

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Blazer, 2003) โรคซึมเศร้ามีความชุกตลอดชีพร้อยละ 15 และอาจสูงถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง (รณชัย คงสกนธ์, 2548) โดยคิดอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2 ต่อ 1 นอกจากนี้ ยังพบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในสถานบริการในระดับสาธารณสุขมูลฐานถึงร้อยละ 10 จะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำ (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

จากอัตราชุกและอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่รุนแรงขึ้น เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะอันดัดดัน (นันทิกา ทวิชาดี, 2548) และเป็นความเสี่ยงสำคัญในการฆ่าตัวตาย (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง มักจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15 (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) เนื่องจากปัญหานี้มีแนวโน้มสูงขึ้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) เพื่อลดปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายให้เหลือไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

โรคซึมเศร่ายังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุไทยด้วย ซึ่งทั้งในเพศชายและเพศหญิงเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจะมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น (นุสรา วรภัทราทร, 2547) ในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นพบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (Solomon, 1981; Salzman, 1992) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามักมีจิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกด้อยคุณค่า มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสนใจต่อกิจกรรมรอบตัวน้อยลง แยกตัว อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือการรับรู้ ทำให้คิดซ้ำๆ และมีความคิดทำร้ายตัวเอง (บุญพา ฌ นคร, 2545)

ความรู้สึกไม่มีคุณค่า เบื่อหน่าย สิ้นหวัง ท้อแท้ เป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวที่เกิดจากกระบวนการคิดของบุคคล การรับรู้ อคติทัศนคติของบุคคล และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ซึ่งการปรับตัวตามทฤษฎีของ (Roy, 1999) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวโดยเป็นกระบวนการภายในที่เกิดกับบุคคลนั้นโดยเกี่ยวข้องกับระบบทางด้านร่างกาย (regulator subsystem) ซึ่งได้แก่ สารเคมี ระบบประสาทระบบต่อมไร้ท่อ และระบบทางด้านความนึกคิด (cognator subsystem) ซึ่งได้แก่ ความนึกคิดและอารมณ์ที่เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยมีการปรับตัวใน 4 ลักษณะคือ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้าน

อึดมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น โดยมีสิ่งเร้ามากระตุ้น การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ ทำให้นอนไม่หลับ ความรู้สึกอยากอาหารลดลง การขับถ่ายผิดปกติ อารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา ไม่สนใจในสิ่งที่เคยชอบหรือทำ ซึ่งการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนี้ มาจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายในทางเสื่อมลง ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ และเกิดความวิตกกังวลและบางรายมีการป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย และบางรายป่วยด้วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ทำให้ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นภาระคนอื่นส่งผลให้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้การปรับตัวด้านร่างกายและการพึ่งพาได้ไม่ดี (อรรถย อุทัยแสน, 2540) และการเปลี่ยนแปลงทางอึดมโนทัศน์ ด้านการรับรู้ความคิด ความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2528) เมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้าความคิดและพฤติกรรมจะมีความคิดไปในทางลบ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Beck et al. (1979) ได้มีแนวคิดกระบวนการคิดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ ความเชื่อ หรือความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล ก่อให้เกิดความซึมเศร้าให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ลดลง

โรงพยาบาลบ้านหมี่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 250 เตียง ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ที่มีภารกิจในการดูแลทั้งใน ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ให้บริการครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นโรงพยาบาลรักษาทางกาย สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีคลินิกจิตเวชให้บริการโดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการตรวจรักษาและรับยาจิตเวชทุกวันจันทร์ การจัดการให้บริการในคลินิกจิตเวชเน้นการให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง ด้านบริการพยาบาลมีการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาคำแนะนำเฉพาะ ในรายผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือเมื่อผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัยซักถามเท่านั้น ในปัจจุบันพบว่าการรักษาพยาบาลมุ่งเน้นในด้านใช้ยาในการรักษาการบรรเทาอาการทางจิตของผู้ป่วยมากกว่าการบำบัด หรือการพยาบาลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อการรักษาการป้องกันการป่วยซ้ำและการป้องกันการฆ่าตัวตายที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการลง หรือหายจากโรคนี ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ ผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง นอกจากนี้ผลกระทบที่รุนแรงต่อตนเองคือ การฆ่าตัวตายสำเร็จ (สกาวัฒน์ พวงลัดดา, 2548) ผลกระทบทางด้านสังคมพบว่า โรคซึมเศร้าทำให้มีปฏิสัมพันธ์บกพร่อง ส่วนผลกระทบระดับชาตินั้น จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคซึมเศร้าต่อปีสูงถึง 43 พันล้านดอลลาร์ (Druss B, 2000 อ้างใน สกาวัฒน์ พวงลัดดา, 2548)

สถานการณ์ในจังหวัดลพบุรี พบผู้ป่วยวัยสูงอายุจำนวน 2,697 คน จากประชากรทั้งหมด 752,775 คน อัตรา 491.02 อำเภอบ้านหมี่เป็นชุมชนชนบทมีประชากรทั้งหมด 78,900 คน เป็นชาย 38,735 คน เป็นหญิง 40,165 คน พบอัตราป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 0.38 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2549) โดยในปี พ.ศ. 2549-2551 ในอำเภอบ้านหมี่ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น พบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่รักษาด้วยยาปี พ.ศ. 2549 จำนวน 76 คน ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 80 คน และปี พ.ศ. 2551 จำนวน 85 คนตามลำดับ (เวชระเบียน, 2551) และจากการประเมินภาวะซึมเศร้า ในอำเภอบ้านหมี่โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทั้งหมด 85 คน พบว่า มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 15 คนคิดเป็นร้อยละ 17.64 มีระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 70.59 มีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 11.77 ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง จากการวิเคราะห์ข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่ตอบเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าตลอดเวลา รองลงมาคือ ความรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ และความรู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า (งานจิตเวช, 2550)

นอกจากนั้น จากรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานในกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลบ้านหมี่ซึ่งเป็นแม่ข่ายดูแลสถานีนามัยลูกชาย จำนวน 23 แห่ง พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุยังมีปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้าจำนวน 32 รายรู้สึกท้อแท้กับโรคที่เป็นอยู่หมดกำลังใจในการรักษา จำนวน 13 ราย สุขภาพร่างกายทรุดโทรม จำนวน 15 ราย ไม่ไปพบแพทย์ตามนัดจำนวน 4 ราย ในจำนวนนี้มีปัญหาการกลับเป็นซ้ำและมีอาการกำเริบบ่อย ต้องส่งต่อไปยังหน่วยบริการตติภูมิ ในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 6 ราย และในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 4 ราย ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 3 ราย (งานเยี่ยมบ้าน, 2551) ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ จากบันทึกการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของกลุ่มงานจิตเวชที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การมองตัวเองในด้านลบ ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการการดูแลโดยตรง จากพยาบาลที่มีความมีความรู้และชำนาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ทำให้อาการโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความไม่สุขสบาย ปัจจุบันปัญหาโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทวีความรุนแรงมากขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย กลับพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น ที่ได้รับการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และความสนใจในอาการที่เกิดขึ้น (วีระ ชูรุจิพร, 2542) นอกจากนี้สาเหตุอาการของโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุมีความซับซ้อน เนื่องจากมีโรคทางกายร่วมด้วย จึงทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยแสดงอาการของโรคใดโรคหนึ่งไม่ชัดเจน หรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อม และบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุมักต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านร่างกาย สังคม หรือเศรษฐกิจ (อรพรรณ ทองแดง และคณะ, 2544) ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวนไม่น้อย จึงไม่ได้รับการวินิจฉัย และรักษา

อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ทำให้มีอาการเรื้อรังกลับเป็นซ้ำบ่อย หรืออาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายก่อนการได้รับการรักษา (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2541) นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง และยังพบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีร่างกายอ่อนแอในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Ruigomez , & Martin, 2002) การมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Bruce, 2002; Gottfries, 2001; Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002) ความเป็นตัวของตัวเองสูง มีประวัติเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน หรือมีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง และการมีพยาธิสภาพที่สมอง ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุได้ ทำให้บุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ดูแลเรื่องความปลอดภัย และช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมโดยเร็ว (วิรุจน์ คุณกิตติ, 2550)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีปัจจัยสาเหตุก่อนข้างซับซ้อน เนื่องจากกระบวนการคิดและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากการเจ็บป่วยมีผลต่อการปรับตัวด้านต่างๆ เช่น การนอนไม่หลับ อาการปวดตามข้อร่างกาย ภาวะจิตใจ อารมณ์ที่แปรปรวน การมองตนในแง่ลบ ความรู้สึกภูมิใจลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Weyerer et al. (2008) ที่ศึกษาการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า มีปัจจัยเสี่ยง เรื่องเพศ อายุ การใช้ชีวิตตามลำพัง สถานภาพสมรส การศึกษา ความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ โรคแทรกซ้อนทางกาย ความบกพร่องของกระบวนการคิด และสูญเสียสถานภาพทางสังคมจากการเกษียณจากงาน หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ด้วยตนเอง รายได้ลดลง รู้สึกชีวิตไร้คุณค่า เกิดการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (สุรกุล เจนอบรม, 2534) มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงเพิ่มขึ้น

ดังนั้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งผลต่อการปรับตัวและการปรับความคิดด้านลบ จึงน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลุ่มนี้ สามารถพัฒนาการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ และการปรับตัวให้เหมาะสม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าวาง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจนำแนวคิดการปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy และแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดของ Beck et al. (1979) โดยปรับปรุงจากโปรแกรมกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิดของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เป็นการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นการปรับปรุงรูปแบบการจัดกิจกรรมการพยาบาลรายบุคคล ที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุก่อนและหลังการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ

คำถามการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การศึกษานี้ได้บูรณาการแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy(1999) และแนวคิดพฤติกรรมความคิดของBeckและคณะ (1979) ซึ่งแนวคิดของRoyเชื่อว่า บุคคลพยายามรักษาสมดุลของสรีรวิทยาทางร่างกายและความคิดความรู้สึกของความเป็นมนุษย์ไว้โดยการปรับตัวให้กลมกลืนกับสภาพแวดล้อม เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจึงพยายามจัดการกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ โดยผ่านระบบย่อยของการทำงานทางร่างกาย ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบทางด้านความนึกคิด และอารมณ์ที่เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์และจิตสังคม ทำให้เกิดการปรับตัวในสี่ด้านคือ สรีรวิทยา อत्मโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และด้านความสัมพันธ์ ฟังพาระหว่างกัน (Roy, 1984) โดยการนำการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ หรือความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผลมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ซึ่งเมื่อบุคคลสามารถปรับความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลถึงการปรับตัวด้านอत्मโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ การปฏิสัมพันธ์และการฟังพา และมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการปรับตัวของของ Roy และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดของ Beck et al. (1979) โปรแกรมกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ของกุลธิดาสุภาคุณ (2549) โดยปรับปรุงเป็นการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบสำหรับรายบุคคล โดยเพิ่มครั้งที่ 1. ประเมินสิ่งกระตุ้น (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง) ที่มีผลต่อระบบการปรับตัวที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จึงดำเนินการการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ เป็นรายบุคคลที่บ้านผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาในการทำ 60 นาที ต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ประเมินสิ่งกระตุ้น (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง) ที่มีผลต่อระบบการปรับตัวที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งการปรับตัวมี 4 ด้านสรีรวิทยา อत्मโนทัศน์ บทบาทหน้าที่และด้านความสัมพันธ์ฟังพาระหว่างกันครั้งนี้ จึงมีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย และประเมินสิ่งกระตุ้นจากการให้ผู้ป่วยบอกเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเองที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และประเมินจากประวัติการรักษา เวชระเบียน ครอบคลุมเป็นองค์รวม จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ประเพณี ความเชื่อ ระบุปัญหาจากข้อมูล และระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร พยาบาลสามารถประเมิน

ความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดปัญหา หลังจากนั้นเป็นการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วย จากปัญหานั้นๆ โดยใช้การวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) อารมณ์ และความรู้สึก ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) พฤติกรรม หรือการกระทำที่แสดงออกให้เห็นได้ 3) ความคิด ที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และผลการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจะมีผลทั้งด้านลบและด้านบวก และในการพยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจ และรู้ว่าขบวนการนี้ทำให้เกิดจากความคิดของผู้ป่วย และให้รู้ว่าเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยแต่ละคน

ครั้งที่ 2 การค้นหาและเรียนรู้ความคิดด้านลบ ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของตน ต่อสถานการณ์ซึ่งเป็นการการค้นหาและเรียนรู้ความคิดของผู้ป่วยแต่ละคนได้แล้วว่า เป็นความคิด ด้านไหน ผู้ศึกษาจึงเริ่มให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าโดยการฝึกการ เปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรม ให้ผู้รับการพยาบาลมองปัญหา ในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม มองปัญหาในทุกแง่มุม ทั้งในข้อดี และข้อเสีย พัฒนาให้ผู้รับการพยาบาลได้มองปัญหาอย่างรอบด้าน

ครั้งที่ 3. ฝึกสร้างความคิดเปลี่ยนมุมมองด้านบวกและพฤติกรรมใหม่ เพื่อให้เกิดความ ภาควิชาจิตคือ 1) การปรับความคิดให้ผู้ป่วยมีมุมมองด้านบวก และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิด พฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง ดังเช่น การให้ความสนใจ หรือการให้คำชม เมื่อ ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม 2) การฝึกทักษะทางสังคม ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็น สำหรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง การแสดงให้เห็น การฝึก ปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ ใช้ในผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, 2549) เมื่อผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามขั้นตอนแล้วจะไปช่วยให้เข้าใจตนเอง คิดในแง่ที่ดีกับตัวเอง และส่งผลให้มีพฤติกรรมใหม่ที่ดี มีผลทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้

ครั้งที่ 4 การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมมีการแสดงออก ตามบทบาทหน้าที่ได้อย่าง เหมาะสมขั้นตอนนี้จะเป็นการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทตัวเอง ในบ้านและในสังคม รวมทั้งการช่วยเหลือตัวเองในด้านต่างๆ และมีความชื่นชมบทบาทตัวเอง ถ้าทำ บทบาทได้เหมาะสม ถ้าทำไม่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะได้ฝึกทำบทบาทที่เหมาะสม ซึ่งการทำงานการทำบทบาทหรือปฏิบัติภารกิจต่างๆ ทำให้ไม่เหงา ภาควิชาจิตในตนเอง มีคุณค่า สามารถ พึ่งพาตนเองได้ หรือเป็นที่พึ่งของลูกหลานได้ แม้ว่าการทำงานนั้นจะเป็นเพียงการเป็นที่ปรึกษาหารือ หรือการช่วยเหลือลูกหลาน หรือการทำงานบ้านพบว่า ผู้ป่วยที่ยังมีงานทำมีระดับของอารมณ์เศร้าต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน (สรารุณี สังข์มณี และคณะ, 2540 อ้างในอัจฉราวรรณ แก่นจันทร์, 2548)

ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์และการพึ่งพากับผู้อื่น ห่างจากสัปดาห์ที่ 4 เป็นเวลา 1 สัปดาห์คือ ขบวนการปฏิบัติการตามการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ จะไปทำให้ ลดภาวะซึมเศร้าโดย การสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและคนอื่น มีการพูดคุยกันปรึกษาหารือกัน ให้อิสระในการแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจร่วมทั้งการเข้าใจซึ่งกัน รับผิดชอบเห็นของผู้อื่น

แล้วจะส่งผลให้เห็นคุณค่าในตัวเอง เพราะถ้ารู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไม่มีคุณค่าความรู้สึกเหล่านี้สะสมเป็นเวลานานๆ จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์, 2547) เราจึงต้องไปให้การพยาบาลจุดนี้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าซึ่งในการปฏิบัติตามการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ ซึ่งการพยาบาลทั้ง 5 ครั้งมีส่วนที่จะส่งเสริมซึ่งกันและกัน และจะช่วยปรับมุมมองความคิดด้านลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้เป็นมุมมองทางที่ดีกับตัวผู้ป่วยเอง และจะปรับตัวทางด้านอื่น ได้ดีขึ้นสนองตอบการปรับตัวทั้งสี่ด้านซึ่งจะมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้

สมมติฐานในการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงหลังการได้รับการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาอิสระครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน และหลังการศึกษา (One group pre-test – post-test design) ดำเนินการเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้คือ

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM – IV -TR เป็น โรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชาย หญิง อาศัยอยู่ในเขต อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้นคือ การพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ
 - ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายและหญิง ในพื้นที่อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์ DSM-IV-TR ดังนี้ 1) อารมณ์เศร้า 2) หมคความสนใจ หรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ 3) เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด หรือรับประทานจุ และน้ำหนักเพิ่ม 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมาก 5) ความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงช้า หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย 6) อ่อนเพลียง่ายไม่มีแรง 7) รู้สึกไร้ค่าและรู้สึกผิดมากผิดปกติ 8) ไม่มีสมาธิ หรือมีความลังเลใจ 9) มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยมี 5 ใน 9 อาการ และต้องมีอาการในข้อ 1) หรือ 2) อย่างน้อย 1 ข้อ และอาการต้องเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอาการอยู่เกือบตลอดเวลาทุกวัน ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม เป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคตซึ่งเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ หรือความคิดอัตโนมัติในทางลบแสดงออก โดยมีความแปรปรวนด้านความคิดด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับมาก มีคะแนน 16-29

การพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามการพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้บูรณาการแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (1999) และแนวคิดพฤติกรรมความคิดของ Beck และคณะ (1979) ซึ่งแนวคิดของ Roy เชื่อว่า บุคคลพยายามรักษาสมดุลของสรีรวิทยาทางร่างกายและความคิดความรู้สึกของความเป็นมนุษย์ไว้ โดยการปรับตัวให้กลมกลืนกับสภาพแวดล้อม เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจึงพยายามจัดการกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ โดยผ่านระบบย่อยของการทำงานทางร่างกาย ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบทางด้านความนึกคิดและอารมณ์ ที่เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์และจิตสังคม ทำให้เกิดการปรับตัวในสี่ด้านคือ สรีรวิทยา อคติโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และด้านความสัมพันธ์ซึ่งพาระหว่างกัน (Roy, 1984) โดยการนำการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบหรือความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผลมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ซึ่งเมื่อบุคคลสามารถปรับความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลถึงการปรับตัวด้านอคติโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการปฏิสัมพันธ์และการพึ่งพาและมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการปรับตัวของ Roy และแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดของ Beck et al. (1979) โปรแกรมกลุ่มบำบัดพฤติกรรมทางความคิด ของกุลธิดา สุภาคุณ (2549) โดยปรับปรุงเป็นการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบสำหรับรายบุคคล โดยเพิ่มครั้งที่ 1. ประเมินสิ่งกระตุ้น (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง) ที่มีผลต่อระบบการปรับตัวที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ดำเนินการการพยาบาลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบรายบุคคล ที่บ้านผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาในการทำ 60 นาที ต่อ สัปดาห์รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ประเมินสิ่งกระตุ้น (สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง) ที่มีผลต่อระบบการปรับตัวที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 การค้นหาและเรียนรู้ความคิดด้านลบ ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของตน ต่อสถานการณ์ห่างจากสัปดาห์ที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 ฝึกสร้างความคิดเปลี่ยนมุมมองด้านบวกและพฤติกรรมใหม่เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจห่างจากสัปดาห์ที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในสังคมมีการแสดงออกตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ห่างจากสัปดาห์ที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการมีปฏิสัมพันธ์และการฟังพากับผู้อื่น ห่างจากสัปดาห์ที่ 4 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมการปรับตัวให้ได้ดีกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถที่จะเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางใน การพัฒนาการพยาบาลโดยใช้การปรับเปลี่ยนความคิด
ด้านลบ

3. เป็นแนวทางในการพัฒนามาบทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในการดูแลและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ