความชุกของอาการซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะกับผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุมากกว่า (Onega & Abraham, 1998) มีศึกษาพบว่าไม่สามารถประเมินอาการซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิด และจิตวิญญาณได้

2.1.1.2 Montgomery – Asberg Depression Rating Scale [MADRS] สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี และ แอสเบิร์ก (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงของอาการซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

2.1.2 การประเมินอาการซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.1.2.1. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ. 1961 ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างในถัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าและอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าเน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมใช้กับบุคคลอายุตั้งแต่ 17 - 80 ปี และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 63 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนน ไม่มีอาการซึมเศร้า (0-9 คะแนน) ซึมเศร้า

เล็กน้อย (10 - 15 คะแนน) ซึมเศร้าปานกลาง (16-19 คะแนน) ซึมเศร้ามาก (20-29 คะแนน) และ ซึมเศร้ารุนแรง (30-63 คะแนน) ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยาม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น ซึ่ง 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 เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติเป็นแบบประเมิน มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัดที่ใช้ในการประเมินอาการซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุที่แตกต่างกันมาก

2.1.2.2 Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS] สร้างขึ้นโดย Zung (1982) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกอาการซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และอาการซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (Ebersole & Hess อ้างใน ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2547)

2.1.2.3. แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของอาการซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อ ประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามมีอาการซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น. (Weissma et al; 1977)

2.1.2.4 Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่ง

ประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเขซาเวจ และคณะ (Yesavage, et.al.) อรรถวรรณ ลีทองอินทร์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งมีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรานามเดช, 2539: 35)

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS เนื่องจากเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่พัฒนามาจากแบบวัด Geriatric Depression Scale (GDS) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันมากในงานวิจัยต่างประเทศ (Wang, Hsu, & Cheng, 2004; Jone, 2003; Chin, 2007) ซึ่งกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ได้พัฒนาให้เป็นแบบประเมินที่มีความเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าไทย อีกทั้งยังมีผู้วิจัยจำนวนมากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้า (เรณู อินทร์ตา, 2548; อัจฉารวรรณ แก่นอินทร์, 2548)

2.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (American Psychiatric Nurse Association, 2000)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ข้อบ่งชี้ หรือหลักเกณฑ์ DSM-IV ในการวินิจฉัย ต้องมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 5 อาการ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอาการเหล่านี้ต้องมีอารมณ์ซึมเศร้า และหรือ ขาดความสนใจยินดีกับสิ่งต่าง ๆ ที่เคยสนใจ ร่วมเป็นหนึ่งในอาการเหล่านี้ด้วย

2.2.1 มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน โดยได้รับจากการบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า หรือจากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้ หมาเหตู ในเด็กและวัยรุ่น อาจพบเป็นลักษณะอารมณ์หงุดหงิด

2.2.2 ความสนใจหรือความสุขใจ ในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างมากเป็นทั้งวันหรือเกือบทุกวันหรือเกือบทุกวัน

2.2.3 น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญเช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน หรือเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารจนน้ำหนักเปลี่ยนไปมาก หมาเหตู ในเด็ก น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น

2.2.4 นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป

2.2.5 มี psychomotor agitation หรือ retardation (จากการสังเกตของผู้อื่น ไม่ใช่

เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่า กระจวนกระจวาย หรือช้าลง

2.2.6 รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า หรือไม่มีแรง

2.2.7 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผล

2.2.8 สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้

2.2.9 คิดถึงเรื่องความตายบ่อยครั้ง คิดอยากตาย โดยไม่ได้วางแผนแน่นอนหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

สรุปการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า มีหลักเกณฑ์ DSM-IV ในการวินิจฉัย ต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยต้องมีอารมณ์ซึมเศร้า และความสนใจหรือความสุขใจ ในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง รวมอยู่เป็นหนึ่งในอาการเหล่านี้

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

บทบาทของพยาบาลหมายถึงการให้การพยาบาล โดยใช้ความรู้ทักษะ ความรู้และค่านิยมทางการพยาบาล สิ่งสำคัญต้องยึดหลักกระบวนการการพยาบาล เป็นสาระสำคัญของแนวคิดในการกำหนดทิศทางการพยาบาลคือเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการ ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผล

2.3.1 กระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้อธิบายพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าผิดปกติดังที่กล่าวมาแล้ว มีอาการแสดงออกหลายระดับและมีความเชื่อมโยงและเป็นผลซึ่งกันและกัน อันมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ทำให้ชีวิตขาดความสุข แต่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแบบอื่นๆ ตรงที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ยังรับรู้ว่ามีอะไรมากระทบตนเอง และพยายามต่อสู้แก้ไขสภาวะนั้น ซึ่งอาการแสดงต่างๆ เป็นผลจากไม่สามารถแก้ไข หรือจัดการกับผลกระทบเหล่านั้นได้ สำหรับข้อมูลที่พยาบาลควรสนใจ และนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย นอกจากอาการแสดงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ควรศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาล โดยดูแลครบทุกขั้นตอนโดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในด้านดังนี้

1.ด้านความคิดและการรับรู้ การรับรู้ตนเองในด้านต่างๆ เช่นภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง เอกลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะอารมณ์ การเคลื่อนไหว การสบตาน้ำเสียง สำเนียง และจังหวะของการพูด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ ยังอยู่ในความเป็นจริง (contact with reality) แต่อาจมีการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ แปรปรวนไปเนื่องจากอาการซึมเศร้า เช่น สนใจในการเจ็บป่วยของตนเองมาก ขาดสมาธิ หวาดกลัวผิดปกติ หรือรับรู้สิ่งแวดล้อมมากเกินไป

2.ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนมากรับรู้ปัญหาของตนเองแต่ไม่สามารถจัดการให้ตนเองสงบลงได้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ตกอยู่ในสภาพท้อแท้ เบื่อหน่ายตนเอง ผู้ป่วยบางคนอยากตายเพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลต่างๆ บางคนหันไปใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้สารกระตุ้น เช่น เหล้า ยาเสพติด ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม

การวินิจฉัยทางการแพทย์ จะได้จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในทุกๆด้าน พบว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาคือต้องการความช่วยเหลือ เช่น มีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น hyperventilation หรือหัวใจทำงานผิดปกติ นอนไม่หลับพบมากในผู้ป่วยกลุ่ม PTSD อ่อนเพลียอาการไม่ย่อย คีงเครียด ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง หวาดกลัวในบางสิ่งบางอย่างจนทำอะไรไม่ได้ ขาดความมั่นใจในตนเอง แยกตัวจากสังคม กลัวสังคม การจัดการปัญหาบกพร่อง เช่น ใช้สารเสพติดหรือใช้ยาระงับประสาท การรับรู้ ความคิด และสมาธิบกพร่อง มีความรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (helplessness) การทำหน้าที่ตามบทบาทบกพร่อง อารมณ์ซึมเศร้า และพยายามทำร้ายตนเอง ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมากำหนดการวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อการกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล การช่วยเหลือหลักมีเป้าหมาย เพื่อลดอาการซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่ออาการซึมเศร้า โดยแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ อาการที่สะท้อนว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้านั้นเป็นแรงกระตุ้นมาจากความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตใต้สำนึก (Unconscious) หรือไม่ ฉะนั้นตัวผู้ป่วยเองก็ไม่เข้าใจว่าอะไรทำให้ตนเองเป็นเช่นนี้ พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจเรื่องความขัดแย้งของจิตใจ และความหมายของอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมา อาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีแบบต่างๆ กัน แต่เป้าหมายในการพยาบาลคล้ายกัน คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้อาการซึมเศร้า ของตนเอง และฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการซึมเศร้า สิ่งที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรียนรู้ ได้แก่ ยอมรับสภาพอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เพิ่มการรับรู้ตนเองถึงระดับของอาการซึมเศร้า ลดความอายเมื่อเกิดอาการที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า เรียนรู้วิธีการต่างๆ ที่จะทำให้ตนเองสงบ เมื่อเกิดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา และทักษะการเผชิญปัญหา

ทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่สำคัญสำหรับการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานคือทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication) จะเห็นว่าการบำบัดทางจิต (psychotherapy) จะเป็นประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพของผู้บำบัด ใน

การที่จะเอื้อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เกิดการเรียนรู้ปัญหาของตนเอง และเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง หลายๆครั้งที่พยาบาลจิตเวชจะถูกมองว่าไม่ได้ปฏิบัติกรพยาบาลที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมมากนักส่วนใหญ่มัจะนั่งพูดคุยกับผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งเป็นการมองจากผู้ร่วมงานภายนอกที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เข้าใจ ในการบำบัดครั้งนี้และการที่ไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัดนั่นเอง นอกจากนี้ทักษะการตรวจร่างกายและการตรวจสภาพจิตเป็นอีกทักษะหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชขั้นสูงควรมีเพื่อประโยชน์ในการให้การบำบัดรักษาเบื้องต้น ตลอดจนทักษะในการทำบำบัดในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวชี้วัด Jones (1993) อ้างในสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2547) การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็นได้ชัดเจน ตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่ได้จากการได้รับบริการพยาบาล ผู้รับบริการสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ราคาที่เหมาะสม และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิผล

1. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome indicators) เป็นการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อการบำบัดทางการพยาบาลและการรักษา สามารถลดอาการซึมเศร้า ลดการป่วยซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ

2. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านหน้าที่ (Functional outcome indicators) เป็นการดำรงไว้หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ต่างๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา สามารถเผชิญสถานการณ์ตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขเพื่อคงคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น

3. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction outcome indicators) เป็นการรับรู้ หรือ ความรู้สึกที่พึงพอใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านการเงิน (Cost outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยลดการพึ่งยาและการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา การทำกิจกรรมกลุ่มลดขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงงบประมาณของของประเทศชาติระยะยาว

2.3.2 การให้พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,

2545)

การประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรง

1. ระดับอาการซึมเศร้า โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 ระดับ

1.1 อาการซึมเศร้า ระดับน้อย (Mild depression)

1.2 อาการซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression)

1.3 อาการซึมเศร้า ระดับมาก (Sever depression)

2. ลักษณะอาการของบุคคลที่มีอาการซึมเศร้า เมื่อมีอาการซึมเศร้า จะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจะมีอาการ ร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ที่พบบ่อย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กินจุ น้ำหนักเพิ่ม ท้องผูก นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ากว่าธรรมดา อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ความต้องการทางเพศจะลดลง

2.2 การเปลี่ยนทางอารมณ์ จะมีอาการรู้สึกผิดหวัง เศร้า ท้อถอย ร้องไห้ อาจรู้สึกโกรธ เกลียดกลัว หรือระแวงง่าย หงุดหงิดง่าย ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ และรู้สึกในชีวิตไม่มีสิ่งใดดีเลย

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ และการรับรู้ จะรู้สึกคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง จะคิดหมกมุ่นในสิ่งที่เป็นปัญหา แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือตนเองได้สมาธิลดลง ขาดความมั่นคงในตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจได้ รู้สึกหมดหวังในชีวิตหมดทางช่วยเหลือ อาจมีความรู้สึกผิด ต่ำหิวตนเอง และกล่าวโทษผู้อื่น อาจมีความคิดเกี่ยวกับความตาย อยากฆ่าตัวตาย หรือมีอาการหลงผิด ประสานหลอนได้

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การแสดงออกความสนใจในสิ่งต่างๆ จะลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า มักละเลยการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย รวมทั้งสุขอนามัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพและการแต่งกาย ด้วย ท่าทางการเคลื่อนไหวเปลี่ยนไป อาจเฉยเมย ทำอะไรช้า คิดช้า ตัดสินใจไม่ได้ หรืออาจกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ อาจทำอะไรช้า ๆ มักพูดช้า และมักจะถดถอยแยกตัวจากการสังคม

การวางแผนการพยาบาล กำหนดเป้าหมายเป็น 2 ระยะคือ

1. เป้าหมายระยะสั้น ลดอาการซึมเศร้า จนถึงปกติ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้

2. เป้าหมายระยะยาว เน้นถึงการรู้เหตุและผลของอาการซึมเศร้า

รู้วิธีการลดอาการซึมเศร้า ลดความถี่การเกิดอาการซึมเศร้า ปรับบุคลิกภาพและใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม จัดความขัดแย้งและบรรเทาประสบการณ์ที่เจ็บปวด

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าที่สำคัญมี

3 ประการ (American Psychiatric Nurse Association, 2000) ได้แก่

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับความสุขสบายและปลอดภัย

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีความเห็นอกเห็นใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน
3. ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด
4. จัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม
5. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้ตรงขนาดตรงเวลา

6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของอาการซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง

7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตาย ภายในสัปดาห์นี้” การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าผ่านพ้นจากอาการซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดย

1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอึดอัด ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน ให้ความสนใจสิ่งที่

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพูด

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต้องพึ่งพาผู้อื่น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่เพื่อน

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทบทวนอาการซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานานี่ว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ารับรู้สิ่งดีๆในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาหารห่วยของสมาชิกในครอบครัว

2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความกระแ้างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้ความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมายเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทราบว่าอาการซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้จำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดอาการซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าระบายความรู้สึก และวิธีที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดอาการซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต

1.ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3.จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากโรคซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ารู้สึกดีขึ้น

4.ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีประเด็นสำคัญอยู่ 3 ประเด็น (สุมิตรา สิ้นธิ์ศิริมานะ, 2546) ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีการส่งเสริมสุขภาพนั้นต้องเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพดี โดยการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และการเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 การให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพดีแล้วการดูแลสุขภาพ เริ่มด้วยการให้ความหมายของสุขภาพดีและการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย

1.1.1 ความหมายของสุขภาพดี ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของสุขภาพดีใน 3 ลักษณะดังนี้

1) การมีร่างกายแข็งแรง แต่ไม่ได้ต้องการให้มีความแข็งแรงเท่ากับคนวัยหนุ่มสาวหากเพียงต้องการให้ร่างกายยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ ไม่เจ็บป่วยมากขึ้น โรคประจำตัวอยู่ในระยะสงบ ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยใดๆ

2) การไม่พึ่งพาคนอื่น คือ ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในบ้านและนอกบ้านได้ รวมทั้งสามารถเดินทางออกไปธุระได้ด้วยตนเอง

3) จิตใจสบาย คือ มีความสบายใจ ไม่หงุดหงิด เครียดไม่คิดมาก โดยผู้สูงอายุมีวิธีปฏิบัติเพื่อให้จิตใจสบายหลายวิธี เช่น การทำบุญไหว้พระ การท่องเที่ยว พบเพื่อน ไม่คิดหมกมุ่น ไม่ต้องกังวลด้านค่าใช้จ่าย เป็นต้น

1.1.2 การให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีจึงเป็นการเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใน 3 ลักษณะดังนี้

1) การปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้สุขภาพดีได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การรับประทานอาหาร เป็นต้น

2) การได้เข้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มกับเพื่อนในวัยเดียวกันเพื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3) การเกิดผลดีต่อชีวิต ผู้สูงอายุให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาจากประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพช่วยให้มีจิตใจเบิกบาน ร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ไม่เมื่อย ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เป็นภาระของใคร และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

1.2 การเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพใน 2 ลักษณะคือ

1.2.1 เมื่อประสบปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ต้องหาวิธีการบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นต้น

1.2.2 หาวิธีทางสร้างความสุขให้ตนเองโดย ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณเองไม่มีปัญหาด้านสุขภาพแต่มีเวลาว่างมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องประกอบกิจกรรมเดิมซึ่งเคยปฏิบัติก่อนเข้าวัยสูงอายุ เมื่อเกิดความเหงาเพื่อนหรือคนรู้จักมาชักชวนให้ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเกิดความคิดและรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ จึงเริ่มปฏิบัติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ 2 การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และต้องการสุขภาพดีแล้ว จะดำเนินกิจกรรมหรือรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดและความสามารถในการ

ปฏิบัติของตนเอง ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ

2.1 การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุได้ค้นหาวิธีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี ซึ่งมีวิธีการปฏิบัติหลากหลายวิธีได้แก่

2.1.1 การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้สูงอายุพบว่าอาหารยังเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตจึงรับประทานแต่พอดี เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เช่น เนื้อปลา ผัก สมุนไพรต่างๆ เป็นต้น

2.1.2 การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเลือกชนิดและประเภทของการออกกำลังกาย ระยะเวลา ความถี่ในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเองโดยมุ่งหวังให้ร่างกายยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

2.1.3 การพักผ่อน คือการนอนหลับอย่างเพียงพอ และมีกิจกรรมต่างๆที่ตนเองสนใจทำ เช่น เลี้ยงสัตว์ ท่องเที่ยว อ่านหนังสือ เป็นต้น

2.1.4 การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ คือ ความสุขทางจิตใจ มีความสงบ มีการปล่อยวาง มีการคิดและปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองเชื่อว่ามี ความคิดแบบอุเบกขา ใช้ปัญญาไตร่ตรองเกิดความเข้าใจในสถานการณ์นั้นๆ ในขณะที่การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุมีหลักธรรมประจำใจ ได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ ไม่มีปัญหาทางครอบครัว จากการใช้ชีวิตที่มีความกังวลในการอยู่ร่วมกับครอบครัว

2.1.5 กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ การได้พบเพื่อน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ กับเพื่อนวัยเดียวกัน ช่วยคลายเหงาและได้ความรู้เพิ่มขึ้น

2.1.6 ปัจจัยสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ เงินครอบครัว เพื่อน และการมีเวลาว่างมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.7 การใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพแบบผสมผสาน เช่น การรับประทานสมุนไพร การนวดแผนไทย ระบบแพทย์ผสมผสาน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

2.2 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมี 3 ด้านคือ

2.2.1 ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย บางครั้งผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้เนื่องจากสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง

2.2.2 ผลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ความวิตกกังวล

เกี่ยวกับครอบครัว ความกังวลต่างๆ ไม่สบายใจนอนไม่หลับเป็นต้น

2.2.3 การเดินทาง เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้านไม่สามารถเดินทางไปได้อย่างสะดวกหรือมีความยากลำบากในการเดินทาง

ประเด็นที่ 3 ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ หลังจากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องแล้ว ย่อมได้รับผลดีทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ประกอบด้วย

3.1 รู้สึกมีความสุขที่ตนเองไม่เจ็บป่วย เป็นผลที่ผู้สูงอายุได้รับโดยตรงจากการ ส่งเสริมสุขภาพ ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จึงเกิดความสุขทางกายและส่งผลถึงจิตใจเช่นกัน

3.2 ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน เมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดีแข็งแรง ไม่ต้องพึ่งพาศพบุคคลอื่น สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล

3.3 ทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ผลของการส่งเสริมสุขภาพนอกจากมีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถช่วยตนเอง และช่วยผู้อื่นได้ การทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถกระทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น เป็นผู้นำการออกกำลังกาย ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหารให้ผู้อื่นรับประทาน เป็นต้น

3.4 รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลจากการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความรู้สึก ว่าตนเองมีคุณค่ามีความภาคภูมิใจ สามารถทำประโยชน์สามารถเรียนรู้ พัฒนาตนเอง มีความสำคัญ ไม่ใช่เพียงผู้สูงอายุที่ชราและไร้ค่าเท่านั้น

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นการพยาบาลที่ยึดหลักกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การเก็บข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรค เพื่อให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

2.3.3 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536)

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถปรับตัวกับปัญหาในปัจจุบันและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยมีกิจกรรมพยาบาล ดังต่อไปนี้

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดโดย

1.1 สนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

1.2 เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยพุดระบาย ปัญหาสาเหตุอาการ

ชิมเซร่า

- 1.3 แสดงท่าทีที่ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา
- 1.4 ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ โดยพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม
- 1.5 ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) ให้การบำบัดทางจิตแบบประคับประคองเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 เตรียมความพร้อมของพยาบาลและผู้ป่วยก่อนบำบัดทางจิต อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการบำบัดทางจิต จัดเตรียมสถานที่ที่สงบเงียบเป็นส่วนตัว และเตรียมอุปกรณ์การบันทึก
 - 2.2 อธิบายเกี่ยวกับการรักษา บทบาทหน้าที่ของพยาบาลและผู้ป่วย บอกกฎ กติกา เวลา สถานที่
 - 2.3 กระตุ้นผู้ป่วยให้พูดถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ ประวัติเพื่อนำมาใช้ในการหาสาเหตุและเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย
 - 2.4 สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย
 - 2.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงผลดีผลเสียก่อนการตัดสินใจกระทำ
 - 2.6 แนะนำแนวทางให้ผู้ป่วยตัดสินใจในเรื่องชีวิตประจำวัน
 - 2.7 สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และการปฏิบัติของพยาบาล โดยละเอียดทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิต
- 3) ให้การบำบัดทางจิตเป็นกลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - 3.1 เตรียมผู้รักษาให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ
 - 3.2 คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความสงบและมีความพร้อมที่จะเข้ากลุ่มๆละ 8-12 คน
 - 3.3 เตรียมสถานที่ ห้องที่เป็นส่วนตัว จัดเก้าอี้ลักษณะวงกลม/วงรี
 - 3.4 เตรียมอุปกรณ์การบันทึก
 - 3.5 จัดแผนผังการนั่ง ผู้รักษานั่งสลับกับผู้ป่วย
 - 3.6 ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเองและทีมผู้รักษาพร้อมเปิดกลุ่มสมาชิกแนะนำตัว
 - 3.8 บอกวัตถุประสงค์และการทำกลุ่ม
 - 3.9 ทีมผู้รักษากระตุ้นให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งเล่าปัญหาของตนเองให้สมาชิกผู้อื่นฟังและแสดงความคิดเห็น แนะนำวิธีการแก้ปัญหาให้กำลังใจ
 - 3.10 สรุปผลการบำบัดทางจิตเป็นกลุ่มทุกครั้งก่อนปิดประชุม

3.11 ทีมผู้รักษาสรุปลงผลการทำจิตบำบัดและวางแผนการรักษา พยาบาล
ต่อไป

3.12 สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และการปฏิบัติของพยาบาล
โดยละเอียดทั้งก่อนและหลังการบำบัดทางจิต

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยไว้วางใจยอมรับการรักษาพยาบาล
- 2) ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม
- 3) ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับอาการซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม
- 4) ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีคุณภาพและพึงพอใจ

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายลดลง
โดยมีกิจกรรมพยาบาล ดังต่อไปนี้

1) ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความต้องการหรือปัญหา ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ
โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

2) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านร่างกายตามอาการ

3) พยายามช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า
และการเจ็บป่วยทางกาย

4) ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ วิธีการเผชิญกับอาการซึมเศร้าได้ ปัญหาด้วย
ตนเอง

5) ให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และวิธีดูแลช่วยเหลือ
ให้ผู้ป่วยรับการรักษา

6) สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย และการปฏิบัติของพยาบาล

โดยละเอียด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

1) ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาและยอมรับพฤติกรรมของตนเอง

2) ผู้ป่วยพุดถึงหรือมีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายน้อยลง

อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้าได้ ต้องได้รับการดูแลตามกระบวนการการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งต้องมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบ ที่สำคัญเพื่อช่วยให้พยาบาลมองเห็นปัญหาได้กว้างและช่วยเหลือครบทุกด้าน สามารถวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยได้ ควรมีการกำหนดเป้าหมาย เพื่ออาการซึมเศร้า และช่วยให้

ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่ออาการซึมเศร้า โดยแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม (Suinn .1990 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

2.3.4 การส่งต่อผู้ป่วยและหาแหล่งสนับสนุนให้กับผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการบำบัดรักษาจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุยังไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไป พยาบาลก็ควรมีแนวทางและกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่หน่วยงานอื่น โรงพยาบาลในเครือข่ายอย่างเป็นทางการและสามารถติดต่อหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยโดยประสานงานกับหน่วยงานในชุมชน เช่น อบต. ศูนย์ส่งเสริมสวัสดิการต่าง ๆ ในชุมชน เป็นต้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)

3.1 ความหมายของการระลึกถึงความหลัง

จงกรม ทองจันทร์ (2544) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังว่า หมายถึง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุนำเหตุการณ์ในอดีตที่น่าสนใจมาย้อนอดีต โดยมีขั้นตอนและมีเป้าหมายของการกระทำ

Butler (1963) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นการระลึกถึงความทรงจำในอดีตที่ผ่านมาของบุคคลเป็นกระบวนการพิจารณาการกระทำในอดีตของตนในหลายๆ ด้าน หลายๆ แง่มุมและเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต

Ebersole (1967) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของบุคคล เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายมีคุณค่าและสำคัญต่อบุคคล

Kovach (1991) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังว่าเป็นกระบวนการทางความคิดในการเรียกเหตุการณ์ในอดีตซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้บนพื้นฐานความจริง

Bumside & Haight (1992) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นพฤติกรรมธรรมชาติของผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มของพฤติกรรมที่จะหวนคิดที่ผ่านมานานมากๆ และเหตุการณ์นั้นต้องมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคคลนั้น

Hamilton (1992) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการเรียกความทรงจำในอดีต ที่เกิดจากการอยู่เฉยๆ คนเดียว หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือมีสิ่งกระตุ้น

พจนานุกรมเวบสเตอร์ (Webster s Ninth New Collieriate Dictionary, 1985 cite in Bumside & Haight. 1992) ได้อธิบายความหมายของการระลึกความหลังไว้ว่าเป็นการเรียกความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความเป็นจริงที่ลืมนานกลับมา กระบวนการในการคิดหรือออกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา การระลึกถึงประสบการณ์ที่ไม่เคยลืม บางสิ่งบางอย่างที่อยู่

ภายใต้จิตสำนึก

(Havighurst & Glasser.1972 cite in Jones.1998) กล่าวว่าการระลึกถึงความหลัง คือ การกระทำหรือกระบวนการที่ย้อนคิดถึงอดีต เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต การย้อนคิดถึงอดีตอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือมีรูปแบบการกระตุ้น อาจเกิดขึ้นขณะอยู่คนเดียว หรือขณะมีปฏิสัมพันธ์ และมีพฤติกรรมย้อนอดีตโดยการพูด การเขียนหรือการคิด

Harrand & Bollstetter (2000) กล่าวว่าการระลึกถึงความหลังว่า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำมาจากความคิดที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และเหตุการณ์นั้นต้องมีความสำคัญกับบุคคลนั้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการคิดถึงประสบการณ์เรื่องราวที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องราวในอดีตที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีความหมาย มีคุณค่าและสำคัญต่อสำคัญต่อชีวิต กระบวนการที่สามารถเกิดขึ้นได้ ในหลายลักษณะ เช่น การเล่าเรื่อง การเขียนบันทึกเรื่องราวในอดีต การเล่าเรื่องอาจใช้ สิ่งกระตุ้น เช่น รูปภาพ สิ่งของที่ประทับใจ

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง

การระลึกถึงความหลัง มีรากฐานมาจากทฤษฎีการทบทวนชีวิตซึ่ง บัทเลอร์เป็นคนเสนอแนวคิดนี้เช่นกัน มีความคล้ายคลึงกับการทบทวนชีวิตและไม่มีความชัดเจน จึงมักมีความสับสนในการนำมาใช้ในทางการแพทย์ เพื่อความสะดวกและชัดเจนในการนำไปใช้ เบิร์นไซด์ (Burnside,1983 cited in Burnside,1988:Hamilton:1992) จึงได้อธิบายคุณลักษณะการทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลังพอสรุปได้ ดังนี้

ลักษณะของการทบทวนชีวิต

1. การทบทวนชีวิต เป็นการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (psychoanalytically based intervention)
2. การทบทวนชีวิตเป็นเรื่องที่เข้าใจยากกว่าการระลึกถึงความหลัง
3. การทบทวนชีวิตอาจจะทำได้ในผู้ที่ได้รับการบำบัดรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น ถ้าผู้รับการบำบัดมีความรู้สึกผิด ขมขื่น และอาจมีความคับข้องใจ
4. การทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง จะเริ่มจากการย้อนคิดถึงอดีตเหมือนกัน แต่ขณะย้อนคิดถึงอดีต การทบทวนชีวิตจะมีการวิเคราะห์ และประเมินผล
5. การบำบัดแบบทบทวนชีวิตนิยมใช้การบำบัดรายบุคคล แต่สามารถให้การบำบัดแบบกลุ่มได้ก็ต่อเมื่อผู้นำกลุ่มต้องมีความเชี่ยวชาญและชำนาญมาก
6. การทบทวนชีวิตใช้ได้ก็ต่อเมื่อผู้รับการบำบัดเป็นบุคคลซึ่งมีระดับความ

รู้สึกตัวปกติ

7. การทบทวนชีวิตสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการบำบัดได้
 8. หัวข้อสนทนาของการทบทวนชีวิตคือ การมุ่งไปที่การช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความหมายของชีวิตและช่วยให้แต่ละบุคคลได้สามารถแก้ไขความคับข้องใจ ความเจ็บปวดและความรู้สึกผิด บางครั้งยังช่วยให้บุคคลเตรียมตัวสำหรับความตายที่กำลังจะมาถึงอย่างมีความสุข
- ลักษณะของการระลึกถึงความหลัง
1. การระลึกถึงความหลังเป็นเพียงความทรงจำส่วนเล็กๆ ของช่วงชีวิต ที่มุ่งเน้นไปที่ช่วงของความทรงจำที่สนุกสนานและมีความสุข
 2. ผู้ให้การบำบัดไม่จำเป็นต้องเป็นนักจิตวิเคราะห์หรือจิตแพทย์
 3. การระลึกถึงความหลังเป็นการบำบัดทางจิตสังคม
 4. ระดับของความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับผู้ให้การบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องเกิดขึ้นตั้งแต่แรกที่พบกันของกระบวนการบำบัดแบบการระลึกถึงความหลัง
 5. หัวข้อที่จะสนทนาไม่ได้มุ่งไปที่การค้นหาความหมายของชีวิตแต่อาจเป็นเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจ เช่น ศิลปะ ดนตรี หนังสือหรือ วรรณคดีที่จะสามารถกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดความสุขพึงพอใจได้
 6. การระลึกถึงความหลังสามารถกระทำได้ทั้งแบบมีโครงสร้างและแบบอิสระ
 7. การระลึกถึงความหลังเป็นกิจกรรมอิสระของพยาบาลกิจกรรมหนึ่ง โดยนำเอากระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ และสามารถกำหนดรูปแบบในการระลึกถึงความหลังให้เหมาะสมได้ การระลึกถึงความหลังนี้สามารถใช้ได้ในผู้ที่มีปัญหาหลากหลาย เช่น ผู้ที่แยกตัวออกจากสังคม (Social Isolation) ผู้ที่มีความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) ผู้ที่มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองถูกรบกวน (Self Esteem, Disturbance) ผู้ที่สูญเสีย (Loss) ผู้ที่มีภาวะเครียด (Stress) ผู้ที่มีความวิตกกังวล (Anxiety) (Snyder,1998) เป็นต้น และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- Ebersole (1976) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังช่วยให้คนเราได้สัมผัสถึงความต่อเนื่องและความหมายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตที่ผ่านมา มีความสำคัญในการรักษาการมีอัตมโนทัศน์คุณค่าที่สำคัญของชีวิต การแก้ปัญหาชีวิต และการให้ความรู้สึกลดลงของบุคคล เป็นการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่าและสำคัญต่อบุคคลแล้วนำมาระลึกถึงความหลังซึ่งเป็นกระบวนการคิดถึงประสบการณ์ในอดีตที่มีความหมายต่อบุคคล ซึ่งให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ในอดีตที่สามารถแก้ไข ที่ประสบความสำเร็จ ความสำเร็จ ความมั่นใจภาคภูมิใจในตนเองสามารถปรับต่อความคับข้องใจในปัจจุบัน เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองได้ซึ่งสิ่งๆ ที่ตนเองประสบผลสำเร็จ เมื่อนึกถึงจะทำให้เกิดการรู้จักเข้าใจตนเอง ช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองและ

ตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดของ Ebersole (1976) เนื่องจากอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวังในชีวิต มีความคิดอย่างต่อเนืองและนำมาสู่อาการซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งแนวคิดของของ Ebersole (1976) เป็นแนวคิดที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ควมมีเอกลักษณ์ของตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหาและนำมาสู่การลดอาการซึมเศร้าได้

3.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง

ซึ่งได้นำทฤษฎีขั้นตอนการพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial development stage) ขั้นที่ 8 ของอิริกสัน โดยอิริกสันเชื่อว่า พัฒนาการบุคลิกภาพเกิดจาก การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เกิดการเรียนรู้ และสะสมเป็นบุคลิกภาพของตนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วัยทารกถึงวัยรุ่น โดยการแบ่งพัฒนาการออกเป็น 8 ขั้น แต่ละขั้นจะมีพัฒนาการของบุคลิกภาพเฉพาะและมีช่วงวิกฤต โดยขั้นที่ 8 มีช่วงวิกฤตในการพัฒนาบุคลิกภาพ คือ ระหว่างความรู้สึกมั่นคงกับความรู้สึกสิ้นหวัง โดยบัทเลอร์ได้อธิบายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Butler (1963) ได้อ้างทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ (1893)

โดยอธิบายว่า คนที่มีสุขภาพจิตที่ดี คือคนที่สามารถผสมผสานเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน อนาคต เหตุการณ์ในอดีตของใคร่ยอมกำหนดชีวิตปัจจุบันของผู้คนั้น ตามแนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้สูงอายุที่มองอดีต คือผู้สูงอายุที่มีจิตใจในระดับปกติ ความผิดปกติเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุขมขื่นกับอดีตจนไม่สามารถแยกปัจจุบันจากอดีต หรือไม่สามารถแยกอดีตจากปัจจุบันและอนาคต (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540)

2. ทฤษฎีขั้นตอนการพัฒนาการจิตสังคม (Psychosocial development stage) ของอิริกสัน (1950) อธิบายว่า เมื่อคนสูงวัยขึ้นมักชอบมองย้อนอดีตเพื่อตรวจสอบและตัดสินใจว่า ชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมด ประสบความสำเร็จหรือไม่ ได้ทำให้ชีวิตมีค่าหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตคุ้มค่า ได้ทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนควรกระทำจะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง จะยอมรับชีวิตของตนอย่างที่เป็นอยู่ แต่ในทางกลับกันถ้ามองตนเองในด้านลบ รู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จ ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่ขมขื่นกับตนเอง เพราะชีวิตในอดีตเหลือสิ้น ขากที่จะตั้งต้นเพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิต หรือตั้งต้นทำอะไรใหม่ได้แล้ว (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540)

3. ทฤษฎีการทบทวนชีวิต (Lifer eview) ของบัทเลอร์ (Butler, 1963 cited in Bunside, 1988; Kovach, 1990; Hamiltion, 1992; Newbem, 1992; Knight, 1996; Duffy, 1999) ได้เสนอแนวคิดนี้ โดยพัฒนามาจากทฤษฎีของอิริกสันขั้นที่ 8 โดยอธิบายว่า การนึกถึงอดีตของผู้สูงอายุมีทั้งคุณและโทษในด้านมีคุณค่า คือฝึกฝนความจำ ดังความคิด และความรู้สึกในจิตใต้สำนึกให้มาสู่

จิตสำนึก เพิ่มพูนความภาคภูมิใจในตนเองและมีสติสัมปชัญญะ คุณค่าเหล่านี้มีความจำเป็นต่อการปรับตัวในวัยสูงอายุ ส่วนโทษของการย้อนอดีต คือ ทำให้ผู้สูงอายุหมองเศร้า ก้าว กังวล มีความรู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง อาลัยอาวรณ์อดีต ไม่สามารถปล่อยวางอารมณ์แรงถึงกับฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม บัทเลอร์ เชื่อว่าการย้อนคิดถึงอดีตมีคุณค่ามากกว่าโทษ

3.4 เป้าหมายหลักของการระลึกถึงความหลัง

โรมานีค (Romaniuk, 1981) ได้ระบุเป้าหมายหลักของการระลึกถึงความหลังมี 3 หัวข้อหลัก ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 เพื่อการพัฒนาการรู้จักตนเองประกอบด้วย

1. เพื่อความสนุกสนานบันเทิงเมื่อได้ระลึก
2. เพื่อสั่งสอนผู้อื่น
3. เพื่อระบุได้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ดีกว่าในอดีต
4. เพื่อถ่ายทอดความสำเร็จให้ผู้อื่นฟัง
5. เพื่อเปิดเผยตนเองให้มากขึ้น
6. เพื่อเป็นการเพิ่มกำลังใจ

เป้าหมายที่ 2 เพื่อการแก้ปัญหาในปัจจุบัน ประกอบด้วย

1. เพื่อการวางแผนในอนาคต
2. เพื่อจัดการกับความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น
3. เพื่อจัดการกับปัญหาในปัจจุบัน

เป้าหมายที่ 3 เพื่อหาความหมายให้กับชีวิตที่เหลืออยู่

1. แก้ปัญหายุ่ชากในอดีต
2. เพิ่มความเข้าใจในตนเองให้มากขึ้น
3. เพื่อตัดสินใจเลือกความหมายในชีวิต

3.5 กระบวนการระลึกถึงความหลัง

การเข้าใจในกระบวนการระลึกถึงความหลังนั้นมีความสำคัญ คือ เพื่อความสะดวกและการเข้าใจที่ตรงกัน สำหรับผู้ที่เริ่มต้นใช้กิจกรรมการระลึกถึงความหลัง ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ (Hemillton, 1992)

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) คือการเลือกเหตุการณ์ ความคิด และความรู้สึกที่พึงพอใจในอดีตและความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องตลอดมานี้
2. ระยะของค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) คือระยะของ การค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้นและบอกความ

รู้สึกให้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรต่อบุคคล จึงทำให้บุคคลเก็บจำความทรงจำนั้นตลอดมาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน

3. ระยะเวลาแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้ฟัง (Social interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่บุคคลมีต่อความจำนั้นให้กับผู้ฟัง และยังถือว่าการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง

ในการเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ ซึ่งหลักของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยทักษะต่างๆ ของการให้คำปรึกษาหลายๆ ด้าน เช่น ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การสังเกต การตีความหมายและการสนับสนุนให้กำลังใจ (Sellers & Stork, 1997) ซึ่งรายละเอียดของแต่ละทักษะที่ใช้ ดังนี้

1. ทักษะในการฟัง (Listening Skills) เป็นทักษะที่ใช้ในการแสดงความสนใจต่อคำพูดและภาษาท่าทางของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งเนื้อหาตลอดจนความรู้สึกของเรื่องที่เล่ามาอีกทั้งยังเป็นการที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการเห็นความสำคัญและให้เกียรติกับผู้สูงอายุว่าเรื่องที่เขากล่าวมานั้นเรากำลังตั้งใจฟังอยู่ และบางครั้งต้องฟังเพื่อที่จะสังเกตได้ว่า การพูดกับอารมณ์ของผู้สูงอายุเหมาะสมกันหรือไม่ มีอาการหลงผิด ประสานหลอนหรือไม่

2. ทักษะในการสะท้อน (Reflecting Skills) วัตถุประสงค์ของการสะท้อนคือเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความรู้สึกและเรื่องราวของตนเอง ได้ดียิ่งขึ้นและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักว่าผู้ให้บริการจะเข้าใจเขา การสะท้อนได้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

2.1 การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting Feeling) เป็นการช่วยนำความรู้สึกออกมาให้กระจ่างขึ้นก่อนจะสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความสามารถในการฟังและติดตามไปด้วยว่าคำพูดเช่นนั้นของผู้สูงอายุเกิดจากความรู้สึกอย่างไรแล้วจึงสะท้อนออกมา

2.2 การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting Contents) เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหา ดังนั้นเขาอาจไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวประติดประต่อกันได้ ดังนั้นจึงควรช่วยให้เรื่องราวกระจ่างขึ้น โดยการสะท้อนเนื้อหา

3. ทักษะในการตีความหมาย (Interpreting Skills) จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่มุมต่างๆ อย่างกระจ่างแจ้งและเป็นแรงจูงใจที่จะให้ได้ตระหนักในตนเองช่วยให้ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

4. ทักษะในการให้กำลังใจ (Reassuring Skills) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและช่วยให้ผู้สูงอายุได้คลายเครียดในการระลึกถึงความหลัง ความสุภาพนุ่มนวลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับผู้สูงอายุ

5. ทักษะในการสังเกต (Observation) ในพฤติกรรมและความรู้สึกต่างๆ ของผู้สูงอายุ ปฏิบัติที่เป็นอาการแสดงที่ไม่ใช่คำพูด ทั้งหมดเช่นอาการสั่น อาการผุนผื่น ไม่พอใจ ซึ่งอาจเกิดมาจากอาการเครียดหรือวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

6. การทวนซ้ำ ใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิด ความจำ โดยไม่มีการเพิ่มเติมความคิดของผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสำรวจ รับรู้และเข้าใจ ความคิดของตนเองและเพื่อที่จะต้องการเน้นข้อความนั้นเพื่อการขยายการกลับสู่ประเด็น

ในกระบวนการระลึกถึงความหลัง เบิร์นไซด์ (Burnside, 1983) ได้กำหนดคุณสมบัติของการเป็นผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดที่ดีไว้ดังนี้

คุณสมบัติของการเป็นผู้ให้การบำบัดในกระบวนการระลึกถึงความหลัง

1. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟัง จากคำบอกเล่าความทรงจำของผู้สูงอายุ

2. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความแม่นยำในการระบุกระบวนการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุแต่ละคนได้

3. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความแม่นยำในการตอบสนองกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการระลึกถึงความหลังได้

คุณสมบัติที่ผู้รับการบำบัดต้องมีในกระบวนการระลึกถึงความหลัง

1. มีระดับการรับรู้ปกติ

2. มีความสามารถในการฟื้นความทรงจำในระยะยาวได้ (Retrieve Long-Term Memories)

3. สามารถถ่ายทอดความทรงจำออกเป็นภาษาพูดได้

3.6 ชนิดของการระลึกความหลัง เมอร์เรียม (Mcram, 1989 cited in Jones, 1998) ได้แบ่งการระลึกถึงความหลัง ออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การระลึกถึงความหลังแบบธรรมดา (simple reminiscence) หมายถึง การย้อนคิดถึงความหลังโดยปราศจากการวิเคราะห์และประเมิน ซึ่งอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติ

2. การระลึกถึงความหลังเพื่อให้ข้อมูล (informative reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงประสบการณ์ และความรู้ในอดีตของผู้สูงอายุ และเล่าสู่บุคคลรุ่นหลังโดยการพูด หรือเขียน

3. การทบทวนชีวิต (life review) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังที่แตกต่างจากการระลึกถึงความหลังแบบธรรมดา และการระลึกถึงความหลังเพื่อให้ข้อมูล ทั้งวัตถุประสงค์และรูปแบบการทบทวนชีวิตเป็นการย้อนคิดถึงความหลังเพื่อแก้ปัญหา หรือขัดแย้งในอดีต

การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ในอดีต เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล พยาบาลสามารถกำหนดหัวข้อ จัดกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลัง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูระลึกถึงความหลัง พยาบาลสามารถกระทำ ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย กระทำได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน การกระทำได้ทั้งเฉพาะรายบุคคล หรือเป็นกลุ่ม (Hamilton, 1992; Snyder, 1988)

สำหรับการศึกษาค้นคว้านี้ได้เลือกการระลึกถึงความหลังเพื่อให้อายุเป็นการย้อนคิดถึงประสบการณ์ ในอดีตของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และนำมาเล่าโดยการพูด ทำให้ตระหนัก ความมีคุณค่าในตนเอง และความมีเอกลักษณ์ของตนเอง มีทักษะในการแก้ปัญหา

3.7 รูปแบบของการระลึกถึงความหลัง

ในการระลึกถึงความหลังสามารถทำได้ 2 รูปแบบ (Hamilton, 1992; Snyder, 1988)

1. การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล (One-to-One Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึง ความหลังของผู้สูงอายุเฉพาะรายอาจจะมีหัวข้อหรือไม่มีหัวข้อในการพูดคุยก็ได้ โดยผู้สูงอายุอาจจะพูดถึงความหลัง หรือความรู้สึกในอดีต และพยาบาลจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ขอมรับฟัง ด้วยการแสดงออกทางสีหน้า ทางความรู้สึก การระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลนี้ จำนวนครั้ง ยิ่งมากยิ่งดี (3 ครั้งต่อสัปดาห์) ใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางความคิดหรือเป็นคนที่อาย (Snyder, 1988)

2. การระลึกถึงความหลังแบบกลุ่ม (Group Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึง ความหลังร่วมกันเป็นกลุ่มโดยมีสมาชิก 4 – 10 คน (Hamilton, 1992 ; Ebersol, 1978) ซึ่งสมาชิกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพผู้สูงอายุ ถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่เกิดความรู้สึกระลึกถึงความหลัง ถ้าสมาชิกลittleเกินไป จะไม่มีความหลากหลาย ระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที (Snyder, 1988) จำนวนครั้งในการทำกลุ่ม 5-10 ครั้ง (Ebersol, 1978; Osborn, 1989) ความถี่ในการทำกลุ่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จากการศึกษาของแลป (Lappe, 1987) พบว่าการทำระลึกถึงความหลัง 1 ครั้ง/สัปดาห์ และ 2 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่อประเมินความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สถานที่ในการทำกลุ่ม ต้องมีบรรยากาศเอื้อเอื้ออำนวยต่อการระลึกถึงความหลัง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เงียบ กว้างเพียงพอสำหรับสำหรับกลุ่ม สะดวกสบายในการเข้าห้องน้ำ รวมทั้งควรมีอาหารหรือเครื่องดื่ม และอาจตกแต่งด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสม หัวข้อในการระลึกถึงความหลังแต่ละครั้ง เช่น เมื่อพูดถึงวันสงกรานต์ อาจจะมีขันน้ำใส่น้ำอบมาวางไว้เป็นต้น มีการกำหนดหัวข้อและกิจกรรมในการกระตุ้นให้เกิดการระลึกถึงความหลังในแต่ละครั้ง เริ่มต้นจากการแนะนำสมาชิกในกลุ่ม หัวข้อจะเริ่มจากง่ายๆ แล้วเพิ่มความเข้มข้นเรื่อยๆ เช่น เริ่มจากวัยทารก อาจพูดถึงสถานที่เกิด เป็นต้น

กลุ่ม เป็นเวลานานๆเช่น ไม่เป็นโรคอักเสบของข้อต่อและกล้ามเนื้อ ไม่มีปัญหาในระบบไหลเวียน ไม่มีปัญหาการควบคุมระบบขับถ่าย ไม่มีปัญหาการได้ยิน (Harrand & Bollstetter, 2000)

2.1.2 การจัดเตรียมสถานที่ ที่จะต้องใส่ใจคือเรื่องขนาดของห้องจะต้องไม่คับแคบเกินไปกับขนาดของกลุ่ม มีความส่วนตัวเพียงพอ ไม่มีเสียงรบกวนอันจะเป็นการขัดจังหวะต่อการระลึกถึงความหลัง แสงสว่างและอุณหภูมิต้องพอเหมาะ แก้อื้อสะดวกสบาย จะจัดเก้าอี้นั่งให้เป็นวงกลมเพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์ (Burnside & Haight, 1994)

2.1.3. การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกลุ่ม เช่น ป้ายชื่อของสมาชิกกลุ่มทุกคนและป้ายชื่อผู้นำกลุ่มและอุปกรณ์ในการเขียน เช่น กระดาษขาว ปากกามจิกสีดำ เพื่อความเด่นชัดในการมองเห็น(Burnside & Haight, 1994)

2.2 การดำเนินการกลุ่มระลึกถึงความหลัง

Harrand & Bollstetter (2000) ได้กำหนดกฎของการเป็นผู้นำกลุ่มว่าผู้นำจะต้องบอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการเข้ากลุ่มในเรื่องของเวลา สถานที่ กฎเกณฑ์ของการเข้ากลุ่มและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ให้กับสมาชิกกลุ่มฟังทุกครั้ง เมื่อมีการพบกันสัมพันธภาพจะต้องเริ่มตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องกล่าวคำขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้ามาในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจและเห็นใจสมาชิกกลุ่มทุกคน สังเกตอาการทางร่างกายและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุทุกคน อีกทั้งยังมีหน้าที่ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังและสนับสนุนให้มีการแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สมาชิกกลุ่มมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟังที่ดีไม่ขัดจังหวะในขณะที่สมาชิกเล่าพร้อมทั้งการไม่ซักถามมากเกินไปจนเกินขอบเขตของความเป็นส่วนตัวในการกระตุ้นด้วย ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังนั้นผู้นำกลุ่มอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นด้วย เช่น ให้ผู้สูงอายุเลือก ภาพถ่าย หนังสือ งานอดิเรก ซึ่งหัวข้อส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องพัฒนาการแต่ละช่วงวัย เช่นเดียวกับ การระลึกถึงความหลังรายบุคคล (Burnside, 1988)

2.3 การปิดกลุ่มการระลึกถึงความหลัง

ในการพบกันครั้งสุดท้าย จะเป็นการสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้ระลึกในทุกครั้งที่พบกัน การปิดกลุ่มจะอภิปรายกันแบบสบาย ๆ จะไม่มีการเปิดประสบการณ์เรื่องใหม่ขึ้นมาอีก ผู้นำกลุ่มจะต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจในประสบการณ์ของแต่ละคน บรรยากาศจะเต็มไปด้วยความอบอุ่น และต้องกล่าวคำขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มเป็นอย่างดี (Harrand & Bollstetter, 2000)

2.4 หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

2.4.1 เปิดกลุ่มด้วยการทักทายสมาชิกทุกคนอาจพูดเรื่องทั่วไป เช่น สภาพดิน น้ำ อากาศ อาหาร หรืออื่น ๆ ที่สมาชิกประสบในขณะนั้นเพื่อให้เกิดความเป็นกันเองก่อน จากนั้นแนะนำหัวข้อเรื่องที่จะคุยกัน รวมทั้งนำเสนออุปกรณ์ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสมาชิกกลุ่มระลึกถึงถึงประสบการณ์ในอดีตได้

2.4.2 สร้างบรรยากาศให้เกิดการรวมกลุ่ม เช่นการมองไปยังสมาชิกในกลุ่มอย่างทั่วถึงทุกคน หรือเดินเปลี่ยนตำแหน่งที่นั่งบ้าง

2.4.3 สร้างจุดสนใจของสมาชิกให้อยู่ในตัวผู้นำกลุ่มเพื่อลดความสับสนของสมาชิก แม้ว่าจะเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยกลุ่มหรือสมาชิกอื่นๆ ได้แสดงความคิดเห็น แต่ต้องดึงความสนใจกลับมาอยู่ที่ตัวผู้นำกลุ่มให้ได้ในประเด็นกลุ่ม

2.4.4 สังเกตพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกและจัดการได้ภายในกลุ่ม

2.4.5 มีความยืดหยุ่นแม้ว่าเรื่องที่สมาชิกอภิปรายจะออกนอกประเด็นไปบ้าง

2.4.6 ตั้งคำถามในประเด็นกลุ่มอย่างชัดเจนโดยอาจถามทั้งตัวผู้เสนอประเด็น เพื่อให้สมาชิกอื่นได้เข้าใจอย่างชัดเจนไม่สับสน หรือถามสมาชิก

2.4.7 สรุปประเด็นที่ถกในกลุ่มให้สมาชิกทราบก่อนการปิดกลุ่ม
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการระลึกถึงความหลังของ (Ebersole, 1976) มาพัฒนาในการทำกิจกรรมพยาบาล โดยใช้หลักการกระบวนการระลึกความหลังของ (Hamilltom, 1992) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนและสะดวกในการนำไปใช้ เนื่องจากกระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) ระยะของค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Social interaction)

3.8 ผลการระลึกถึงความหลัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้บุคคลระลึกถึงความหลังมีผลต่อจิตใจ ดังนี้

1. เพิ่มความพอใจในชีวิต (Shermen, 1987; Sellers & Stok, 1997; Harrand & Bollstetter, 2000)

2. เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Baker, 1985; Lappe, 1987; Nugent, 1995; Sellers & Stok, 1997; Harrand & Bollstetter, 2000)

3. เพิ่มความผาสุกในชีวิต (Miller, 1989)

4. เพิ่มความหวัง (Herth, 1990; Forbes, 1994; Jonhson et al, 1997; Robert et al,

1999)

5. ส่งเสริมความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Dietsche, 1979; Sellers & Stok, 1997)

6. ส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัว (Comana et al. 1998)

7. ลดอาการซึมเศร้า (Youssef, 1990; Sellers & Stok, 1997; Harrand & Bollstetter, 2000)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของการบำบัดตามแนวคิดการระลึกถึงความหลังหรือความทรงจำบำบัด เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดอาการซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนี้

เรณู อินทร์ตา (2548) ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีปัญหาสมองเสื่อม จำนวน 20 คน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมอย่างเป็นขั้นตอน เป็นการระลึกถึงความหลังเป็นรายบุคคลอย่างมีรูปแบบที่บ้าน จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40-45 นาที โดยการทดลองมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เลือกระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตทางบวกของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา ให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น และบอกเล่าเรื่องราว พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าลดลง จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง พบว่าการระลึกถึงความหลังหรือความทรงจำบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พิณลักษณ์ นิตินาการณ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 12 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมอย่างเป็นขั้นตอน เป็นการระลึกถึงความหลังแบบรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยการทดลองมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เลือกระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตทางบวกของแต่ละคน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เลือกระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตทางบวกของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา ให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น และบอกเล่าเรื่องราวในสมาชิกในกลุ่มได้ฟัง พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าลดลง จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและ

ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในกลุ่ม ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่า พบว่าการระลึกถึงความหลังหรือความทรงจำบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จงกรม ทองจันทร์ (2544) ศึกษาผลการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 15 คน เป็นการระลึกถึงความหลังเป็นรายบุคคลอย่างมีรูปแบบที่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40-45 นาที โดยการทดลองมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เลือกระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตทางบวกของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมา ให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น และบอกเล่าเรื่องราวพบวาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง พบว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chin (2007) สัมภาษณ์งานวิจัยที่เกี่ยวกับผลการระลึกถึงความหลังต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสุข อาการซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้คำสำคัญคือ reminiscence, life review, reminiscing, and milestone จาก 12 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการค้นหาเอกสารและงานวิจัย จากวารสาร 14 วารสาร จากการค้นหาข้อมูล พบว่า 15 งานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงนำมาวิเคราะห์พบว่าทั้งหมดเป็นงานที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ก่อนปี 2001 ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต, ความสุข, อาการซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่เป็นการบำบัดโดยการระลึกถึงความหลัง ซึ่ง Haight & Bumside (1993) เป็นผู้พัฒนารูปแบบของการบำบัดดังกล่าว จาก 15 งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์พบว่าการระลึกถึงความหลังหรือความทรงจำบำบัดมีประโยชน์ในการเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญและลดอาการซึมเศร้าได้

Mastel-Smith, McFarlane, Sierpina, Malecha, & Haile (2007) ที่ศึกษาการใช้กลุ่มความทรงจำบำบัดต่ออาการซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 31 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองชุมชนด้วยการให้ผู้สูงอายุเขียนบันทึกบรรยายเรื่องราวชีวิตของตน หลังการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Wang, Hsu, & Cheng (2005) ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าและสภาพของอารมณ์ของผู้สูงอายุในสถานพักฟื้น โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 60 คน ที่มีอาการซึมเศร้าอาศัยอยู่ในสถานพักฟื้นจำนวน 5 แห่งและไม่เคยได้รับการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรื่นรมย์ยินดีและมีการตอบรับต่อสังคม เช่น ความทรงจำในสมัยเด็ก เวลาแต่งงาน งานประจำ หรืองานอื่น

ทั้งหมดนี้โดยการนำสื่อต่างๆมาใช้เรียกความทรงจำ เช่นรูปภาพเก่าๆ เพลงเก่าๆ รายการวิทยุที่เคยฟัง หรืออะไรก็ได้ที่สามารถกระตุ้นความทรงจำของผู้สูงอายุที่นำมาซึ่งการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุแต่ละคน พบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าและทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ดีขึ้น พบว่าการระลึกถึงความหลังช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Wang, Hsu. & Cheng (2004) ศึกษาผลของการนำการระลึกถึงความหลังมาใช้บำบัดที่มีต่ออาการซึมเศร้า และสภาวะทางอารมณ์ผู้สูงอายุในสถานพักฟื้นในไต้หวัน โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 23 คน กลุ่มทดลอง 28 คน โดยมีการทดสอบก่อนและหลังทำการทดลองโดยใช้ Geriatric Depression Scale short form (GDS-SF) ในการวัดความซึมเศร้า Apparent Emotion Rating Scale (AER) เป็นเครื่องมือในการวัดสภาพอารมณ์ ใช้เวลาในการทดลอง 4 เดือน กลุ่มที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับการทำบำบัดด้วย reminiscence สัปดาห์ละครั้ง โดยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ได้แก่ประสบการณ์ในวัยเด็ก การแต่งงาน ชีวิตครอบครัวและงาน โดยการนำรูปภาพเก่า เสียงเพลงเก่า ๆ และรายการวิทยุมาเป็นสื่อ ผลการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.041 สรุปได้ว่า ควรมีการนำการ reminiscence มาบำบัดในผู้สูงอายุในสถานพักฟื้น และควรนำไปใช้ในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Jone (2003) ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุเฉลี่ย 81.7 ปี และมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน โดยการสนับสนุนให้กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ซึ่งเป็นการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและรู้สึกถึงผลสำเร็จในชีวิตของตน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร่าลดลง เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต ปรับปรุงการดูแลตัวเองและความภาคภูมิใจในตนเอง จากการกระตุ้นที่มีคุณค่า โดยใช้การระลึกความหลังหรือความทรงจำบำบัด พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Capps (1998) ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ถูกปลดเกษียณแล้ว 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลา 6 ครั้ง พบว่าการระลึกความหลังและการทบทวนชีวิตช่วยลดความซึมเศร้า เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต

Reddin (1997) ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีอายุ 57-95 ปี รายกลุ่มและรายเดี่ยว ทำการศึกษา 7 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ พบว่า เมื่อใช้การระลึกความหลังในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ แล้วพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น ลดภาวะซึมเศร่าลงและการศึกษาในรายเดี่ยวและรายกลุ่มมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับข้อบ่งชี้ของกลุ่มแต่ละกลุ่ม

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาพบว่า การพยาบาลและการระลึกถึงความหลัง สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้ และนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการพยาบาล บำบัดทางจิต สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งแสดงเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดการศึกษา

การพยาบาลที่เน้นการใช้ความทรงจำ ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าด้วยกัน โดยการเล่าถึงประสบการณ์ การดำเนินชีวิตในครอบครัวและในชุมชนของตน

ครั้งที่ 2 การระลึกถึงเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต

ครั้งที่ 3 การระลึกถึงประสบการณ์ความสำเร็จโดยมีสิ่งกระตุ้น

ครั้งที่ 4 การส่งเสริมผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีกำลังใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมและการส่งเสริมสุขภาพในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าในครอบครัวและสังคม

ครั้งที่ 5 สรุปประสบการณ์ ประเมินความรู้สึก ประโยชน์และแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

อาการซึมเศร้า