บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่แพร่หลายทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบ และเป็นภาระโรคอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ (Williams & Hagerty, 2005; Shives, 2002) และนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคล และเศรษฐานะทางสังคมโรคซึมเศร้ามีความชุกตลอดชีพร้อยละ 15 และอาจสูงถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง (รณชัย คงสกนธ์,2548)โดยคิดอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2 ต่อ 1 และยังพบอุบัติการณ์ในสถานบริการในระดับสาธารณสุขมูลฐานถึงร้อยละ 10 (อังคณา หมอนทอง, 2551) และพบว่าเกือบ 30% ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อยู่ในการดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Alexopoulos, 2008; Brown, Lapane & Luisi, 2002) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามักไม่ได้รับการยอมรับและรักษา ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ผลกระทบที่ได้รับจากโรคซึมเศร้านั้น มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าโรคทางกายอื่นๆ ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆบกพร่อง ก่อให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัวทั้งทางด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

การประมาณความสูญเสียทางสุขภาพที่เกิดจากโรคซึมเศร้าคาดว่า โรคซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นภาระต่อสังคม และเศรษฐกิจ จากอันดับ 7 ในปี 1991 เป็นอันดับ 1 เคียงคู่กับโรคหัวใจขาดเลือดในปี 2020 (รณชัย คงสกนธ์,2548 WHO,2001) นอกจากนี้โรคซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการทำร้ายตนเอง แม้ว่าจะได้รับการักษา แต่อาจมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2551) จึงกล่าวได้ว่า โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีโอกาสเกิดซ้ำ ก่อความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อบุคคลและสังคม (Stefanis, 2002)

สำหรับในประเทศไทย โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ โดยก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในหญิงไทย และอันดับ 3 ในชายไทย (รณชัย คงสกนธ์, 2548) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุไทยด้วย ซึ่งทั้งในเพศชายและเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (นุสรา วรภัทราทร, 2547) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (Solomon, 1981:Salzman, 1992) นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง (Ruigomez , & Martin, 2002) มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Bruce, 2002; Gottfries, 2001; Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002) มีความเป็นตัวของตัวเองสูง มีประวัติเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน การขาดการสนับสนุนและ

กำลังใจจากครอบครัว หรือมีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง และการมีพยาธิสภาพที่สมอง ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยสูงอายุได้ ทำให้บุคคลเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ดูแลเรื่องความปลอดภัย และช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมโดยเร็ว (วิรุจน์ คุณกิตติ, 2550)

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามักมีจิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกด้อยคุณค่า มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสนใจต่อกิจกรรมรอบตัวน้อยลง แยกตัว อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการคิด หรือการรับรู้ ทำให้คิดซ้ำๆ และมีความคิดทำร้ายตัวเอง (บุญพา ณ นคร, 2545) มีการแสดงออกผิดปกติทั้งในด้านอารมณ์ ร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม อาการที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้า ในกรณีที่เป็นเรื้อรัง หรือเป็นโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า จะมีความคิดทางด้านลบ แยกตัว ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Flores cited in Kaplan & Sadock, 1993) อารมณ์ฉุนเฉียว จะส่งผลกระทบและได้รับท่าทีตอบสนองในทางลบจากผู้อื่น ยิ่งทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ ทอดอาลัย มองว่าตนเองล้มเหลว ไม่สมหวังในทุกสิ่ง (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและประเทศชาติ ผลกระทบต่อตนเองได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบกพร่อง อาการที่เกิดขึ้นถ้าได้รับความกดดันแม้เพียงเล็กน้อยแต่สามารถส่งผลให้เกิดอาการกำเริบได้ง่าย ส่งผลให้สูญเสีย ผิดหวังมากกว่าที่เป็น และส่งผลกระทบร้ายแรงต่อชีวิต เพราะจะกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายสูงขึ้น (Lavretsky & Kumar, 2003; สกาวรัตน์ พวงลัดดา, 2548) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ซึ่งมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรผู้สูงอายุไทย มีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดนั้น ได้รับการวินิจฉัยว่า ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2541)

สำหรับสถานการณ์โรคซึมเศร้าในจังหวัดสมุทรสงครามนั้น แต่เดิมยังไม่มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ต่อมาได้เริ่มมีการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2551 ทำให้พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งได้ทำการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,430 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจำนวน 148 ราย ระดับปานกลางจำนวน 20 ราย และระดับรุนแรงจำนวน 12 ราย ในผู้ป่วยทั้งหมดนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 25 ราย (รายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม, 2551) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักถูกมองไปในเรื่องของโรคทางกาย ทำให้ไม่ได้รับบริการทางด้าน

สุขภาพจิตที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อส่งผลต่อระดับความรุนแรงของโรค ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดภาระครอบครัว การสูญเสียปีสุขภาพของผู้สูงอายุ ความบกพร่องในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุและเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมาคือ การฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์บันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายครอบครัว พบว่า ปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม คือ เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง การสูญเสียรายได้ สูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จากการเป็นหัวหน้าครอบครัวกลายเป็นผู้พึ่งพิง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีอาการเบื่อหน่าย นอนไม่หลับ ร้องไห้ง่าย บ่นเบื่อหน่ายตัวเองเพราะทำอะไรด้วยตนเองได้น้อยลง และเป็นภาระของลูกหลาน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นอกจากนั้นยังพบปัญหาการทะเลาะกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว การที่ลูกหลานไม่ให้ความสำคัญ การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นผู้ถูกดูแล การที่คนในครอบครัวมีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าลูกหลานไม่เอาใจใส่ ส่งผลให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า จึงกล่าวได้ว่าความสัมพันธ์ที่มีปัญหาระหว่างผู้ป่วยวัยสูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ทำให้มีความคิดต่อตนเองทางด้านลบ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการศึกษาของ Melatin et al. (2004) ได้ศึกษาธรรมชาติของโรคซึมเศร้าพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้านั้นจะไม่เกิดรุนแรงทันทีทันใด แต่อาการซึมเศร้านั้นจะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรง และมักถูกมองข้ามจากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว และเริ่มกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ใหญ่ขึ้น เกี่ยวกับอัตราตายจากพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพราะไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง (Buschmann, Dixon, & Tichy, 1995)

นอกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชแล้วในขณะเดียวกันยังประสบปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์ การทำหน้าที่ รวมถึงแรงสนับสนุนของครอบครัว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ การลดลงของความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ผู้สูงอายุบางรายได้รับความทุกข์ใจ มีภาวะเครียด มีความวิตกกังวล สุขภาพร่างกายทรุดโทรม บางรายเจ็บป่วย ครอบครัวสมัยใหม่ที่ทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่ตามลำพังกับเด็กที่เป็นลูกหลาน (ระพีพรรณ คำหอม, 2547) ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ การสื่อสารที่คลุมเครือไม่กระจ่างชัด การที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว (เพ็ญศรี หลินศุวนนท์, 2543) ผู้สูงอายุมักลดการติดต่อกับผู้คนภายนอกและมีสัมพันธภาพทางสังคมน้อยลง อาจมาจากความพิการและการมีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ซึ่งล้วนแต่สร้างความตึงเครียดให้กับผู้สูงอายุ (จุฑารัตน์ สถิรปัญญา ,2548) ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว จึงรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ไร้ค่า ไม่มี

ความหวัง (รัชนีบูลย์ เศรษฐภูมิรินทร์, 2542) ความรู้สึกกาคภูมิใจในตนเองลดลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญที่สุด และมีอิทธิพลสูงต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน ความสัมพันธ์ที่มีปัญหาเรื้อรังจะทำให้สมาชิกขาดความมั่นคงในชีวิต ขาดความสงบสุขและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รู้สึกสับสนวุ่นวาย มีความห่างเหินทางอารมณ์ทั้งๆที่อยู่ใกล้ชิดกัน ผู้ที่มีความรู้สึกดังกล่าวจะกลายเป็นคนเปราะบางและทนต่อความเครียดไม่ได้ แต่ถ้าหากสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันและทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมสมาชิกครอบครัวก็จะมีสุขภาพจิตดี (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543)

การที่ครอบครัวทำความเข้าใจ และใส่ใจในสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเดียวกันจะช่วยปรับสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมได้มากยิ่งขึ้น (เล็ก สมบัติ, 2540) การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมจะช่วยลดความรุนแรงของปัญหา ผู้ป่วยที่มีเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี จะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตได้ดีกว่าผู้ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว การคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากครอบครัว มีผลทำให้ลดกาวะซึมเศร้าลงได้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่สามารถพบปะผู้คนได้เหมือนเดิม แต่ถ้าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความแน่นแฟ้น ความรู้สึกพึงพอใจ และเป็นสุขก็จะยังคงอยู่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีแนวทางรักษาหลักๆ 2 วิธีคือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิต ได้แก่ การให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาครอบครัว การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการจัดกิจกรรมนันทนาการต่างๆ การเสริมสร้างสถาบันครอบครัว สามารถทำให้เกิดความเข้มเข็งอย่างเป็นองค์รวมที่สุด คือ มีการส่งเสริมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อครอบครัวเข้มแข็งก็จะสามารถฝ่าวิกฤตไปได้ และให้สมาชิกที่มีคุณภาพแก่สังคมต่อไป (สมรัก ชูวานิชวงศ์ , 2548)

การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling) เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้บริการทางสุขภาพที่เป็นลักษณะองค์รวมหรือที่เรียกว่า Holistic (กรมสุขภาพจิต, 2547) โดยแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นการให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่มีปัญหาในบริบทของสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว การที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัวก็เนื่องมาจากความบกพร่องของบุคคลในครอบครัว มิใช่ที่บุคคลที่เจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผน 9 ที่ให้ความสำคัญในระดับครอบครัว โดยให้ครอบครัวเป็นหน่วยการแก้ปัญหาที่เป็นอันหนึ่งอันเดียว โดยไม่แบ่งแยกไปที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง (จันทร์เพ็ญ นารินทร์ และรังสิยา นารินทร์, 2544) การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน ระหว่างสมาชิกของครอบครัวกับผู้ให้การปรึกษาที่จะค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดีขึ้นของผู้ป่วยกับผู้ให้คำปรึกษา

โดยที่สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลดีต่อทุกคนภายในครอบครัวถ้าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น (ญาณินี ไพบูลย์รัตนากร, 2547) ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิต แม้บุคคลจะมีความเปราะบาง แต่ถ้าครอบครัวมีความแข็งแกร่ง ความเปราะบางนั้นก็ไม่ทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรง เป้าหมายสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตคือ การสร้างพลังให้แก่ครอบครัว ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น และมีเครือข่ายทางสังคมที่ดีพอ การพัฒนาและสร้างพลังให้ครอบครัวเป็นวิธีที่จะช่วยให้ครอบครัวเป็นสถาบันที่มั่นคงต่อไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่งก็จะส่งผลกระทบถึงคนอื่น ๆ ในครอบครัวและความผิดปกติในผู้ป่วยยังเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผิดปกติในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมักจะต้องปรับเปลี่ยนท่าที ทัศนคติ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยและระหว่างสมาชิกกันเอง เพื่อให้ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้ป่วยและในที่สุดก็จะดีสำหรับทุกคนด้วย ถ้าผู้ป่วยดีขึ้น (สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2546) ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองจากครอบครัว เพื่อน หรือผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทั้งทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการประเมินเปรียบเทียบ(อภิญญา ปานชูเชิด, 2547) นอกจากนี้มีการศึกษา พบว่า การสนับสนุนครอบครัว ช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อลดการหลั่งสารแคทธิโคลามีน(Catecholamine) ทำให้ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้นเป็นตัวป้องกัน และลดความเครียด (Buffer) ที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สำหรับ ผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม มีการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมตลอดจนได้รับข้อมูลต่างๆที่สามารถเลือกปฏิบัติได้ ก่อให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้องช่วยเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพิ่มความภาคภูมิใจ เพิ่มการควบคุมตนเอง และความมั่นใจในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนรับรู้และเข้าใจความเครียดที่เกิดขึ้น(ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, 2546)

จากความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ศึกษานำแนวคิดการปรับโครงสร้างครอบครัวของ Minuchin (1974) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อปรับโครงสร้างและความสัมพันธ์ของครอบครัวให้เหมาะสมให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจตนเอง และปรับตัวเข้ากับปัญหาได้ดี สร้างความรู้สึกเชื่อมโยงและผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว แนวคิดทฤษฎีนี้เน้นการเปลี่ยนโครงสร้างใหม่ของครอบครัวให้แต่ละคนมีบทบาทที่เหมาะสม และเน้นที่ขอบเขต (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ให้ขอบเขตมีความชัดเจนมากขึ้น โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถาม และเทคนิคต่างๆในการให้คำปรึกษา โดยโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการทำงานภายในจิตใจของสมาชิกแต่ละคนในระบบครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสงบสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน หากสมาชิกในรอบครัวปฏิบัติต่อกันและทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

สมาชิกในครอบครัวก็จะมีสุขภาพจิตดี (อุมาพร ตรงคสมบัติ, 2542) ดังนั้นการให้คำปรึกษาครอบครัวที่เน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบย่อยในครอบครัวจึงสามารถแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า และสามารถส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทและสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

คำถามการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวลดลงหรือไม่

แนวเหตุผล และสมมติฐานการศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ภาวะสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว (เพ็ญศรี หลินศุวนนท์, 2543) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วยและการสูญเสียบทบาททางสังคม (Williams & Hagerty, 2005) การลดการติดต่อกับคนภายนอกและมีสัมพันธภาพทางสังคมน้อยลง (จุฑารัตน์ สถิรปัญญา, 2548) และการขาดการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว (วิรุจน์ คุณกิตติ, 2550) จากปัญหาต่างๆที่พบ ทำให้โครงสร้างของครอบครัวไม่สมดุล ซึ่งการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัวให้เกิดภาวะสมดุล จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เกิดจากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ได้

จากแนวคิดของ Minuchin เชื่อว่าครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) โครงสร้างของครอบครัวมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆเป็นประจำ และเป็นแบบแผนของครอบครัวนั้นจะประกอบด้วยกฎเกณฑ์ของระเบียบต่างๆ ที่ครอบครัวต้องยึดเป็นแนวปฏิบัติ ระบบย่อยของครอบครัวเกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดระบบย่อย เช่น ระบบสามีภรรยา ระบบพ่อแม่ และระบบพี่น้อง ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาขึ้น จะทำอย่างไรสมาชิกในครอบครัวจึงจะมีการปรับเปลี่ยนหรือกำหนดบทบาทตามโครงสร้างครอบครัว ให้เกิดภาวะสมดุล ดังนั้นการสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัว จึงหมายถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลช่วยเหลือซึ่งผู้ป่วยในด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546) การมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัว การสื่อสารที่เหมาะสม จะทำให้มีความอบอุ่นในครอบครัว มีการช่วยเหลือ ดูแล และยอมรับซึ่งกันและกัน การที่ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ อย่างต่อเนื่อง รู้สึกสดชื่นและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว และการรับรู้สภาพปัญหาในครอบครัวและร่วมมือกันหาทางแก้ไขจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความหมายและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (บุญพา ณ นคร, 2545) สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้

การให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของ

มินูชิน (Minuchin, 1974) และการทำบทบาทหน้าที่ของ McMaster 6 บทบาทในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคง รวมทั้งการควบคุมพฤติกรรม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) ซึ่งได้ประยุกต์มาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวของ นภัสศิริ คำสอน (2548) โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินสภาพโดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา การวางแผนเพื่อดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว การปฏิบัติการให้คำปรึกษาครอบครัวและการประเมินผล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) การดำเนินการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษาครอบครัวกับผู้ป่วย 1 ราย และสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 ราย ทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และให้สมาชิกให้เกิดความเข้าใจตนเอง การประเมินโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิดการทำบทบาทหน้าที่ (McMaster, 1982) ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การแสดงบทบาทหน้าที่ ความผูกพันทางอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 ปรับโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมาะสม สร้างขอบเขตระหว่างบุคคล และความสัมพันธ์ที่เหมาะสม ให้ครอบครัวเข้าใจชัดเจนขึ้น ถึงสภาพความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สามารถแสดงมุมมองของตนเอง เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และแนะนำปฏิสัมพันธ์ใหม่ให้ครอบครัวลองปฏิบัติ

ครั้งที่ 3 การปรับตัวกับปัญหาและความเครียดภายในครอบครัว เป็นขั้นที่ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม เข้าใจวงจรแห่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็น และระบายความรู้สึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เคารพนับถือซึ่งกันและกันและตระหนักถึงคุณค่าของกันอย่างแท้จริง

ครั้งที่4 การเสริมทักษะที่สำคัญ โดยฝึกทักษะการแก้ไขความขัดแย้ง การสื่อสาร และตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว อย่างเหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา

สมมุติฐานการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในชุมชนอำเภออัมพวา โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากร คือ

1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ามีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

1.2 สมาชิกในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่นการทำกิจวัตรประจำวัน การกำกับการรับประทานยา

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด กับผู้ป่วย เช่น บุตร สามี ภรรยา หรือมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่นการทำกิจวัตรประจำวัน การกำกับการรับประทานยา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม โดยแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เศร้า ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกล้มเหลว ไม่พึงพอใจ รู้สึกผิด ร้องไห้หงุดหงิด แยกตัว ลังเลในการตัดสินใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย อาการทางร่างกาย ได้แก่ ความไม่สนใจตนเอง ความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ประเมินได้คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการให้คำปรึกษาที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย เช่น สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากโปรแกรมการให้คำปรึกษา

ของ นภัสศิริ คำสอน (2548) ตามแนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวของกลุ่มโครงสร้างครอบครัว (Structural Family Therapy) ของมินูชิน (Minuchin, 1974) โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้สมาชิกเกิดความเข้าใจตนเองและรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในครอบครัว การประเมินโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิด McMaster 6 บทบาทคือ ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร และชี้ให้เห็นถึงปัญหาในเรื่องการสื่อสารในผู้สูงอายุ เช่น การได้ยินลดลง และการสื่อสารที่ผิดพลาด การแสดงบทบาทหน้าที่ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุ ความผูกพันทางอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ว่ามีบทบาทใดบกพร่องอันจะนำไปสู่ความเข้าใจ การยอมรับ และความรู้สึกเห็นใจ ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ (Joining) สนใจฟังและไต่ถามสมาชิกครอบครัวทุกคนแต่ละคนจนครบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สนทนา เปิดเผยเรื่องราวที่กังวลใจ หรือสิ่งที่เป็นปัญหาของครอบครัว ตั้งคำถามแบบวงกลม ซึ่งจะทำให้สมาชิกครอบครัว ทราบและวิเคราะห์ปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้มีมุมมองที่กว้างขึ้น กระตุ้นให้ครอบครัวได้คิด และหาทางแก้ปัญหาโดยการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

ครั้งที่ 2 ปรับโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวให้เหมาะสม โดยใช้เทคนิคในการตั้งคำถาม แบบวงกลม เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจชัดเจนขึ้นถึงสภาพความสัมพันธ์กายในครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับการแสดงบทบาทของสมาชิกที่มีต่อผู้สูงอายุ และให้สมาชิกตระหนักถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุ เช่น ความว้าเหว่ การกลัวการถูกทอดทิ้ง สามารถแสดงมุมมองของตนเองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยแสดงออกมาเป็นท่าทางหรือตำแหน่งการยืน และแนะนำปฏิสัมพันธ์ใหม่ให้ครอบครัวลองปฏิบัติ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ และสามารถกลับไปทำที่บ้านได้จริง ถ้ามีการปฏิบัติในชั่วโมง และส่งเสริมความสัมพันธ์ของครอบครัว โดยการให้การบ้านในการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยผู้ให้คำปรึกษา ส่งเสริมและให้กำลังใจ ว่าสมาชิกในครอบครัวสามารถทำได้

ครั้งที่ 3 ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับปัญหาและความเครียดได้ดี ช่วยให้ครอบครัวมองปัญหาในแง่มุมใหม่ และมองกว้างขึ้นกว่าเดิม เข้าใจวงจรแห่งภาวะซึมเศร้าและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็น และระบายความรู้สึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรู้จักมองสิ่งต่างๆในแง่ดี เคารพนับถือซึ่งกันและกัน และตระหนักถึงคุณค่าของกันอย่างแท้จริง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกมั่นคง และภาคภูมิใจ ทำให้สามารถปรับตัวได้

ครั้งที่4 การเสริมสร้างทักษะที่สำคัญ โดยฝึกทักษะการแก้ไขความขัดแย้ง การสื่อสาร และตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว อย่างเหมาะสม ปฏิสัมพันธ์บางอย่างเกิดขึ้นซ้ำๆในครอบครัว กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ผู้ให้คำปรึกษาจะส่งเสริมทักษะที่สำคัญ เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัว มีความเข้มแข็ง และสามารถเผชิญกับปัญหาในอนาคตได้ โดยการสะท้อนความรู้สึก

การให้ข้อมูลทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ การชี้ให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และครอบครัวสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้สูงอายุได้ ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้พินิจพิเคราะห์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุ มีความเข้าใจ พูดจาประคับประคองร่วมมือ และพูดคุยกันตรงไปตรงมา มีการรักษาระเบียบวินัยของครอบครัวที่เหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และยุติการให้คำปรึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้รูปแบบการบำบัดที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

2.ด้านการวิจัย เป็นการแสดงผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาครอบครัว ซึ่งใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของรูปแบบการบำบัดทางจิตสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.ด้านการศึกษา เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องแนวคิด และรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะการบำบัดทางจิตซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้