

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (depressed elderly)
2. ทศนคติ (attitude)
3. ความรู้ (knowledge)
4. คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self - instruction manual)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ, ลักษณะทางคลินิก, อาการ, สาเหตุ, การรักษา, ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นความผิดปกติในด้านอารมณ์และเป็นปัญหาทางจิตที่รุนแรง ปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ โดย Rawling และ Heacock (1988)⁽¹⁶⁾ ได้อธิบายความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นความแปรปรวนของอารมณ์ที่เป็นพยาธิสภาพ มีความผิดปกติของความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น มีความรู้สึกที่ตัวเองไม่มีค่า มองโลกในแง่ร้าย สูญเสียหมดหวัง รู้สึกผิด มีภาวะคล้ายกับความเสียใจ ที่เกิดจากสถานการณ์บางอย่างคลุมคาม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก แทนที่ผู้สูงอายุจะยอมรับ หรือทำใจได้ต่อการสูญเสีย ผู้สูงอายุกลับปฏิเสธหลีกเลี่ยงและเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ภาวะซึมเศร้าสามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ⁽¹⁷⁾ ได้ดังนี้

1. เป็นอารมณ์เศร้าปกติ (*affect or state*) ที่บุคคลรู้สึกและแสดงออกได้แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน เกิดกับคนปกติที่มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

2. เป็นอารมณ์เศร้าที่คงอยู่นาน (*mood or trait*) เกินปกติวิสัย เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหการปรับตัวผิดปกติ หรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ เป็นอาการซึมเศร้าที่วัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทั่ว ๆ ไป

3. เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (*primary affective disorder*) โดยมีอารมณ์เศร้าคงอยู่นาน และรุนแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อการทำงานชีวิตประจำวัน ซึ่งจะจำแนกออกเป็นประเภทต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค

ในปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์อเมริกันให้คำจำกัดความของโรคซึมเศร้า (Major Depression) ไว้ใน DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - Fourth Edition) ภายใต้หัวข้อ Major Depression Episode โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการที่สังเกตได้ ดังต่อไปนี้⁽¹⁸⁾

A : มีอาการอย่างน้อย 5 ข้อ ใน 9 ข้อ ตามรายการข้างล่างนี้ในระหว่าง 2 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย โดยต้องมีอาการหลักอาการใดอาการหนึ่งระหว่างอารมณ์เศร้าหมอง (depressed mood) หรืออาการขาดความสนใจ/ความพึงพอใจ (loss of interest or pleasure) อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วยเสมอ อาการทั้ง 9 อย่างได้แก่

1. อารมณ์เศร้าหมอง (depressed mood) เกือบตลอดเวลาหรือเกือบทุกวัน ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือเป็นสิ่งที่ผู้อื่นสังเกตได้
2. ขาดความสนใจหรือขาดความพึงพอใจ (Loss of interest or pleasure) ในกิจกรรมทุกชนิด อาการเป็นเกือบตลอดเวลา หรือเกือบทุกวัน ผู้ป่วยรู้สึกเอง หรือจากผู้อื่นสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยมีความเฉื่อยชา เชื่องซึมเกือบตลอดเวลา
3. น้ำหนักของร่างกายลดลงโดยที่ไม่ได้ลดน้ำหนัก หรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน (เช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิมภายในเวลา 1 เดือน) หรือมีความอยากอาหาร (appetite) เพิ่มขึ้นหรือลดลงเกือบทุกวัน
4. นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากกว่าปกติ (hypersomnia) เกือบทุกวัน
5. กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) หรือเชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) เกือบทุกวัน จนเป็นสิ่งที่สังเกตเห็นของผู้อื่น (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น)
6. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือพลังกายเกือบทุกวัน
7. รู้สึกไร้ค่า โทษตนเอง หรือรู้สึกผิดมาก (อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด) เกือบทุกวัน (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกดูถูก หรือสมเพชตนเอง หรือรู้สึกผิดที่เป็นภาวะแก่ผู้อื่นจากการป่วย)
8. ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ (indecisiveness) เกือบทุกวัน (อาจเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเองหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)
9. คิดถึงการตายซ้ำ ๆ (ไม่เพียงแต่การกลัวตายเท่านั้น) ย้ำคิดเรื่องอยากตาย โดยอาจจะวางแผน หรือไม่ได้วางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

B : อาการเหล่านี้ต้องไม่ตรงกับหลักเกณฑ์ของ Mixed Episode

C : อาการเหล่านี้ต้องเป็นสาเหตุที่ทำให้มีความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือหน้าที่การทำงาน

D : อาการเหล่านี้ต้องไม่เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือการใช้ยา หรือโรคทางกาย

E : อาการที่เกิดขึ้น ต้องไม่ได้เป็นผลมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) นอกจากนี้จะมีอาการต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 2 เดือน หรือมีความบกพร่องในหน้าที่การทำงานและสังคม หรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

ลักษณะทางคลินิกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ^(19 20 21 22 23)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะคล้ายกับโรคซึมเศร้าในวัยอื่น ๆ คือ มีอารมณ์เศร้า เฉยชา, ไม่เบิกบาน, นอนไม่หลับ, เบื่ออาหาร, มีปัญหาเรื่องน้ำหนัก, รู้สึกผิด, กระวนกระวายหรือเซื่องซึมเซื่องซึม, ไม่มีสมาธิ และความจำบกพร่อง ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีอาการแสดงออกทางอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย (somatic complaints) มีความกระวนกระวาย หรือเซื่องซึมเซื่องซึม มากกว่าวัยอื่น ๆ และอารมณ์เศร้ามักจะไม่แสดงออกอย่างชัดเจน แต่ถูกบดบังด้วยอาการทางกาย (masked depression) มากกว่า

นอกจากนี้โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักเกิดร่วมกับความวิตกกังวล โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของตนเอง (Hypochondriasis) ที่พบมากถึง 65% ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มาหาแพทย์ด้วยการพำนักถึงการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (somatic complaints) จากการประชุมประจำปีของสมาคมผู้สูงอายุวิทยาอเมริกา (The Gerontology Society of America Annual Conference) ที่เมืองบอสตัน (Boston) เมื่อปี 1991 พบว่า 80% ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามมีปัญหาทางการแพทย์ 4 อย่างขึ้นไป และ 4 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการเรื้อรังอย่างน้อย 1 อย่าง และหลายคนมีอาการมากกว่า 1 อย่าง ปัญหาทางการแพทย์ที่พบได้บ่อย คือ ข้ออักเสบ, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ และความบกพร่องทางการได้ยิน

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบ่นว่านอนหลับยาก ตื่นในช่วงกลางคืนหลาย ๆ ครั้ง หรือตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening) อย่างไรก็ตาม บางคนอาจมีอาการนอนมากเกินไป และมักจะบ่นว่ารู้สึกเหนื่อยในตอนเช้า เหมือนกับว่านอนไม่พอ อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจจะได้ยากกว่าวัยอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากตัวผู้ป่วยและคนใกล้ชิด คิดว่าอาการซึมเศร่านั้นเป็นขบวนการหนึ่งของวัยสูงอายุที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ตัวผู้สูงอายุเองมักจะประเมินอาการซึมเศร้าของตัวเองต่ำเกินไป คิดว่าเป็นเพียงปัญหาการนอนไม่หลับ หรือความอ่อนเพลียเมื่อสูงอายุ และเมื่อมาพบแพทย์ก็มักพำนักถึงการนอนไม่หลับ และอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (somatic complaints) มากกว่าอารมณ์เศร้ามจริง ๆ⁽⁴⁾

Beck (1967)⁽²³⁾ ได้จัดหมวดหมู่ของอาการโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

อาการแสดงออกทางด้านร่างกาย (Physical Symptoms)

ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงเฉพาะที่ (severe localized pain) ซึ่งสัมพันธ์กับการปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นการแสดงออกของร่างกายโดยมีผลมาจากจิตใจ ในเรื่องการลงโทษตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกผิดบาป (guilt) ในอดีตที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ซึมลง ไม่พูด หรือในบางรายมีอาการลูกลี้ลูกลอน

อาการแสดงออกทางด้านอารมณ์ (Emotional Symptoms)

มีอารมณ์เศร้า หรือไม่มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยมาก มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด กังวล และอยากจะร้องไห้ รู้สึกหมดหวัง ไม่มีความหมาย รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า และว่างเปล่า ความรู้สึกนี้เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

อาการแสดงออกทางด้านสติปัญญา (Cognitive Symptoms)

ขบวนการคิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อาจถูกกระทบด้วยความคิดในแง่ลบ หรือการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ความคิดเกี่ยวกับตัวเองและสิ่งแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนไป มีภาวะสับสน คิดหมกมุ่นแต่ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่มีสมาธิ ความจำบกพร่อง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และมีความคิดฆ่าตัวตาย

อาการแสดงออกทางด้านแรงจูงใจ (Volitional Symptoms)

แรงจูงใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีลักษณะของการถดถอย ผู้สูงอายุมักชอบแยกตัวเองลดกิจกรรมที่ตัวเองเคยสนใจ ไม่อยากรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมใด ๆ จะพบว่าผู้สูงอายุมีลักษณะเฉยเมย นั่งซึม และคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเอง

สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ^(3 23 24)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยผสมผสานกัน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย (physical factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางด้านสังคม (social factors) รวมเรียกปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มใหญ่ ๆ นี้ว่า Biopsychosocial factors โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากขึ้นแตกต่างกันไปในผู้สูงอายุแต่ละคน

ปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physical factors)

1. พันธุกรรม (genetic predisposition)

ปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุน้อยกว่าวัยอื่น ๆ⁽¹⁵⁾ จากการศึกษาของ Hopkinson (1964)⁽²⁵⁾ พบว่าในผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดอาการซึมเศร้าจากพันธุกรรม ร้อยละ 8.3 ในขณะที่ผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดอาการซึมเศร้าจากพันธุกรรม ร้อยละ 20.1

2. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท (aging changes in neurotransmission)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นจากการลดลงของ norepinephrine, dopamine และ serotonin และมีการเพิ่มของ acetylcholine^(3, 15)

3. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine changes)

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่า ฮอร์โมนเกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ เช่นเดียวกับ ผู้สูงอายุที่มีความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร cortisol จากระบบ Hypothalamic - Pituitary - Adrenal (HPA) Axis ทำให้วัดได้ระดับของ cortisol ในปัสสาวะที่รวบรวมในเวลา 24 ชั่วโมงสูงกว่าปกติ ซึ่งมีรายงานจำนวนมากที่กล่าวว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการเพิ่มการหลั่งสาร Cortisol ในวัฏจักร 24 ชั่วโมง

นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบ Hypothalamic - Pituitary - Thyroid Axis (HPT) และระบบ Hypothalamic - Pituitary Growth Hormone Axis ก็มีส่วนทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ในผู้สูงอายุ⁽²⁶⁾

4. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมอง (structural brain changes)

การได้รับอันตรายที่ทำให้เนื้อสมองถูกทำลาย จะมีผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้มีการศึกษาที่พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดแตกในสมอง (stroke) เท่ากับร้อยละ 30-50 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่บริเวณซีกซ้ายของสมอง⁽²⁷⁾ และจากการศึกษาของ Kinshnan (1991)⁽²⁸⁾ โดยการทำ magnetic resonance imaging (MRI) พบว่ามี patchy lesions ในบริเวณ frontal deep white matter และ basal ganglia ในผู้สูงอายุซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุปกติ หรือวัยอื่น ๆ

5. การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย (physical illness)^(3, 15, 19)

การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย, การติดเชื้อต่าง ๆ, (เช่น GPI, influenza, viral pneumonia) โรคของต่อมไร้ท่อ (เช่น hypothyroidism, hyperthyroidism) โรคทางระบบประสาท (เช่น Parkinson's Disease, stroke⁽²⁹⁾, head injury) ภาวะการขาดสารอาหาร⁽³⁰⁾ (เช่น โรค Pellagra และการขาดวิตามินบี 12) สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

6. การใช้ยา (exposure to drug) ⁽¹⁵⁻³⁰⁾

ยาบางชนิดทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น steroids, antihypertensive (eg. Reserpine) diuretics, hypnotics or anxiolytics, alcohol⁽¹⁹⁾, anti-parkinson drugs

ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

1. ความขัดแย้งภายในใจที่ไม่สามารถแก้ได้ (Unresolved conflict)

นักจิตวิทยา อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด Freud กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นผลมาจากการสูญเสีย หรือจากพรากสิ่งอันเป็นที่รักไป ไม่ว่าจะป็นวัตถุหรือตัวบุคคลก็ตาม ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียนี้จะเกิดได้ในช่วงของพัฒนาการ และในทุกช่วงอายุ นอกจากนี้ Freud ได้อธิบายผลซึ่งเกิดขึ้นจากการมีโรคซึมเศร้าว่า จะทำให้บุคคลนั้น กลายเป็นคนไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่อยากร่วมกิจกรรมใด ๆ ในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และมีความรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปไม่มีความหมาย และนำไปสู่การลงโทษตนเองอย่างผิด ๆ ในขณะที่ Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัว เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ส่วน Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (lover object) โดยเชื่อว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดความรัก หรือจากการสูญเสียหรือจากพราก ความต้องการพึ่งพิงไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจ⁽³¹⁾

จากการศึกษาของ Andersson (1993)⁽³²⁾ พบว่า ประสบการณ์ในช่วงชีวิตวัยเยาว์ของผู้สูงอายุกับพ่อแม่ ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมาก ในรูปของการขาดความรัก ความผูกพันกับบุคคลใกล้ชิดในปัจจุบัน ซึ่งมีผลทำให้เกิดความซึมเศร้าได้

2. ลักษณะบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (personality disorder) โดยเฉพาะกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติชนิดหลีกเลี่ยง (avoidant) และชนิดพึ่งพาผู้อื่น (dependent) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁽²⁴⁾

ปัจจัยทางด้านสังคม (Social factors)

ได้แก่ การเสียชีวิตของคู่สมรส หรือบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคม เช่น ตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม การเกษียณอายุ ปัญหาทางด้านการเงิน ลูกหลานแยกย้ายไปมีครอบครัว การสูญเสียเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาไม่มีอิสระ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง และนำไปสู่อาการซึมเศร้าในที่สุด

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถรักษาได้ เหมือนกับผู้ป่วยในวัยอื่น ๆ จากการศึกษาของ Reynold และคณะ (1995)⁽³³⁾ ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 115 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่หายแล้วกลับมาเป็นอีก (recurrent) พบว่า 83 คน หายจากอาการของโรค หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด และจากการศึกษาของ Frank และคณะ (1990)⁽³⁴⁾ เปรียบเทียบการรักษาระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยกลางคน จำนวน 225 ราย และผู้สูงอายุ จำนวน 150 ราย โดยประเมินผลจากแบบวัด Hamilton Depression Scale หลังจากการรักษา 16 สัปดาห์ พบว่า คะแนนของผู้ป่วยวัยกลางคน และผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันแสดงว่า ผลของการรักษาโรคซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยการติดตามในช่วง 1-6 ปี พบว่า มีอาการเรื้อรัง (chronicity) 7-30 % อาการเรื้อรังเหล่านี้อาจแสดงออกพร้อมกับการเจ็บป่วยทางการแพทย์ (medical illness) การขาดการคำจุนทางสังคม หรือบางครั้งแสดงออกทางด้านความผิดปกติของสมอง และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่หายแล้วจะกลับมาเป็นมากขึ้น (relapse) ภายใน 1 ปี ซึ่งเกิดในผู้สูงอายุที่มีประวัติว่าป่วยด้วยโรคซึมเศร้าครบตามเกณฑ์มากกว่า 3 ครั้ง⁽³⁾

เป้าหมายของการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ ลดอาการของโรคซึมเศร้า ลดความเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นมากขึ้น (relapse) หรือกลับมาเป็นอีก (recurrent) เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษา⁽³⁵⁾

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา (medications) , การทำจิตบำบัด (psychotherapy) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy หรือ ECT)⁽³⁶⁾

การรักษาด้วยยา (Medications)^(15, 33, 36)

ยาที่นิยมใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลายกลุ่มดังนี้

1. Tricyclic antidepressants (TCAs)

เป็นยาที่มีประสิทธิภาพและนิยมใช้กันทั่วไป แต่มีผลข้างเคียงที่อาจจะเป็นอันตรายแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ orthostatic hypotension ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุทรงตัวไม่ได้ เกิดการหกล้ม และมีผลต่อหัวใจ (strokes and heart attacks) มีอาการปากแห้ง ตาพร่ามัว อาการท้องผูก แต่สามารถเลือกให้ยาในกลุ่ม secondary amines แทนได้ เช่น desipramine หรือ nortryptiline ซึ่งจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า

2. Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)

จากการศึกษาพบว่า MAOIs มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าพอ ๆ กับ tricyclic antidepressants⁽³⁷⁾ ส่วนผลข้างเคียงของยา (side - effects) ได้แก่ ปากคอแห้ง เวียนศีรษะ ความดันต่ำ ท้องผูก และที่สำคัญได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) ช่วงเวลาของการรักษาด้วย MAOIs ควรนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ก่อนจะเปลี่ยนไปใช้ยาด้านเศร้าในกลุ่มอื่น ๆ

3. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine, Paroxetine และ Setraline ซึ่งปัจจุบันใช้ยากลุ่มนี้ มากกว่ากลุ่ม TCAs และ MAOIs เพราะมีผลข้างเคียงของยา (side effects) น้อยกว่า 2 กลุ่มข้างต้น

จากการศึกษาของ Feighner และคณะ (1988)⁽³⁸⁾ พบว่า SSRIs มีประสิทธิภาพดี ในการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงน้อยต่อสภาวะของผู้ป่วยโรค หัวใจหรือผู้สูงอายุที่ไวต่อผลข้างเคียงของยา tricyclic antidepressant

4. ยาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น trazadone, bupropion และ alprazolam

การเลือกใช้ยากับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยา (side effects) ที่อาจเป็นอันตรายกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ร่วมด้วย เพราะยาด้านเศร้าบางตัว เช่นในกลุ่ม tricyclic antidepressants อาจมีผลกับยาบาง ตัวที่ใช้ในการรักษาโรคทางกาย เช่น โรค congestive heart failure โรคลมชัก ต้อหิน ปัญหา การกลั้นปัสสาวะ และยารักษาความดันโลหิตสูง⁽³⁹⁾

และเนื่องจากระบบการผลาญอาหารและระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปใน ลักษณะเสื่อมลง ทำให้ได้รับผลข้างเคียงของยามากขึ้น เนื่องจากการขจัดยาออกจากร่างกายทำ ได้น้อยลง ดังนั้นจึงควรเริ่มต้นให้ยาในขนาดต่ำกว่าก่อน และการตอบสนองต่อยาด้านเศร้าในผู้สูง อายุจะช้ากว่าวัยอื่น ๆ ดังนั้นจึงต้องให้ขนาดยาอย่างเพียงพอต่อเนื่องกันไป 4-6 สัปดาห์ และ ถ้าผู้สูงอายุไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์อาจใช้ยาด้านเศร้าอื่น ๆ หรือให้การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

หลักในการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยยาด้านเศร้า คือ ไม่ให้ผู้ป่วยกลับมา เป็นอีก (recurrence) หลังจากที่ผู้ป่วยหายแล้ว เพราะพบว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเสี่ยง ต่อการกลับมาอีก (recurrence) และเป็นมากขึ้น (relapse) ค่อนข้างสูง และยังผู้สูงอายุมี อาการซึมเศร้าใน first episode มากเท่าไร ก็ยิ่งทำให้เกิด relapse ได้มากขึ้นเท่านั้น ดังนั้น การรักษาในช่วง acute จึงควรให้ยาติดต่อกันนาน 8-12 สัปดาห์ และให้ต่อไปอีก 4-5 เดือน หลังจากดีขึ้นจากช่วง acute episode^(33 35)

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy - ECT)

ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถทนต่อการใช้ยาต้านเศร้าได้ ผู้สูงอายุที่จะฆ่าตัวตาย มีอาการซึมมาก ปฏิเสธการรับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำ แต่มีข้อห้ามสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจ จึงต้องมีการประเมินโรคนี้ก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมชนิด Alzheimer (Senile dementia Alzheimer) เพราะอาจเป็นการเพิ่มภาวะสับสนได้

การรักษาด้วยไฟฟ้าอาจทำให้ภาวะความจำบกพร่องชั่วคราว พบว่า 13% ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจะทนทุกข์ทรมานกับภาวะสับสนและการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บกพร่องไป (disorientation) อย่างไรก็ตามภาวะสับสนเหล่านี้จะมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ชม. หลังการรักษา

ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression) อาจใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าได้ หรือใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติว่ากลับมาเป็นมากขึ้น (relapse) อย่างทันทีทันใด หลังจากได้ทำ ECT การให้ยาต้านเศร้าอาจเริ่มให้หลังจากที่ทำ ECT แล้วประมาณ 2 สัปดาห์

การทำจิตบำบัด (Psychotherapy)⁽³⁶⁻⁴⁰⁾

การทำจิตบำบัดในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาทางด้านจิตสังคม (psychosocial Treatment) มีเป้าหมายใหญ่เพื่อให้การสนับสนุน ให้กำลังใจผู้สูงอายุ (providing support) ลดความวิตกกังวลต่าง ๆ (anxiety) และช่วยให้ผู้สูงอายุมีสังคมสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น (socialization)

จากการศึกษาของ Gallagher และคณะ ในการทำจิตบำบัดแบบสั้น (brieve course of psychotherapy) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 19 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 67 ปี เป็นเวลามากกว่า 4 เดือน พบว่า การทำจิตบำบัดชนิด cognitive, behavioral และ psychodynamic psychotherapy มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้สูงอายุมีอาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นกว่าการไม่ใช้จิตบำบัดชนิดหนึ่งชนิดใดเลย โดยอาการเหล่านี้ดีขึ้นนานกว่า 2 ปี ในช่วงของการติดตามผล

ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเรื้อรัง และอัตราการกลับมาเป็นมากขึ้น (relapse) มีสูงในผู้ป่วยที่ดีขึ้น⁽⁴¹⁾ ครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นผู้ดูแลหลัก มักจะประสบปัญหาหลายด้านในขณะที่ทำการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน ๆ ปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจ ความไม่สะดวก ในการดำเนินชีวิตเหมือนเช่นเคย รู้สึกเป็นภาระต้องรับผิดชอบ ไม่พอใจ เกิดความวิตกกังวลความซึมเศร้า ต้องเผชิญกับ

ความขัดแย้งที่เกิดจากการต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย และในเวลาเดียวกันต้องประกอบงานอาชีพให้มีประสิทธิภาพเช่นเดิม ภาวะเหล่านี้นำไปสู่ความตึงเครียดได้ในที่สุด^(42 43)

Lubkin (1986)⁽⁴⁴⁾ ได้จำแนกลักษณะของผู้ดูแลไว้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. *ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider)* เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคลตามความจำเป็น และความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มักจะยึดติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตามเวลา และอื่น ๆ เป็นต้น มักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษา ดูแลร่างกายให้สุขสบายแต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

2. *ผู้จัดการดูแล (Care manager)* ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานที่มีอยู่แสวงหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมและจัดการติดต่อให้กับผู้ป่วยได้รับการต่าง ๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้พาผู้ป่วยไปรับจ่ายซื้อของหรือผลิตผลิตภัณฑ์ชกชนเพื่อนสนิทสนมผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเพื่อนเดินทางไปพักผ่อน เป็นต้น

ภาวะในการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค และความพิการ (disability) ของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยเฉพาะช่วงเฉียบพลัน (acute depressive episodes) มักมีผลกระทบกับครอบครัวอย่างมากโดยเฉพาะ Negative symptoms เช่น ความรู้สึกไม่เบิกบาน สิ้นหวัง ฯลฯ ซึ่งถือว่าเป็นตัวที่รบกวนในการอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ทำให้บรรยากาศในครอบครัวเสียไป และถือว่าเป็นภาวะมากกว่าอาการของโรคซึมเศร้าอื่น ๆ⁽⁴⁵⁾ และถึงแม้ว่าอาการเหล่านี้จะลดลงหลังจากที่ได้รับการรักษา ครอบครัวก็ยังคงมีความรู้สึกยากที่จะดีขึ้น⁽⁴⁶⁾

ปัญหาโดยทั่วไปที่ผู้ดูแลมักประสบ ได้แก่

1. ปัญหาด้านการประกอบอาชีพ

Soldo และ Myllyluoma (1983)⁽⁴⁷⁾ ศึกษาสถานภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ดูแลที่บ้านจะประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง และอายุต่ำกว่า 65 ปี โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้ชายจะทำงาน สำหรับผู้ดูแลที่อายุเกิน 65 ปี มักจะไม่ประกอบอาชีพ เนื่องจากเกษียณอายุ สำหรับผู้หญิงมักจะทำหน้าที่แม่บ้าน การศึกษานี้ได้อ้างถึงข้อมูลสำคัญประการหนึ่ง คือ ถ้าผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงและประกอบอาชีพหนึ่งมักจะ

มีผลต่อการดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากครอบครัวนั้นไม่ได้มีสมาชิกผู้หญิงที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เลย

2. ปัญหาด้านความไม่สะดวก

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และมีอาการเรื้อรัง ทำให้มีความต้องการดูแลเพิ่ม ผลกระทบที่ตามมาก็คือ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อ การดูแลจะเป็นด้านลบมากขึ้น เพราะทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลห่มเทเวลาในการดูแลมากขึ้น จนกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความไม่สะดวก และมีความลำบากในการแสดงบทบาทในฐานะผู้ดูแลในสภาวะนี้จะทำให้เกิดความขัดแย้ง และความรู้สึกผิด (guilt) ก่อให้เกิดความเครียดสูง และเป็นเหตุให้ตัดสินใจนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล เพราะการดูแลที่บ้านเกิดความยากลำบากเกินกว่าที่สมาชิกในครอบครัวจะรับได้ ดังนั้นพอที่จะสรุปได้ว่า ความลำบากหรือความไม่สะดวก (Inconvenience) เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการตัดสินใจของครอบครัวในการให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุมีอาการของโรคหรือต้องพึ่งผู้อื่นมากขึ้น ความยากลำบากหรือความไม่สะดวกในการดูแลจะเพิ่มมากขึ้นด้วย

3. ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาท

ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุซึ่งเป็นหนึ่งในสมาชิกของครอบครัว มักทำให้สมาชิกครอบครัว ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองไป ซึ่งบางครั้งบทบาทที่เปลี่ยนแปลงนั้น เป็นบทบาทที่สมาชิกปรับตัวและยอมรับบทบาทได้ยาก สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เคยมีมาจะต้องถูกเปลี่ยนแปลงไป หน้าที่และความรับผิดชอบใหม่ เพิ่มขึ้นเป็นเรื่องที่ไม่คุ้นเคยและไม่มีความรู้ความชำนาญในการแสดงบทบาทเลย ทำให้ผู้ดูแลอาจต้องเลิกบทบาทเดิมที่เคยทำอยู่อย่างสิ้นเชิง เพื่อเอาเวลามาให้การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า⁽⁴⁸⁾

3.1 ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะแตกต่างไปจากผู้ดูแลที่เป็นบิดา/มารดา คู่สมรสที่ดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรังมักจะมีชีวิตที่พึงพอใจในชีวิตต่ำ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของ Frenger และ Goodrich (1979)⁽⁴⁹⁾ พบว่าคู่สมรสทั้งที่เป็นผู้ดูแลและผู้รับการดูแลจะประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเองต่ำทั้งคู่ ภรรยาในฐานะผู้ดูแลจะมองว่าภาระในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง สำหรับสามีที่เจ็บป่วยจะมองว่าฐานะทางเศรษฐกิจที่เลวลง และปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง

3.2 ผู้ดูแลที่เป็นบุตร

บุตรที่ต้องรับภาระในการดูแลอาจต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทค่อนข้างมาก เนื่องจากการดูแลบิดา-มารดา ก่อให้เกิดปัญหาจิตใจของบุตรได้มาก ประการสำคัญ คือ การเผชิญกับความรุนแรงของโรคที่ตนเองไม่คุ้นเคยหรือมีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างบุตรกับบิดามารดา ต้องเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความต้องการของผู้สูงอายุต่อการดูแลทำให้บทบาทของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก และก่อให้เกิดความเครียดได้

นอกจากนี้บุตรที่เป็นผู้ดูแลต้องประสบกับปัญหาระหว่างพี่น้องในการที่จะขอ ร้องให้บุตรคนอื่น ๆ มาทำหน้าที่นี้แทนในบางโอกาส บุตรที่เป็นผู้ดูแลอาจเกิดความไม่พอใจพี่น้องที่ไม่สนับสนุนและช่วยเหลือทดแทนในบางโอกาส ในขณะที่พี่น้องคนอื่น ๆ ที่ไม่ได้เผชิญกับปัญหาการดูแลผู้เจ็บป่วยก็จะรู้สึกว่ามีพี่น้องของตนเองที่ผู้ดูแลผู้ปวยนั้นสร้างปัญหาให้เป็นเรื่องใหญ่โตเกินไป⁽⁴⁸⁾

4. ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากปัญหาบทบาท

4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

อาจกล่าวได้ว่าการที่สมาชิกของครอบครัวคนใดคนหนึ่ง เกิดเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีผลทำให้สมาชิกของครอบครัวคนอื่น ๆ เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ และเมื่อผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยขึ้นมาก็จะทำให้มีผลกระทบถึงผู้ที่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอีก ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ดูแลได้แก่ ความอ่อนเพลีย (tire) และเหนื่อยล้า (fatigue) ซึ่งเกิดจากความเครียด ความซึมเศร้า และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ⁽⁴⁸⁾

4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

มีรายงานว่าภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางจิต มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลมากถึงร้อยละ 66 ผลกระทบต่อร่างกาย มีร้อยละ 47 และผลกระทบด้านเศรษฐกิจประมาณร้อยละ 31⁽⁴⁷⁾ ผลกระทบที่สำคัญประการหนึ่ง คือ เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล

จากการศึกษาของ Drinka และคณะ (1987)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาถึงภาระของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล กล่าวคือ การดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีผลทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าตามไปด้วย ซึ่งเหตุผลหนึ่งอาจมาจากความเครียดที่ต้องจัดการกับผู้ป่วย การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่น่าเบื่อหน่าย ต้องการความอดทน ต้องใช้เทคนิค และต้องใช้เวลามากที่จะต้องรับผิดชอบผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยตัวเองได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นเครื่องหมายว่ากำลังจะมีภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁰⁾

ส่วนผลกระทบอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นทางพฤติกรรม ได้แก่

ความรู้สึกรู้สึกแยกตัว (Isolation)

เมื่อต้องเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กำลังเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลมักให้ข้อมูลว่ารู้สึกถูกแยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยว ขาดคนพูดคุยปรึกษาหารือ ต้องเผชิญกับปัญหาการสูญเสียสัมพันธภาพ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มักถูกปิดบังไว้ไม่แสดงออก

ความวิตกกังวล (Anxiety)

วิตกกังวลเกี่ยวกับตัวเองไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ, เศรษฐกิจ หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในเรื่องระดับการดูแลที่ต้องการ ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ความซับซ้อนของแผนการรักษา ระดับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแล

อย่างไรก็ตามสาเหตุของความวิตกกังวลจะแตกต่างกันในระหว่างคู่สมรสและบุตรที่รับบทบาทของผู้ดูแล โดยที่ทั้ง 2 กลุ่มระบุว่า อาการและความรุนแรงของโรคของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับสูงสุด สำหรับคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลรองลงมาคือ ภาวะเศรษฐกิจ ขวัญกำลังใจของผู้ป่วยและการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ในขณะที่สาเหตุของความวิตกกังวลของบุตรในฐานะผู้ดูแลอันดับรองลงมาคือ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น และภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยลำดับสุดท้าย⁽⁴³⁾

ความรู้สึกรู้สึกผิด (Guilt)

ความรู้สึกรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลจะเกิดจากความโกรธและความคับข้องใจ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น บุตรที่ต้องดูแลบิดา/มารดาที่เป็นโรคซึมเศร้า ไม่อาจแสดงความรู้สึกไม่พอใจหรือไม่ยอมรับบทบาทนี้ได้ บางครั้งบุตรนึกอยากให้สถานการณ์ยุ่งยากนี้สิ้นสุดโดยเร็ว ถึงแม้ว่าจะหมายถึง การเสียชีวิตของผู้สูงอายุก็ตาม ความคิด ความรู้สึกที่แสดงออกไม่ได้ เพราะสังคมไม่ยอมรับ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดเกิดขึ้นในใจได้ หรือกรณีที่ผู้ดูแลรู้สึกโกรธ หรืออิจฉา ในพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วย อาจทำให้พลังเหลือทำอะไรไปโดยไม่ตั้งใจ ไม่ว่าจะเป็พฤติกรรมหรือคำพูดทำให้ผู้ดูแลอาจรู้สึกเสียใจภายหลัง และรู้สึกผิดในสิ่งที่ตัวเองทำไปยิ่งเพิ่มความรู้สึกโกรธ และเกลียดชัง ตัวเองเพิ่มมากขึ้น^(48, 50)

จากการศึกษาของ Benjamin และคณะ (1988)⁽¹²⁾ เกี่ยวกับภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม จำนวน 11 คน และผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 27 คน โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และติดตามผลหลังจากรักษาพบว่า หลังจากที่ติดตามผล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายอมรับว่ามีความรู้สึกผิด (guilty) และโกรธ ในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย กลัวเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ และพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนภาวะเฉื่อย

แล้วไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะช่วงก่อนเข้ารับการรักษา หรือ ช่วงติดตามผล และทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนการลดลงไม่แตกต่างกัน

การอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความเข้าใจและพฤติกรรมตั้งแต่การเกิดอาการของโรค ในครั้งแรกจนกระทั่งหายจากอาการของโรค โดยมีขบวนการเปลี่ยนแปลง 3 ขั้นตอน ดังนี้⁽⁴⁶⁻⁵⁰⁾

1. การที่ผู้สูงอายุกลายเป็นคนแปลกหน้า

ผู้ดูแลจะสังเกตเห็นความแตกต่างของผู้สูงอายุ ว่าเริ่มมีความแตกต่างไปจากคนอื่น ๆ ในครอบครัว เริ่มมีปัญหาในการแสดงบทบาทของตัวเอง อยากจะหาคนที่เข้าใจและยอมรับ เริ่มแยกตัวเองออกจากผู้สูงอายุหรือบางครั้งแสดงความอดทนอย่างมากในการที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจะเริ่มรู้สึกโดดเดี่ยว และเป็นเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงช่วงวิกฤต ผู้ดูแลจะเริ่มค้นหาเหตุผลและการแก้ปัญหาโดยการหาข้อมูล ขอความช่วยเหลือจากแพทย์ แต่ก็พบว่าข้อมูลพื้นฐานที่ได้มีน้อยเกินไป ในขณะที่หาข้อมูล ผู้ดูแลจะมีความหวัง โดยหวังว่าผู้สูงอายุจะกลับมาเป็นเหมือนเดิม ผู้สูงอายุหลายคนเข้ารับการรักษาในช่วงนี้

2. ช่วงแห่งการต่อสู้

เป็นช่วงที่พยายามจะแก้ปัญหาในข้อ 1 โดยมีทางเลือกอยู่ 2 อย่าง คือ การปกป้อง (protective strategies) หรือการบังคับขู่เข็ญ (coercive strategies)

การปกป้อง (protective) คือ การยืนยันถึงความสัมพันธ์และความรู้สึกที่มีต่อผู้สูงอายุว่ายังเหมือนเดิม โดยผู้ดูแลพยายามที่จะให้คำแนะนำและทางเลือกแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้น แต่เมื่อผู้สูงอายุตอบสนองในทางลบ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ และสับสน มีผลทำให้ลดการปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุลง

ผู้ดูแลอาจลดความขัดแย้งนี้โดยการไม่แสดงอารมณ์หรือวิพากษ์วิจารณ์ เมื่อผู้สูงอายุมีอาการของโรค และเริ่มสร้างปัญหา ผู้ดูแลก็จะแก้ปัญหาโดยการเลี่ยงไม่ปฏิสัมพันธ์ และออกจากบ้านเป็นการลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในใจ ในช่วงนี้ผู้ดูแลอาจจะหาคนที่พูดคุยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ต้องการแรงสนับสนุนจากสังคม (social support) อย่างมาก

การบังคับขู่เข็ญ (coercive) มักจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้ดูแลมีความสับสนกังวล ที่ผู้สูงอายุมีอาการไม่ดีขึ้น ผู้สูงอายุไม่ยอมรักษา หรือในกรณีที่การปกป้อง (protection) ไม่ได้ผลการบังคับขู่เข็ญ ประกอบไปด้วย

- การหลีกเลี่ยงปฏิสัมพันธ์ (avoiding interaction) ผู้ดูแลบางคนแสดงอาการเช่นไม่พูดด้วย ไม่มีปฏิสัมพันธ์ เพราะเชื่อว่า ผู้สูงอายุจะเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และจะปรับพฤติกรรมของตัวเองได้ในเวลาต่อมา

- ต้องการให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง (Demanding change) โดยการใช้คำพูดหรือท่าทีทางที่ค่อนข้างก้าวร้าว บางที่ใช้วิธีแกล้งทำบางอย่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ภรรยานำสิ่งของของสามีไปไว้ที่ห้องนั่งเล่น เพื่อหยุดพฤติกรรมการแยกตัวเอง ผู้ดูแลบางคนแสดงอารมณ์หรือใช้คำพูดที่ไม่สุภาพ เสมือนว่าผู้สูงอายุเป็นสิ่งไม่มีชีวิต และรู้สึกผิดภายหลัง หลายคนออกจากบ้านเพื่อหลีกเลี่ยงกับปัญหานี้

- การข่มขู่ด้านความสัมพันธ์ ซึ่งมักเกิดกับผู้สูงอายุที่มีอาการไม่ดีขึ้น หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ตัวอย่างของการข่มขู่ เช่น ขู่ว่าจะไม่รักษาจะไม่ให้อยู่ด้วย เป็นต้น

ช่วงสุดท้ายของขั้นที่ 2 ผู้ดูแลเริ่มยอมรับความจริง และข้อจำกัดของตัวเองในการดูแลผู้สูงอายุ และเริ่มเบนความสนใจไปสู่จุดอื่น ๆ ที่มีใช้ผู้ป่วย

3. มุมมองใหม่

ผู้ดูแลเริ่มเบนความสนใจจากผู้ป่วยไปสู่ตนเอง และคนอื่น ๆ ในครอบครัว เริ่มหาทางแนวทางใหม่ ๆ ในการจัดการกับตัวเองให้ได้รับความรู้สึกที่ดีของตนเองกลับคืนมา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสื่อสาร, การแก้ปัญหา, การร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ ฯลฯ ผู้ดูแลยังมีความหวังว่าสิ่งต่าง ๆ ภายในครอบครัวจะดีขึ้น แต่ก็เข้าใจว่าจะให้กลับมาเป็นเหมือนเดิมก่อนที่ผู้สูงอายุจะมีอาการของโรคซึมเศร้า ไม่ได้ ความรู้สึกมีความหวังจะผสมผสานกับความระมัดระวังโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการกลับมาเป็นมากขึ้น (relapse) อีกในขั้นนี้ผู้ดูแลยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า และทางเลือกในการรักษา โดยเฉพาะการรักษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา

ตลอดขบวนการการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ขั้นตอน ผู้ดูแลจะรู้สึกอึดอัด เพราะขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจจากผู้คนรอบข้างและแพทย์เขาต้องการชี้แนะและแนวทางในการรักษา เพื่อที่จะได้แสดงบทบาทที่ถูกต้องในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

การปฏิบัติการช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

การให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะต้องให้การระมัดระวังเป็นอย่างมาก Menninger⁽⁵¹⁾ กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้ามาก ๆ มีความต้องการอยู่ 3 ประการ คือ

1. ความต้องการที่จะทำลายผู้อื่น
2. ความต้องการที่จะให้ตนเองถูกทำลาย
3. ความต้องการที่จะตาย

ดังนั้น ผู้ที่ให้การช่วยเหลือ จะต้องพิจารณาสิ่งเหล่านี้ร่วมด้วย และควรให้การช่วยเหลือตามความจำเป็นแต่ละบุคคล และตามความหนักเบาของภาวะความเครียดที่เกิดขึ้น

การช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถทำได้หลายด้านดังนี้ ^(30 39 52 53 54 55)

1. ด้านร่างกาย

1.1 จัดให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

1.2 เมื่อผู้สูงอายุรับประทานยา แล้วมีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ดูแลต้องรีบปรึกษาแพทย์พร้อมทั้งนำยาที่รับประทานมาด้วย และบอกกับแพทย์ถึงยาที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำนอกเหนือจากยารักษาโรคซึมเศร้าที่แพทย์ให้

1.3 เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหานอนไม่หลับ พยายามหาทางให้ผู้สูงอายุไม่นอนกลางวันมาก กลางคืนให้นอนในช่วงเวลาเดียวกัน หลีกเลี่ยงการใช้คาเฟอีน ไม่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุงีบ และควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีผู้อื่นมาเยี่ยมก่อนเข้านอน

1.4 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเล็กน้อย ๆ รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย และอาหารเสริม

1.5 ไม่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำในสิ่งที่เกินความสามารถ หรือสิ่งที่จะทำให้ self-esteem ของผู้สูงอายุลดลง

1.6 ให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.7 ระวังและสังเกตอาการขาดน้ำ (dehydration) ท้องผูก (constipation) และอาการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย

2. ด้านอารมณ์

2.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงดังรบกวน

2.2 หลีกเลี่ยงความสนุกสนานร่าเริง และมีอารมณ์ขันมากเกินไป

2.3 แสดงความสนใจ แต่ไม่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจมากเกินไป

(sympathy)

2.4 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึกออกมาโดยใช้คำพูด ให้ผู้สูงอายุได้ระบายเกี่ยวกับความเศร้า เช่น การสูญเสีย เสียใจ รู้สึกผิด กลัว ฯลฯ

2.5 เมื่อสังเกตว่าผู้สูงอายุมีอาการเศร้ามาก ผู้ดูแลควรเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด และให้ระวังเรื่องการฆ่าตัวตาย

2.6 การสัมผัส, การนั่งข้าง ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกปลอดภัย ผู้สูงอายุบางคนไม่ชอบการสัมผัส เราอาจใช้วิธีนั่งข้าง ๆ แทน

2.7 บางครั้งผู้สูงอายุอาจแสดงอารมณ์โกรธ ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดง ความโกรธออกมาในทางที่เหมาะสม และให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุสามารถควบคุมตัวเองได้

3. ด้านสังคม

เมื่อผู้สูงอายุแยกตัว

3.1 ใช้คำพูดหรือการแสดงออกถึงความปรารถนาดี และเข้าใจความต้องการของผู้ สูงอายุ อาจอนุโลมให้ผู้สูงอายุมืออิสระส่วนตัวและให้โอกาสที่จะอยู่คนเดียวในห้อง แต่อยู่ในสายตาของผู้ดูแล

3.2 เมื่ออาการของโรคซึมเศร้าเริ่มดีขึ้น ควรให้ผู้สูงอายุได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยในระยะแรกให้มีสัมพันธภาพกับคนกลุ่มน้อยก่อน

3.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการเข้ากลุ่ม เช่น กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (self-help group) กลุ่มประคับประคอง (support group) และครอบครัวบำบัด (family Therapy) เป็นต้น

4. ด้านสติปัญญา

4.1 การสนทนากับผู้สูงอายุ ควรหลีกเลี่ยงการแนะนำหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน และหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสน ให้เวลาผู้สูงอายุทำความเข้าใจ และได้ตอบอย่าง เสรี ใต้อาการผู้สูงอายุ ด้วยคำถามที่ง่ายและตรงไปตรงมา พูดช้า ๆ ชัด ๆ และประโยค สั้น ๆ

4.2 ยอมรับในความไม่สามารถของผู้สูงอายุในด้านการเลือกและการตัดสินใจ

4.3 ผู้สูงอายุที่เศร้ามาก ๆ ไม่ควรให้ทำการตัดสินใจเรื่องที่สำคัญใด ๆ เช่น การ ตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการรักษา การตัดสินใจเรื่องครอบครัว เรื่องเอกสารหรือเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เป็นต้น เพราะอาจมีผลกระทบกระเทือนต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวกับการฆ่าตัวตาย^(19 20)

ความพยายามฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเกิดขึ้นน้อยกว่าวัยอื่น ๆ และผู้สูงอายุจะมีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายน้อยกว่าวัยอื่น ๆ แต่จะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตายสูง และมักใช้อาวุธในการฆ่าตัวตายมากกว่า และผู้สูงอายุซึ่งจะพยายามฆ่าตัวตายนั้นพบว่ามีความ ซึมเศร้า อากาหรนอนไม่หลับ ตึงเครียด และกระสับกระส่าย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. เพศ เพศชายจะฆ่าตัวตายได้สำเร็จกว่าเพศหญิง
2. อายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอายุที่มากกว่า 75 ปี
3. การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย พบว่านำมาซึ่งการฆ่าตัวตายถึง 35%

4. การแสดงสัญญาณหรือท่าทาง บ่งชี้เสี่ยงของการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้น ถ้าคน ๆ นั้นแสดงสัญญาณว่าจะฆ่าตัวตาย แต่พบว่าในผู้สูงอายุจะแสดงสัญญาณนี้ออกมาน้อยมาก
5. ความผิดปกติทางจิต รวมทั้งโรคประสาท และความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ
6. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก พบว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น
7. การแยกตัวเองและความเหงา พบว่า 39% ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอาศัยอยู่คนเดียว
8. การติดเหล้า พบว่า ผู้สูงอายุ 17% ที่ได้รับการรักษาจากจิตแพทย์มีประวัติดื่มเหล้า
9. Hypochondriasis พบว่า 24% ของผู้ที่มีอาการ Hypochondriasis พยายามฆ่าตัวตาย

การทำนายว่าผู้สูงอายุจะฆ่าตัวตายหรือไม่ เป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะไม่ได้พูดถึงเรื่องนี้ และบ่อยครั้งที่พบว่าผู้สูงอายุจะตัดสินใจฆ่าตัวตายโดยไม่มีลักษณะสองจิตสองใจหรือลังเลสงสัย เหมือนกับวัยอื่น ๆ และที่สำคัญผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ เพราะไม่ได้ติดต่อกับคนในสังคมมากเหมือนวัยอื่น ๆ ⁽⁵⁶⁾

การประเมินการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ สามารถทำได้จากการสอบถามพูดคุย เป็นการตรวจสอบความคิดในเรื่องการฆ่าตัวตาย ตัวอย่างคำถาม เช่น

- คุณรู้สึกว่าคุณเป็นภาระกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดหรือไม่?
- คุณรู้สึกบ้างไหมว่าครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะรู้สึกดีขึ้น ถ้าคุณเสียชีวิตไป?
- ช่วงนี้คุณดื่มเหล้ามากกว่าปกติหรือไม่?
- คุณเคยคิดทำร้ายตัวเองบ้างหรือไม่?

ฯลฯ

หากพบว่าผู้สูงอายุพูดถึงเกี่ยวกับเรื่องการฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลควรใช้วิธีการถามที่ตรงไปตรงมา เช่น "หมายความว่าอย่างไร, คิดจะทำร้ายตัวเองหรือไม่ ด้วยวิธีใด และตอนนี้รู้สึกอย่างไร" ถ้าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตัวเองผู้ดูแลควรปรึกษาแพทย์ อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุให้มากขึ้น และเก็บสิ่งที่จะเป็นอาวุธหรือเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ

แนวคิดเรื่องทัศนคติ

ประกอบด้วยความหมายของทัศนคติ แหล่งที่มาและลักษณะของทัศนคติ องค์ประกอบของทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ขบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ตัวแปรที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ วิธีการวัดทัศนคติ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

1. ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) เป็นคำที่ใช้กันมากทางจิตวิทยาสังคม ทัศนคติมีรากศัพท์มาจากภาษาลาติน คือ "Aptus" ซึ่งแปลว่า ความโน้มเอียง สำหรับความหมายของทัศนคติที่ใช้กันในปัจจุบัน ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาเรื่องทัศนคติ และให้คำจำกัดความไว้มากมายดังนี้

Hilgard (1962)⁽⁵⁷⁾ ได้ให้คำจำกัดความว่า "ทัศนคติ คือ ความรู้สึกครั้งแรกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แนวคิดหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งในทางเข้าหาหรือหนีออก และเป็นความพร้อมที่จะตอบสนองในครั้งต่อไปในทางเอนเอียงไปในลักษณะอย่างเดิมเมื่อพบสิ่งนั้นอีก"

Kretch และ Crutchfield (1984)⁽⁵⁸⁾ ได้ให้คำจำกัดความว่า "ทัศนคติ คือ ผลรวมของกระบวนการที่ก่อให้เกิดภาพการจูงใจ อารมณ์ การยอมรับ และความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของบุคคล"

Fishbien (1967)⁽⁵⁹⁾ ได้ให้คำจำกัดความว่า "ทัศนคติ คือ ความโน้มเอียง ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ที่จะแสดงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในการสนับสนุน หรือไม่สนับสนุน ทัศนคติเกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมและเป็นเครื่องกำหนดพฤติกรรม"

Triandis (1967)⁽⁶⁰⁾ ได้ให้คำจำกัดความว่า "ทัศนคติเป็นความคิดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีอารมณ์เป็นตัวนำ ทำให้บังเกิดจิตใจโน้มเอียงก่อให้เกิดการกระทำแบบหนึ่งต่อสถานการณ์ทางสังคมเฉพาะลักษณะ"

สำหรับนักวิชาการไทยที่มีความเห็นเกี่ยวกับทัศนคติเหมือนนักวิชาการกลุ่มนี้ได้แก่

เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์ (2520)⁽⁶¹⁾ ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นไปในทิศทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขบวนการอบรมให้เรียนรู้ระเบียบวิธีสังคม ซึ่งทัศนคตินี้จะแสดงออกหรือปรากฏให้เห็นชัดเจนในกรณีที่สิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งเร้าทางสังคม

ชูชีพ อ่อนโคกสูง (2522)⁽⁶²⁾ ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ความพร้อมที่จะตอบสนองหรือแสดงความรู้สึกต่อวัตถุ สิ่งของ คน สิ่งกัปอื่น ๆ ตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่ง

ความรู้สึกหรือการตอบสนองดังกล่าวอาจเป็นไปในทางชอบ (เข้าไปหา) หรือไม่ชอบ (หลีกเลี่ยงหรือถอยหนี)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ⁽⁶³⁾ กล่าวถึง ทศนคติว่าเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

จึงพอสรุปความหมายของทศนคติ ได้ว่า ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ที่มีแนวโน้มกำหนดการกระทำต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายหลังจากได้รับประสบการณ์นั้นมาแล้ว โดยจะแสดงออกใน 3 ลักษณะด้วยกัน คือ ด้านบวก ด้านลบ หรือ เฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ

2. แหล่งที่มาและลักษณะของทศนคติ

Allport ได้สรุปแหล่งที่มาของทศนคติว่า มีดังนี้ ⁽⁵⁷⁾

1. การเรียนรู้ถึงวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมต่าง ๆ ของสังคม และนำเอาสิ่งที่เรียนรู้เหล่านั้นมาเป็นรากฐานของทศนคติ

2. การแบ่งแยกความรู้ที่ได้มาจากประสบการณ์ของตนเอง เช่น เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูมาดีมักมองโลกในแง่ดี

3. ประสบการณ์ที่ได้รับมาจากเดิม แต่รุนแรงในด้านดีหรือไม่ดี เช่น บุคคลที่ทำให้เกลียดมากมีลักษณะอย่างไร ก็มีทศนคติที่ไม่ดีต่อบุคคลที่มีลักษณะบทบาทเช่นนั้นด้วย

4. การเลียนแบบ เช่น การที่บุตรเลียนแบบบิดามารดาของตน เมื่อบิดามารดามีทศนคติต่อบุคคลหรือสถาบันใดสถาบันหนึ่ง บุตรก็มีทศนคติต่อสิ่งเหล่านั้นด้วย

และนักวิชาการไทย คือ ชูชีพ อ่อนโคกสูง (2522) ⁽⁶²⁾ ได้กล่าวว่าทศนคติเกิดจาก

1. บุคลิกภาพของแต่ละคน เช่น คนที่ชอบเก็บตัว เจ้าระเบียบ เชื่อความคิดเห็นของตนเป็นใหญ่และมีอำนาจเหนือคนอื่น มักจะรับทศนคติของคนอื่นหรือของกลุ่มอื่นมาเพียงเล็กน้อย จึงมีทศนคติเป็นของตนเองและไม่อยากให้บุคคลอื่นมีทศนคติต่างไปจากตน ทำให้มีทศนคติที่ไม่ดีต่อคนหมู่อื่น บุคคลประเภทนี้มีลักษณะบุคลิกภาพดังนี้

ก. ชอบวางอำนาจ

ข. ไม่มีการยืดหยุ่น มักยึดมั่นในกฎเกณฑ์ต่าง ๆ

ค. เป็นคนที่เก็บความรู้สึกบางอย่างไว้ เพราะเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องตามกฎเกณฑ์ของสังคม

2. สื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ ฯลฯ ล้วนเป็นสิ่งที่มียุทธิพลต่อทศนคติของบุคคลทั้งสิ้น

3. ความต้องการให้ได้สิ่งที่ตนปรารถนา บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ให้เขาปรารถนา ถ้าสิ่งใดทำให้เขาไม่ได้สิ่งที่เขาต้องการก็จะทำให้ เขามีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งนั้น

จะเห็นได้ว่า แหล่งที่มาของทัศนคติมักขึ้นอยู่กับกรอบมโนทัศน์อันเกิดจากการเรียนรู้ รวมทั้งค่านิยมของสังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ในทางที่แตกต่าง กัน

นอกจากแหล่งที่มาของทัศนคติแล้ว ลักษณะของทัศนคติมีดังนี้

กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์ (2528) ⁽⁶⁴⁾ ได้กล่าวถึงลักษณะทั่วไปของทัศนคติไว้ว่า

1. ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ หรือการได้รับประสบการณ์ ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด

2. ทัศนคติ เป็นดัชนีที่ชี้วัดการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้ามีทัศนคติที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ตรงกันข้าม ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีก็มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหาโดยการถอยหนีหรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ

3. ทัศนคติ สามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลอื่น ๆ ได้ เช่น บิดามารดาไม่ชอบบุคคลหนึ่ง ย่อมมีแนวโน้มทำให้ลูกไม่ชอบบุคคลนั้นด้วย

4. ทัศนคติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่ได้มาจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้าการเรียนรู้หรือประสบการณ์นั้นเปลี่ยนแปลงไป ทัศนคติ ย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย

จากแนวคิดของนักวิชาการที่ได้กล่าวถึงลักษณะของทัศนคตินั้นจะเห็นได้ว่า ทัศนคติ เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จนเกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น ๆ ทัศนคติสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลอื่น ๆ ได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

3. องค์ประกอบของทัศนคติ

องค์ประกอบของทัศนคติ 3 องค์ประกอบ ⁽⁶⁵⁾ มีดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Component) ซึ่งเป็นเรื่องของความเชื่อ (belief) การรับรู้ (perception) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งในทางบวก หรือทางลบ

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึก และค่านิยมส่วนตัว ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทำให้เกิดทัศนคติในทางใดทางหนึ่งต่อเรื่องนั้น ๆ เช่น ชอบหรือไม่ชอบ

3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นความพร้อมหรือแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทางใดทางหนึ่ง เช่น พร้อมที่จะช่วยเหลือหรือพร้อมที่จะต่อต้าน เป็นต้น

องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จนบางครั้งไม่สามารถแยกออกจากกันได้เด็ดขาด เช่น ถ้าบุคคลนั้นมีประสบการณ์เคยประสบอุบัติเหตุรถคว่ำมาก่อน เขาสามารถไปที่เกิดเหตุที่รถคว่ำ แสดงว่าเขามีองค์ประกอบพฤติกรรมเป็นไปในแนวทางบวกและมีแนวโน้มที่จะใช้รถยนต์ต่อไป

4. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

ทัศนคติของคนเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ แผนกจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอวิธีการที่อาจจะทำให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลงไว้ ดังนี้คือ ⁽⁶³⁾

1. โดยการจัดการประสบการณ์ให้ใหม่ ให้พบกับสภาพการณ์ที่แท้จริง
2. โดยให้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง
3. โดยการรื้อให้เกิดอารมณ์กลัว

Hovland (1960)⁽⁶⁵⁾ กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกิดขึ้นได้เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างทัศนคติเดิมของบุคคลกับข้อมูลใหม่ที่ได้รับ บุคคลจะเปรียบเทียบทัศนคติเดิมของตนกับข้อมูลนั้น ๆ ถ้าข้อมูลใหม่ตรงกับบรรทัดฐานของกลุ่ม จะทำให้บุคคลเปลี่ยนไปเชื่อข้อมูลใหม่ที่ได้รับ

Lewin ⁽⁶³⁾ ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติและพฤติกรรมสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ การให้มีส่วนร่วมจะมีผลต่อองค์ประกอบของทัศนคติทั้งทางด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Component) และองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม (Behavior Component)

5. ขบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

Mc. Guire (1968)⁽⁶⁶⁾ ได้อธิบายขบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การใส่ใจ (Attention) เป็นความสนใจ ความใส่ใจในการรับฟังเรื่อง ถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจที่จะฟังแล้วขบวนการขั้นต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้น และจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ สาเหตุที่ทำให้คนสนใจฟังก็ได้แก่ ผู้สื่อความและเนื้อหาของสารนั้น ๆ

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความเข้าใจในความหมายของสารนั้น ความยากหรือง่ายเกินไปจะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจ และไม่เข้าใจ

3. การยอมรับ (Acceptance) เป็นผลมาจากข้อ 1. และ 2. หากบุคคลตั้งใจฟัง เกิดความเข้าใจแจ่มแจ้งก็จะทำให้เกิดการยอมรับ แต่ที่ไม่ได้สนใจฟัง ไม่มีความเข้าใจก็จะยกเลิก ไม่เกิดการยอมรับขึ้น

4. การเก็บเอาไว้ (Retension) เป็นความคงทนหรือเป็นการจำ อาจจะมีระยะเวลาหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปอาจจะเปลี่ยนไป หรืออาจจะยังคงอยู่ ถ้าตัวผู้สื่อมีความน่าเชื่อถือมาก การเก็บเอาไว้อาจจะคงทนและอยู่ได้นาน

5. การกระทำ (Action) บุคคลเมื่อเปลี่ยนทัศนคติก็จะเปลี่ยนด้านการกระทำด้วย ซึ่งมีผลต่อส่วนรวมและสังคม ถ้าเราเปลี่ยนความเชื่อแล้ว แต่ไม่ได้ลงมือกระทำก็ไม่มีผล กระทบกระเทือนกับใคร

Kelman (1961)⁽⁶⁶⁾ ได้แบ่งขบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไว้ 3 อย่าง

1. การยินยอม (Compliance) เป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบุคคล หรือกลุ่ม อาจไม่คงทนถาวร

2. การเลียนแบบ (Identification) เป็นการเปลี่ยนและพร้อมที่จะรับของใหม่เข้ามาไว้ในใจโดยการเลียนแบบ

3. เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน (Internalization) คือ การยอมรับของใหม่ไว้ในใจโดยสิ้นเชิงและลึกซึ้ง คนที่จะเปลี่ยนทัศนคติได้นั้นต้องเป็นคนที่มีความน่าเชื่อถือมาก

6. ตัวแปรที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

ได้แก่ แหล่ง (source) ข่าวสาร (message) สื่อ (media) และผู้รับสาร (audience)⁽⁶⁷⁾

แหล่งของการเปลี่ยน (Source)

ผู้สื่อสาร ต้องประกอบด้วย ลักษณะ 2 ประการคือ ความเชี่ยวชาญ (expertness) และความน่าเชื่อถือ (credibility)

Hovland และ Weiss (1951)⁽⁶⁷⁾ ได้ทำการทดลองเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือและความไม่น่าเชื่อถือ เพื่อดูว่าจะเกิดผลอย่างไร ผลปรากฏว่า ในขั้นต้นพวกที่ถูกจัดให้เชื่อว่ากำลังได้แหล่งข่าวที่น่าเชื่อถือจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติมากกว่า แต่พวกที่ทำให้เชื่อว่าได้ข่าวสารจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือจะเปลี่ยนน้อยกว่า เรื่องที่แปลกก็คือว่า พอถึงช่วงไประยะหนึ่ง พวกแรกจะลดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ส่วนพวกหลังจะเพิ่มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ผู้ทำวิจัยคือ Hovland และ Weiss

เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า the sleeper effect ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นเพราะความจำเกี่ยวกับแหล่งข่าวเสื่อมลง ในขณะที่ความจำเกี่ยวกับเนื้อหาของข่าวสารยังดีอยู่ ผลที่ความน่าเชื่อถือทำให้คนเปลี่ยนทัศนคติจึงเสื่อมลง เนื้อหาจึงกลายเป็นสำคัญกว่าส่วนบุคคลไม่ว่าจะน่าเชื่อถือเท่าใดก็ถูกลืมเลือน สรุปแล้วความน่าเชื่อถือมีผลตอนต้น ๆ เท่านั้น แต่ถ้าเป็นบุคคลเด่นมาก ๆ ก็อาจมีผลอีกอย่าง

Hovland และ Weiss ยังกล่าวว่า ความน่าเชื่อถือยังมีตัวแปรย่อยได้อีก ได้แก่ ความเชี่ยวชาญ (expertness) และความน่าไว้วางใจ (trustworthiness) ซึ่งเป็นไปได้ว่าตัวแปรย่อยเพียงตัวเดียวอาจก่อให้เกิดความแตกต่างในการเปลี่ยนทัศนคติได้

ลักษณะอีกประการหนึ่งของผู้ส่งสารที่มีประสิทธิภาพ คือ ความคล้ายคลึงกับผู้รับสาร ผู้ส่งสารที่มีความคล้ายคลึง (เช่น การแต่งกาย สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม เชื้อชาติ) กับผู้รับสาร จะมีประสิทธิภาพสูงในการเปลี่ยนทัศนคติของคนกว่าผู้ส่งสารที่มีความแตกต่างออกไป⁽⁶⁸⁾

สรุปว่าผู้ส่งสารที่มีประสิทธิภาพสูงในการเปลี่ยนทัศนคติ จะมีลักษณะเชี่ยวชาญในเรื่องที่สื่อสาร, มีความน่าเชื่อถือ และน่าไว้วางใจ และมีความคล้ายคลึงกับผู้รับสาร

ข่าวสาร (message) และ สื่อ (media)⁽⁶⁷⁾

ตัวแปรเกี่ยวกับสื่อ เช่น ข้อความที่พิมพ์ เผยแพร่ทางวิทยุโทรทัศน์ ฯลฯ นั้นยังมีการวิจัยกันน้อย แม้ว่าจะมีการใช้มากในชีวิตจริง ดังนั้นจะขอพิจารณาเรื่องสื่อร่วมกับข่าวสาร ดังนี้

1. การเสนอข่าวสารด้านเดียวหรือสองด้าน จากการศึกษาของ Hovland และคณะ (1949)⁽⁶⁹⁾ พบว่า ประสิทธิภาพนี้จะขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้รับสาร ถ้าผู้รับสารมีทัศนคติเดิมที่ต่อต้านแนวความคิดของผู้ส่งสาร การเสนอข่าวสารด้านเดียวจะได้ผลน้อยกว่าการเสนอข่าวสารสองด้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเสนอข่าวสารด้านเดียวทำให้ผู้รับสารเห็นว่าผู้ส่งสารมีความลำเอียงไม่ยุติธรรม และอาจทำให้ผู้รับสารคิดหาข้อโต้แย้งได้ ส่วนการเสนอข่าวสารสองด้าน เริ่มโดยการเสนอข่าวสารในทางตรงกันข้าม (ทางเดียวกับผู้รับสารหรือตรงข้ามกับผู้ส่งสาร) แล้วนำข้อโต้แย้งแต่ละประเด็นมาเสนอ อาจทำให้ผู้รับสารลดความพยายามในการหาเหตุผลมาสนับสนุนแนวความคิดของตัวเองเพราะแนวความคิดจำนวนมากผู้ส่งสารก็ได้นำเสนอแล้ว

ถ้าผู้รับสารมีทัศนคติเดิมในแนวเดียวกับสารที่ผู้ส่งสารส่ง การเสนอข่าวสารด้านเดียวมีประสิทธิภาพกว่า เพราะไม่ก่อให้เกิดความสงสัยที่อาจเกิดขึ้นได้ในการเสนอข่าวสาร 2 ด้าน

2. ลำดับการเสนอข่าวสาร จากการศึกษาของ Hovland และคณะ (1953)⁽⁷⁰⁾ พบว่าการย้ำเน้นการเสนอข่าวขั้นต้น (primacy) และการย้ำเน้นตอนปลาย (recency) มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติอย่างซับซ้อน การย้ำเน้นในขั้นต้นนั้นหมายถึงการเน้นที่ทำให้

เกิดผลดีในขั้นต้นและ recency ก็เป็นการย้ำเน้นที่ผลดีเกิดจากตอนท้าย สรุปผลที่เกิดจากการศึกษาก็คือว่า ผลของ primacy จะได้ผลดีที่สุดสำหรับทัศนคติที่มีอยู่แล้ว แต่ผลในตอนต้นจะเสื่อมถ่วงหากว่าการเสนอข่าวสารในขั้นต่อไปมีความล่าช้า คือ การเสนอข่าวสารอีกอย่างหนึ่งในขั้นต่อมาล่าช้าไป ก็จะทำให้ผลของการเสนอขั้นต้นเสื่อม กล่าวคือ จะได้ผลก็ต่อเมื่อส่งข่าวสารต่อเนื่อง และถ้าได้รับข่าวสารด้านเดียวแล้ว ผู้รับข่าวสารต้องแสดงการสนับสนุนข่าวสารขั้นแรกต่อหน้าสาธารณชน เขาผู้นั้นจะได้ primacy effect มาก กล่าวคือ การเสนอตัวเองเพื่อสนับสนุนข่าวสารขั้นต้น จะทำให้เกิดการผูกมัดหรือผูกพันกับข้อคิดเห็นขั้นต้นนั้น ซึ่งปรากฏว่าการแสดงความเห็นด้วยกับข้อคิดใดในที่สาธารณะ จะทำให้บุคคลนั้น ๆ ถูกอิทธิพลจากการเสนอข้อคิดหรือข่าวสารที่เสนอตอนหลังน้อยลง ทั้งนี้เกิดจากการเปรียบเทียบกับพวกที่แสดงตนในที่สาธารณะด้วย หรือพวกที่ไม่ออกไปแสดงตัวและแสดงการสนับสนุนข่าวสารหรือข้อคิดต่อหน้าสาธารณชน

3. การสรุปข้อโต้แย้ง อาริสโตเติล⁽⁶⁷⁾ ให้ความเห็นไว้ว่า การพูดที่ผู้ฟังสามารถหาข้อสรุปของผู้พูดได้เอง จะทำให้ผู้ฟังเกิดความพอใจในตนเอง และมีแนวโน้มที่จะรับข่าวสารได้มากกว่า แต่การวิจัย Hovland และ Mandel (1952) พบว่า ถ้าผู้พูดสรุปให้ผู้ฟัง ๆ ด้วย การเปลี่ยนทัศนคติจะมีมากกว่าการที่ผู้พูดปล่อยให้ผู้ฟังสรุปเอาเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสรุปโดยผู้พูดทำให้ผู้ฟังจับประเด็นที่ผู้พูดต้องการสื่อสารได้อย่างแน่นอน นอกจากนี้เราก็คาดหวังได้ว่าผู้ฟังที่มีสติปัญญาสูงน่าจะได้รับอิทธิพลมากกว่าผู้ฟังที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า ถ้าผู้สื่อสารปล่อยให้ผู้ฟังหาข้อสรุปเอาเอง (เพราะผู้ฟังที่มีสติปัญญาต่ำกว่าอาจหาข้อสรุปเองได้ยากกว่า) แต่การวิจัยของ Hovland และ Mandel (1952) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับสติปัญญากับการที่ผู้พูดมีหรือไม่มีข้อสรุปอย่างชัดเจน

4. ความแตกต่างระหว่างทัศนคติของผู้ส่งและผู้รับสาร จากการวิจัยของ Hovland และ Pritzker (1957) พบว่า ปริมาณของการเปลี่ยนทัศนคติเพิ่มขึ้นตามปริมาณของความแตกต่างระหว่างทัศนคติของผู้ส่งสารและผู้รับสาร และกล่าวว่าความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารมีอิทธิพลมาก ถ้าใช้ผู้ส่งสารที่มีความน่าเชื่อถือน้อยกว่า การมีจุดยืนต่างกับผู้รับสารมากจะได้ผลน้อยกว่าผู้ส่งสารที่มีความน่าเชื่อถือสูง และอาจได้ผลน้อยกว่าผู้ส่งสารที่มีความน่าเชื่อถือน้อย แต่มีจุดยืนที่ต่างปานกลาง หรือต่างเล็กน้อยจากผู้รับสาร นอกจากนี้ถ้าเรื่องที่ใช้ในการสื่อสารเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้รับสาร (ego - involving) ผู้รับสารก็น่าจะมีการต่อต้านสารมากกว่า

5. การเสนอความน่ากลัว การวิจัยในระยะแรก พบว่าการเสนอความน่ากลัวมาก ทำให้การเปลี่ยนทัศนคติได้ผลน้อยกว่าการเสนอความน่ากลัวในระดับปานกลาง แต่การวิจัยในเวลาต่อมาพบว่าผลที่ได้เป็นไปได้ในทางตรงกันข้าม เช่น การวิจัยของ Leventhal และคณะ (1967) พบว่า การเสนอความน่ากลัวมากเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการเป็นมะเร็งในปอด เป็นผล

ให้ผู้รับสารเปลี่ยนทัศนคติไปในทางเห็นผลร้ายของการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับสารที่น่ากลัวปานกลาง

อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถนำเอาระดับความน่ากลัวมาเปรียบเทียบกันโดยตรงได้ และการเสนอความน่ากลัวถึงระดับหนึ่งอาจมีประสิทธิภาพดีขึ้นตามลำดับในการเปลี่ยนทัศนคติ แต่เมื่อเลยจุดหนึ่งไปความน่ากลัวที่มีมากขึ้นจะลดประสิทธิภาพในการเปลี่ยนทัศนคติลงไป คือผลที่ได้จะเป็นเส้นโค้งงู

ผู้รับสาร (audience)

1. *บุคลิกภาพและการถูกเกลียดชัง* การวิจัยของ Janis และ Field (1956) แสดงให้เห็นว่าลักษณะถาวรอย่างอ่อน (weak trait) มีจริงในบุคคล ในการทดลองที่ใช้ข้อความต่าง ๆ ถึง 10 ข้อความ เสนอโดยวิธีต่าง ๆ กัน พบว่าบุคคลบางคนเปลี่ยนทัศนคติเกือบทุกเรื่องที่เขาได้ยินได้อ่านมา ขณะที่บางคน เปลี่ยนเพียงเล็กน้อยโดยตลอด การวิจัยเพิ่มเติม (McGuire, 1968) ก็สนับสนุนประเด็นนี้ว่า ลักษณะถาวร (trait) อย่างอ่อนมีจริง

2. *ลักษณะเฉพาะและการถูกเกลียดชัง* ลักษณะแรกที่สามัญสำนึกซึ่งแนะนำจะมีอิทธิพลต่อการถูกเกลียดชัง คือ *ระดับสติปัญญา* แต่คำอธิบายอาจเป็นไปได้สองทาง คือ สนับสนุนและคัดค้าน แต่หลักฐานการวิจัย (Hovland & Janis, 1959) เท่าที่มี แสดงให้เห็นว่าระดับสติปัญญาไม่มีความสัมพันธ์กับการง่ายต่อการถูกเกลียดชัง คำอธิบายเพิ่มเติม (McGuire, 1968) มีว่าคนที่มีความรู้ระดับสติปัญญาสูงอาจมีความเข้าใจสารได้ง่ายกว่า แต่อาจมีการยอมรับน้อยกว่า

ตัวแปรทางบุคลิกภาพอีกตัวหนึ่งที่ได้รับความสนใจ ได้แก่ *ความนับถือตัวเอง* (self - esteem) โดยมีสมมติฐานว่าคนที่มีความนับถือตัวเองสูงน่าจะถูกละเลยได้ง่ายกว่าคนที่นับถือตัวเองต่ำ การวิจัยในระยะแรก (เช่น Janis และ Field, 1956) ก็สมมติฐานนี้ แต่การทบทวนการวิจัยจำนวนมากในเวลาต่อมา (McGuire, 1969) พบว่าหลักฐานยังขัดแย้งกันมาก

7. วิธีการวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติเป็นวิธีการที่ทำให้คนเข้าใจทัศนคติของบุคคล และสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ได้ การวัดทัศนคติมีหลายวิธี อาทิเช่น การวัดทัศนคติแบบเทอร์สโตน (Thurstone Scale) การวัดทัศนคติแบบกัทแมน (Guttman Scale) และการวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)

สำหรับการศึกษาเรื่องนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการสร้างมาตราวัดทัศนคติ แบบจัดอันดับคุณภาพ (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ต เพราะสะดวกแก่การวัด เนื่องจากไม่ซับซ้อนหรือมีกระบวนการมากมาย เช่น การวัดแบบอื่น ๆ ⁽⁷¹⁾

ขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถาม เพื่อให้วัดทัศนคติตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีดังนี้

1. พิจารณาว่าต้องการวัดทัศนคติของใคร ที่มีต่ออะไร และให้ความหมายของทัศนคติและสิ่งที่วัดได้แน่นอน

2. เมื่อตีความหมายของสิ่งที่วัดแน่นอนแล้ว สร้างข้อความ (Statement หรือ Item) ในแต่ละหัวข้อนั้น ๆ โดยให้คลุมเนื้อหาในหัวข้อเหล่านั้น ขณะเดียวกันก็ให้พิจารณาข้อความเหล่านั้นว่าเป็นข้อความที่ตามเกี่ยวกับความเชื่อ หรือความรู้สึกของผู้ตอบหรือไม่

ลิเคิร์ต (Likert) ได้กล่าวถึงหลักการออกแบบสอบถามไว้ ดังนี้

2.1 ข้อความควรเขียนใหม่ในแง่ของความรู้สึก ความเชื่อ หรือความตั้งใจที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ใช่ข้อเท็จจริง (Fact)

2.2 ข้อความที่บรรจุลงในช่อง (Scale) จะต้องประกอบด้วยข้อความที่เป็น Favorable Statement และ Unfavorable Statement คละกันไป

2.3 ข้อความแต่ละข้อความจะต้องสั้น เข้าใจง่าย ชัดเจน มีจำนวนข้อความที่ไม่ยาวเกินไปนัก

3. การทดลองใช้ (Try out) แบบสอบถาม เพื่อเลือกข้อความใช้แบบสอบถามกับกลุ่มบุคคลที่มีพื้นฐานคล้ายกับกลุ่มที่เราจะศึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการปรับปรุงข้อความและคัดเลือกข้อความ โดยการวิเคราะห์ข้อความ (Item analysis)

ลักษณะการตอบคำถามนี้มีให้เลือก 5 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่าเป็นลักษณะของความเห็นด้วย (Favorable Statement) หรือ ลักษณะของความไม่เห็นด้วย (Unfavorable statement) ถ้าข้อความนั้นมีลักษณะเห็นด้วย (Favorable Statement) การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ในกรณีที่ข้อความนั้นมีลักษณะไม่เห็นด้วย (Unfavorable statement) การให้คะแนนจะมีลักษณะตรงกันข้าม ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

8. ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

8.1 ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุของคนไทย^(72,73,74)

คนไทยมักจะถูกปลูกฝังให้เคารพผู้อาวุโสกว่าตั้งแต่เล็กจนโต ทั้งในอดีตและปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นความอาวุโสในด้านอายุ หรือตำแหน่งหน้าที่การงาน ด้วยเหตุนี้เราจึงเห็นได้ว่าในระบบโครงสร้างของสังคมไทย ค่านิยมนี้จะเข้าไปเกี่ยวข้องอยู่เสมอ เช่น ในสถาบันครอบครัว มักจะมีการอบรมสั่งสอนให้มีความเคารพนับถือและเชื่อฟังผู้ที่มีอายุสูงกว่า ได้แก่ ญาติผู้ใหญ่ หรือบุคคลที่มีวัยวุฒิ เพราะถือว่าเป็นปฐมนิยบุคคลที่จะต้องได้รับเกียรติและความเคารพนับถือ ได้มีนักการศึกษาชาวต่างประเทศเข้ามาศึกษาเรื่องสวัสดิภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย และตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยยังอยู่ในสถานะที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุในต่างประเทศ โดยให้เหตุผลว่า ประเทศไทยยังมีวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามมาจากหลักธรรมในพระพุทธศาสนา

พระพุทธศาสนาสอนให้คนไทยมีความกตัญญูตวกตเวทิต่อบุพการีของตน เช่น สอนให้ลูกหลานมีความกตัญญูตวกตเวทิต่อพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย เมื่อพ่อแม่เลี้ยงลูกมาแล้วก็เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องเลี้ยงดูพ่อแม่เป็นการตอบแทน พระพุทธศาสนาสอนว่าความกตัญญูตวกตเวทิต่เป็นเครื่องหมายของคนดี และประณามคนที่ไม่มีความกตัญญูตวกตเวทิต่ว่า เป็นคนซึ่งมีคุณค่าน้อยกว่าขอนไม้ผู้ที่ลอยอยู่ในน้ำเสียอีก เพราะขอนไม้ผู้ที่ลอยอยู่ในน้ำ เมื่อคนจะจมน้ำยังอาจเกาะขอนไม้ผู้นั้นพยุงเข้าฝั่งเพื่อเอาชีวิตรอดได้

จากพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธศาสนาดังกล่าวนี้ มีผลต่อวัฒนธรรมประเพณีไทย ทำให้คนไทยมีความผูกพันทางครอบครัวระหว่างพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย และลูกหลานอย่างแน่นแฟ้น ทำให้ลูกหลานคอยระลึกถึงพระคุณของพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายอยู่เสมอ และมักจะหาทางตอบแทนเมื่อโอกาสอำนวยให้ ซึ่งต่างกับสังคมในบางประเทศที่ไม่ได้มีวัฒนธรรม

ประเพณีแบบนี้ เพราะเขาถือว่าการเลี้ยงลูกหลานให้เจริญเติบโตนั้น เป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ที่จะต้องเลี้ยงไปตามธรรมชาติของมนุษย์และสัตว์ทั้งหลาย เพื่อให้ลูกหลานสามารถเลี้ยงตนเองต่อไปได้ในอนาคต มากกว่าที่จะถือว่าเป็นความผูกพันทางใจและบุญคุณต่อลูกหลานที่จำเป็นจะต้องทดแทนคุณ ดังนั้นความผูกพันจึงไม่แน่นแฟ้นเหมือนกับความผูกพันในสังคมไทย

ปัจจุบันสภาพสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไป คนหนุ่มสาวมีความทันสมัยมากขึ้น เนื่องจากผลของการศึกษาและเศรษฐกิจ มีส่วนทำให้คนหนุ่มสาวเชื่อฟังผู้อาวุโสน้อยลง เช่น การศึกษาของมาลินี วงษ์สิทธิ (2535) ⁽⁷⁵⁾ เรื่องทัศนคติต่อค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัวในสังคมไทย พบว่า คนหนุ่มสาวจำนวนครึ่งหนึ่งซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ ไม่เห็นด้วยในเรื่องไม่ควรขัดแย้งกับผู้สูงอายุ แม้ว่าผู้สูงอายุจะทำหรือพูดไม่ถูกต้องก็ตาม และมีถึงร้อยละ 95 ที่เห็นด้วยว่าในอนาคตรัฐบาลต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2526) ⁽⁷²⁾ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดกับคนหนุ่มสาวมักจะเป็นญาติผู้ใหญ่ของคนหนุ่มสาว อันได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือ ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นรูปแบบการดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุของคนไทยว่าคนหนุ่มสาวที่ยังมีกำลังความสามารถและเป็นผู้ผลิตหรืออยู่ในวัยแรงงาน จะเป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูสมาชิกของครอบครัวที่เข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุนั้นเป็นปัจจัยกำหนดอย่างสำคัญคือ การได้รับการดูแลและเลี้ยงดูจากญาติ และจากการศึกษาทัศนคติของคนหนุ่มสาวที่มีต่อการดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุ พบว่า หนุ่มสาวที่ให้การดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ชิด ร้อยละ 76.3 มีความเห็นว่าการดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดเป็นภาระ ร้อยละ 21.7 มีความเห็นว่าการดูแลเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ใกล้ชิดไม่เป็นภาระและที่เหลืออีกประมาณ ร้อยละ 2 ไม่อาจให้คำตอบได้

จะเห็นได้ว่า ทัศนคติของผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุนั้นมองว่าผู้สูงอายุค่อนข้างเป็นภาระ และจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความคิดในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุนี้น้อยลง มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก งานวิจัยที่สนับสนุนความคิดนี้ได้แก่ งานวิจัยของ กาญจน์ สิทธิวงศ์ (2539) ⁽⁷⁶⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า การดูแลที่ดีจะส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย

8.2 ทศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า^(13, 78)

ทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ค่อนข้างมีความซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องกับภาระของครอบครัว, ความคิดและลักษณะที่เป็นแบบฉบับ (stereotypes) ข้อมูลที่ได้รับมา รวมทั้งข้อมูลบางอย่างที่ผิด ๆ เมื่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลมักเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ไม่แน่ใจว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการเสื่อมถอยของร่างกายในวัยสูงอายุ ความอ่อนแอ หรือเกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก คิดว่าเป็นโรคที่ผู้ป่วยจงใจให้เกิดขึ้น และควบคุมโรคนั้นเองได้ จึงพบว่า เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการบางอย่างของโรคออกมา ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจไปว่า ผู้สูงอายุกำลังเรียกร้องความสนใจ หรือ มีอาการเกินความเป็นจริง

งานวิจัยที่สนับสนุนเรื่องนี้เป็นงานวิจัยของ Jacob และคณะ (1987)⁽⁷⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของญาติผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 65 ปี ผลการวิจัยพบว่า ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะสาเหตุของการเกิดโรค โดยมีความเข้าใจว่าเป็นความผิดปกติด้านชีวภาพตามธรรมชาติ ในขณะที่บางกลุ่มเข้าใจว่า สภาพแวดล้อมภายนอก เช่น ความตึงเครียด ความกดดันมากเกินไป ฯลฯ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุกลับมาเป็นอีก ผู้ดูแลจึงมองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมโรคนี้ และจะมีอาการดีขึ้นถ้าผู้สูงอายุควบคุมสิ่งแวดล้อมนั้นได้

นอกจากทัศนคติของผู้ดูแลก่อนที่จะนำผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา ผู้ดูแลยังใช้ทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้กลไกป้องกันตนเอง (mechanisms of defense) หลายแบบ พบว่า 75% ผู้ดูแลใช้กลไกป้องกันตนเองชนิด denial คือ คิดว่า "ผู้สูงอายุไม่มีอะไรผิดปกติ" กลไกป้องกันตนเองชนิด reaction formation โดยบอกกับตัวเองว่า "ฉันจะทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้สูงอายุดีขึ้น" และกลไกป้องกันตนเองชนิด rationalization เช่นกล่าวหาว่า การที่ผู้สูงอายุไม่มีความสุข สุขภาพไม่ดี เพราะไม่ยอมรับประทานอาหารให้ครบตามที่ผู้ดูแลบอก เป็นต้น ความกังวลใจต่าง ๆ ความรู้สึกสูญเสีย การถูกกล่าวหาจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล ผสมผสานกับการใช้กลไกป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ อาจนำมาซึ่งทัศนคติที่ไม่ดีได้

งานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สำหรับประเทศไทย จากการค้นคว้าหาเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่เคยมีผู้ใดทำวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามามาก่อน แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำกับผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ ได้แก่

บุญรัตน์ มิ่งาม (2538)⁽⁷⁹⁾ ได้ศึกษาทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิตที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง โดยศึกษาในแง่ความรู้ การดูแล และทัศนคติ กับญาติของผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 120 ราย พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตดีพอสมควร แต่ยังมี

ความเชื่อในสิ่งที่ยังไม่ถูกต้องบางอย่าง การดูแลผู้ป่วยโรคจิต ญาติยังคงมีความคิดว่า การกักขัง ล่ามโซ่เป็นสิ่งที่ควรทำ และคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของทางโรงพยาบาลโรคจิต ทักษะคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยค่อนข้างดี ญาติมีความเห็นอกเห็นใจสงสารผู้ป่วย และให้อภัยต่อการกระทำของผู้ป่วย ยอมรับที่จะรับผู้ป่วยอาการดีเข้าทำงานด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ญาติมีความคิดเป็นน่ายผู้ป่วยโรคจิต และคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเป็นภาระต่อครอบครัว

สงวนศรี แต่งบุญงาม (2537)⁽⁸⁰⁾ ศึกษาสภาวะทางสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต โดยศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา จำนวน 85 ราย พบว่า ในด้านทัศนคติ ความเชื่อ ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกเป็นน่ายและเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว แต่ขณะเดียวกันผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยอมรับผู้ป่วยได้ เช่น ให้อภัยต่อการกระทำของผู้ป่วย ไม่รู้สึกอายที่มีผู้ป่วยโรคจิตในครอบครัว ในด้านความเชื่อ เชื่อว่าสภาพแวดล้อมทางครอบครัว เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคจิต และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่วนมากคือ ปัญหาเกี่ยวกับอาการและความรู้สึกเป็นน่ายท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย

สาโรจน์ คำรัตน์ และพิมพ์ทอง เจริญเมือง (2516)⁽⁸¹⁾ ได้ศึกษาทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 300 ราย พบว่า ทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ร้อยละ 96.59 ญาติมีความสงสารผู้ป่วยเมื่อนำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล รู้สึกเป็นห่วง ร้อยละ 59.75 เชื่อว่าโรคจิตเกิดจากสาเหตุความยากจน การขาดความรักความอบอุ่น และปัญหาญาติที่พามารับการรักษา พบว่า ญาติส่วนใหญ่ (61.58%) มีปัญหาเรื่องการเงิน รองลงมาได้แก่ ปัญหาการเดินทางมารักษา (16.46%) ปัญหาการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล (10.98%) และปัญหาที่พัก (9.15%)

สาโรจน์ คำรัตน์ และคณะ (2514)⁽⁸²⁾ ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติของชาวอีสานต่อผู้ป่วยโรคจิต โดยศึกษาถึงทัศนคติของชาวอีสานทุกอาชีพต่อผู้ป่วยจิตเวช ทัศนคติของชาวอีสานต่อโรงพยาบาลโรคจิตและการรักษา และทัศนคติเกี่ยวกับความเชื่อในสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคจิต ผลจากการศึกษา สรุปได้ว่า ทัศนคติของชาวอีสานที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นญาติหรือเพื่อน ร้อยละ 93.85 จะรู้สึกสงสารผู้ป่วย นอกจากนี้ก็มีความรู้สึกกลัว อับอาย รังเกียจ ยอมรับบ้างแต่น้อย ทัศนคติของชาวอีสานที่มีต่อโรงพยาบาลโรคจิตและการรักษา พบว่า ร้อยละ 74.70 จะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลโรคจิต ที่เหลือก็จะพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลรักษาโรคทั่วไป และรักษาด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับความเชื่อในสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคจิต พบว่าส่วนใหญ่จะมีความเชื่อว่าโรคจิตมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

จะเห็นได้ว่า รายงานการวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิต สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้น

มีการทำวิจัยค่อนข้างน้อย⁽¹³⁾ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม ยังมีงานวิจัยของต่างประเทศที่มีประเด็นน่าสนใจ และใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ การวิจัยของ Vannicel⁽⁸³⁾ ที่พบว่า ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ไม่มีผลต่อทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย แต่ทัศนคติของครอบครัวมีความสัมพันธ์หรือมีผลจากพื้นฐานทางสังคม สภาพทางเศรษฐกิจ ศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อซึ่งสอดคล้องกับทัศนคติของคนไทยในการดูแลผู้สูงอายุ อันมีปัจจัยทางด้านสังคม, วัฒนธรรม และความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง

การเรียนรู้

ความหมายของการเรียนรู้ นักจิตวิทยาและนักการศึกษาได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ดังนี้

Kimble และ Garmezy (1963)⁽⁸⁴⁾ กล่าวว่า "การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร โดยเป็นผลจากการฝึกฝนเมื่อได้รับการเสริมแรง มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติที่เรียกว่า ปฏิกริยาสะท้อน (Reflex) เช่น การกระพริบตาเมื่อผงเข้าตา หรือวุฒิภาวะ เป็นต้น"

Hilgard และ Bower (1981)⁽⁸⁵⁾ กล่าวว่า "การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลจากการฝึกฝนและประสบการณ์ แต่มิใช่ผลจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น สัญชาตญาณ ฯลฯ หรือวุฒิภาวะ หรือจากการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของร่างกาย เช่น ความเมื่อยล้า พิษของยา เป็นต้น"

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2528)⁽⁸⁴⁾ ให้ความหมายการเรียนรู้ไว้ว่า "การเรียนรู้ คือ กระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติ หรือสัญชาตญาณ วุฒิภาวะ พิษของยาต่าง ๆ รวมทั้งอุบัติเหตุ หรือความบังเอิญ

สรุปว่า การเรียนรู้หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน

Bloom (1976)⁽⁸⁶⁾ อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดการเรียนรู้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ

3. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้ว ได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น เช่น การใช้มือ เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทั้งสามอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านหนึ่งก็จะเป็นช่องทางให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ด้วย

ทฤษฎีการเรียนรู้

Hillgard และ Bower (1981)⁽⁸⁵⁾ ได้กล่าวถึงทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยง (Connectionism Theory) ของ Thorndike ซึ่งประกอบด้วยกฎ 3 กฎ คือ กฎแห่งความพร้อม กฎแห่งการฝึกหัด และกฎแห่งความพอใจ พอสรุปได้คือ

1. กฎแห่งความพร้อม (Law of Readiness) หมายถึง สภาพความพร้อมหรือความมีวุฒิภาวะของผู้เรียนทั้งทางด้านร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ ในการเรียนรู้และจิตใจ รวมทั้งพื้นฐานประสบการณ์เดิม โดยมีประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่า การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อผู้เรียนมีความพร้อมที่จะเรียน หรือพร้อมที่จะตอบสนอง และถ้าผู้เรียนพร้อมที่จะทำอะไรแล้วได้ทำ เขาจะเกิดความพอใจ และเกิดการเรียนรู้ แต่ถ้าไม่ได้ทำก็จะเกิดความไม่พอใจ และถ้าผู้เรียนไม่พร้อมที่จะทำอะไร แล้วถูกบังคับให้ทำย่อมนำมาซึ่งความไม่พอใจ และไม่ทำให้เกิดการเรียนรู้

2. กฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise) หมายถึง การที่ผู้เรียนได้ฝึกหัดหรือกระทำซ้ำ ๆ บ่อย ๆ โดยมีประเด็นสำคัญที่ว่า การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการตอบสนองกับสถานการณ์ หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันหลายครั้งย่อมจะทำให้มีความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งสองสิ่งอย่างแน่นแฟ้นและมั่นคงยิ่งขึ้น กล่าวคือ ถ้าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แล้วนำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ ก็จะทำให้ความรู้ที่มั่นคงถาวรยิ่งขึ้น แต่ถ้าไม่นำความรู้ที่นั้นไปใช้ ย่อมทำให้ความรู้ที่นั้นเสื่อมลงไปได้

3. กฎแห่งความพอใจ (Law of Effect) กฎนี้เป็นผลที่ทำให้เกิดความพอใจ กล่าวคือ เมื่อผู้เรียนได้รับความพอใจ จะทำให้พันธะหรือสิ่งเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองมีความเข้มแข็งมั่นคง ในทางตรงกันข้ามหากผู้เรียนได้รับความไม่พอใจ จะทำให้พันธะหรือสิ่งเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองอ่อนกำลังลง หรืออาจกล่าวได้ว่า การเรียนรู้จะได้ผลดีหากผู้เรียนได้รับความพึงพอใจและจะเรียนได้ผลน้อยหากได้รับความไม่พอใจ

Zimbardo, Maslach และ Ingham (1977)⁽⁶⁰⁾ ได้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม (Theories of Attitude and Behavior Change) สรุปประเด็นสำคัญของทฤษฎีได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติกับความรู้ คือ ถ้าผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจดี ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลงและจากนั้นก็เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา แสดงให้เห็นว่า ทั้งสามอย่างนี้มีความเชื่อมโยงกัน ฉะนั้นเมื่อต้องการให้เกิดการยอมรับปฏิบัติสิ่งใดจึงต้องพยายามเปลี่ยนทัศนคติเสียก่อนโดยการให้ความรู้

ในทัศนะของ Freud⁽⁸⁷⁾ เกี่ยวกับการเรียนรู้ Freud กล่าวว่า อุปสรรคในการเรียนรู้ของคนมักเกิดจากการเก็บกด (repression) เพราะการที่คนไม่สามารถแก้ปัญหาความคับข้องใจในบางเรื่องของตนออกไปได้ ในที่สุดก็จะเป็นตัวการสำคัญในการที่จะทำให้เกิดการชะงักการเรียนรู้ (Extinction) และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่อาจกลายเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้อื่น ๆ ต่อไปนี้

นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีแรงจูงใจที่เกี่ยวกับสัญชาตญาณ (Instinctual Theory) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นย่อมจะมีการเรียนรู้และประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น บุคคลจะแสวงหาความรู้จากสภาพแวดล้อมที่ตัวเองประสบอยู่ เพื่อความอยู่รอด⁽⁸⁸⁾

หลักและประเภทของการเรียนรู้

Bower และ Bevis (1979)⁽⁸⁹⁾ ได้กล่าวถึงหลักของการเรียนรู้ไว้ 9 ประการ คือ ประการแรก ความสนใจและแรงจูงใจของผู้เรียนจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อการเรียนรู้นั้นจัดประสบการณ์ได้อย่างสัมพันธ์กัน ประการที่ 2 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feed back) ในการปฏิบัติจะช่วยส่งเสริมให้สามารถกระทำได้ดีขึ้น ประการที่ 3 ระดับของความวิตกกังวลมีผลกระทบกระเทือนต่อความตั้งใจ ความคงทนในการจำ และความสามารถในการเรียน ประการที่ 4 ความสำเร็จจะเป็นการนำไปสู่การตั้งจุดหมายในสภาพที่เป็นจริงและมีความอดทนต่อความล้มเหลว ประการที่ 5 การเรียนรู้ที่เริ่มจากสิ่งที่ย่างไปยังสิ่งที่สลับซับซ้อน เป็นการช่วยทำให้เกิดความเข้าใจเพิ่มขึ้น ประการที่ 6 การเรียนรู้จะมีความหมายมากขึ้นเมื่อผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในกิจกรรมการเรียนรู้ ประการที่ 7 สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้มีผลกระทบต่อระดับปริมาณและคุณภาพของการเรียนรู้ ประการที่ 8 การให้รางวัลที่ผู้เรียนปรารถนาเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจมากกว่าการให้รางวัลทั่ว ๆ ไป หรือรางวัลที่เคยให้เป็นประจำ ประการที่ 9 ผู้เรียนจะสามารถเรียนได้ดีที่สุด เมื่อเขามีความต้องการที่จะเรียน

Babara (1976)⁽⁹⁰⁾ ได้อธิบายถึงประเภทของการเรียนรู้โดยได้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ การเรียนรู้ด้านความคิด ทัศนคติ และทักษะ ดังมีรายละเอียด คือ

การเรียนรู้ด้านความคิด (Cognitive Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยใช้ความคิด ผู้เรียนจะได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีมโนคติ (concept) เพิ่มขึ้น สามารถที่จะนำไปดัดแปลงใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การเรียนรู้ประเภทนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากไม่รู้เป็นรู้

การเรียนรู้ด้านทัศนคติ (Attitude Learning) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับทางด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการเลือกสิ่งต่าง ๆ ที่ตนชอบหรือไม่ชอบ และเป็นการกำหนดคุณค่าของสิ่งเหล่านั้น การเรียนรู้ประเภทนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากชอบเป็นไม่ชอบ หรือจากสิ่งที่ไม่ชอบเป็นชอบ

การเรียนรู้ด้านทักษะในการปฏิบัติ (Learning of Psychomotor) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะหรือความสามารถในด้านต่าง ๆ ที่จะกระทำออกมา การเรียนรู้ประเภทนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากสิ่งที่ไม่เป็นให้ทำเป็น

การเรียนรู้ที่สมบูรณ์ จะต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ประเภทนี้

สื่อการสอน (Instruction media) หมายถึง ตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน และทำให้การเรียนการสอนนั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้เป็นอย่างดี

สื่อการสอนจะช่วยให้เกิดความรู้ เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม จากการศึกษาถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้เรียนได้อาศัยอินทรีย์ทั้งห้า คือ จมูก ลิ้น กาย นู และตา ช่วยในการรับ กล่าวคือ ผู้เรียนสามารถรับความรู้จากการลิ้มรสด้วยลิ้น 3% จากการสัมผัสด้วยมือ 6% จากการฟังด้วยหู 13% และการดูด้วยตา 75% ⁽⁹¹⁾

สื่อการสอนแต่ละชนิดมีจุดประสงค์และวิธีการใช้ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องที่สอน ผู้สอน ผู้เรียน เวลา สถานที่ และสภาพการณ์ที่แตกต่างกันไป สื่อการสอนที่นิยมใช้ในปัจจุบันมีหลายชนิด เช่น เอกสาร ใบปลิว ภาพโฆษณา ภาพพลิก เทปโทรทัศน์ บทเรียนสำเร็จรูป เทปเสียง สไลด์ประกอบเสียง เป็นต้น ประโยชน์ของสื่อ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านที่เกี่ยวกับความเข้าใจเนื้อหาได้แจ่มแจ้งในระยะเวลาสั้น ทำให้มีความรู้กว้าง และเกิดการเรียนรู้ที่คงทน
2. ทำให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ร่วมกัน มีความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาเดียวกันเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้ ความเข้าใจระหว่างกัน ทำให้สามารถเข้าใจในบทเรียนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมกิจกรรมการเรียนการสอน เนื่องมาจากการใช้ภาพหรือวัตถุ ตัวอย่างในการประกอบการสอน ย่อมทำให้ผู้เรียนสนใจ มีความเข้าใจ และอยากเรียนรู้มากขึ้น ทำให้เกิดการซักถาม และตอบปัญหา

4. สร้างเสริมความคิดสร้างสรรค์ให้กับผู้เรียน นั่นคือ การที่ผู้เรียนได้เห็นภาพ หรือของจริงประกอบการสอน ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ และติดตามได้รวดเร็ว ก่อให้เกิดแนวความคิดใหม่ ๆ มากขึ้น

5. สร้างเสริมลักษณะนิสัยที่ดีในการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ เช่น การที่ผู้เรียนเคยได้รับประโยชน์จากความรู้ ซึ่งได้รับการอ่านเอกสาร ใบปลิวหรือภาพโฆษณา ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ และพยายามที่จะค้นคว้า ศึกษามากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์แก่ตนเองและครอบครัว

6. ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนไปในทางที่ปรารถนาได้ ในเมื่อผู้เรียนได้รับความรู้ และมีความเข้าใจดี ย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และพร้อมที่จะปฏิบัติตามนั่นเอง

สื่อการสอนที่ใช้สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้มีลักษณะเป็นหนังสือคู่มือ (Handbook, Manual, a Guide book) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากบทเรียนโปรแกรม (Programmed instruction) และใช้กับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยมุ่งให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนด้วยตนเอง (Self - instruction) ดังนั้น จึงเรียกหนังสือคู่มือนี้ว่า คู่มือการเรียนด้วยตนเอง (Self - instruction manual)

คู่มือการเรียนด้วยตนเอง

ความหมาย

วารินทร์ ปินโฮเซ็น (2536)⁽⁹²⁾ ได้ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบการสอนชนิดรายบุคคล ที่มุ่งให้ผู้เรียนแต่ละคนเรียนตามความสามารถและความสะดวกของตน เป็นการเรียนที่ผู้เรียนไม่ต้องรอกัน

โกชัย สาริกบุตร และสมพร สาริกบุตร (2521)⁽⁹³⁾ กล่าวว่า หนังสือคู่มือเป็นสิ่งพิมพ์ทางการศึกษาชนิดหนึ่ง ใช้เป็นกุญแจสำหรับไขเมื่อเกิดความข้องใจ ต้องการคำอธิบายด้วยการให้เฉลยปัญหา หรือต้องการความรู้บางอย่างรวดเร็ว

จินตนา ไบกาชุย (2540)⁽⁹⁴⁾ กล่าวว่า คู่มือการเรียนด้วยตนเองเป็นสื่อการเรียนชนิดหนึ่ง ที่ตอบสนองความแตกต่างที่มีผลต่อการเรียนรู้ของบุคคล ใ้บุคคลได้มีโอกาสเรียนตามความต้องการ ความสนใจ และความสามารถของตน มีการจัดอย่างเป็นระบบ และผู้เรียนสามารถเรียนได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องเรียนในห้องเรียน

คณะนิติบัญญัติเทคโนโลยีทางการศึกษา ม.ประสานมิตร (2518)⁽⁹⁵⁾ ได้ให้ความหมายว่าเป็นการสอนที่ผู้เรียนใช้ศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเอง มีการกำหนดเนื้อหาวิชาไว้แน่นอน และจัดวางลำดับเนื้อหาให้เป็นไปตามลำดับอย่างมีระเบียบแบบแผน

สรุปว่า คู่มือการเรียนด้วยตนเอง เป็นสิ่งพิมพ์ชนิดหนึ่ง que จัดสร้างขึ้นอย่างมีระเบียบแบบแผน มีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนเรียนด้วยตนเอง ตามความรู้ ความต้องการและความสามารถของคน โดยเนื้อหาในคู่มือฯ จะตอบสนองความต้องการของผู้เรียนในเรื่องที่ผู้เรียนกำลังประสบอยู่

ลักษณะของคู่มือการเรียนด้วยตนเอง⁽⁹⁶⁾

มีลักษณะเป็นการจัดเนื้อหาให้ผู้เรียนเรียนรู้ทีละตอน แต่ละตอนเรียกว่ากรอบ และในแต่ละกรอบจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 อย่าง คือ

1. ข้อมูล (information) ส่วนที่เป็นข้อมูลอาจจะเป็นรูป, คำอธิบาย, แผนภาพ ฯลฯ
2. คำถาม (question) ส่วนที่เป็นข้อความเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดและใช้ความรู้ที่ได้จากข้อมูลที่ให้
3. ช่องว่างให้เติมคำตอบ (place for response)
4. ช่องคำตอบที่ถูกต้อง (confirmation of response) คือ ส่วนที่ให้ผู้เรียนยังไม่เห็นคำตอบในขณะที่ศึกษาในแต่ละกรอบ เมื่อผู้เรียนเติมคำตอบลงในช่องว่างแล้ว จึงเปิดดูคำตอบที่ถูกต้อง ในส่วนนี้เพื่อให้ผู้เรียนทราบว่าตนตอบได้ถูกต้องหรือไม่
5. คำชี้แจง (instruction) เป็นส่วนที่เป็นข้อความชี้แจงว่าผู้เรียนจะอย่างไรกับคู่มือฯ ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบทั้ง 5 ประการไม่จำเป็นต้องมีอยู่ในกรอบทุกกรอบ

หลักการสร้างคู่มือการเรียนด้วยตนเอง

ปฐม นิคมานนท์ (2528)⁽⁹²⁾ ได้กล่าวถึงหลักการในการสร้างคู่มือว่า ควรออกแบบปกและรูปเล่มให้สวยสะดุดตา และจงใจผู้อื่น มีเนื้อหาสาระดี ให้ประโยชน์แก่ผู้อื่น ใช้ประโยคสั้น ๆ ชัดเจน ควรใช้ประโยคบอกเล่าตรงไปตรงมา เขียนให้อ่านง่าย เข้าใจง่าย ส่วนประกอบอื่น ๆ ที่จำเป็นที่มีส่วนทำให้นางหนังสือน่าอ่าน และน่าสนใจ ได้แก่ ขนาดของตัวอักษรจะต้องมีขนาดใหญ่เหมาะสมกับวัยของผู้เรียน ควรมีภาพประกอบตามความจำเป็นเพราะจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจและจดจำได้ดีกว่าการมีแต่ตัวหนังสือ

ขั้นตอนในการสร้างคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง ^(92, 96, 97)

1. เลือกหัวเรื่องที่จะเขียนลงในคู่มือ โดยดูลักษณะของเนื้อหาว่าเหมาะสมหรือไม่ มีความน่าสนใจเพียงใด ในการเขียนลงในคู่มือ
2. ประเมินลักษณะของผู้เรียนว่าเป็นใคร มีพื้นฐานความรู้เกินมากน้อยแค่ไหน ฯลฯ
3. กำหนดวัตถุประสงค์ของคู่มือว่าหลังจากที่ผู้เรียนได้เรียนจบแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นอย่างไรบ้าง
4. วางโครงเรื่องที่จะเขียนเป็นลำดับเรื่องราว
5. รวบรวม จัดเนื้อหา และลงมือเขียนตามวัตถุประสงค์และโครงเรื่องที่วางไว้
6. นำคู่มือฯ ที่เขียนเสร็จไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้านเนื้อหา (subject matter specialist) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
7. นำไปทดลองใช้กับผู้เรียนที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อทดสอบประสิทธิภาพแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป
8. จัดพิมพ์ ทำรูปเล่มให้สวยงาม มีภาพประกอบน่าสนใจ และนำไปใช้กับผู้เรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายต่อไป

ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องในการสร้างคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง

การสร้างคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนและเรื่องที่อ่าน ดังนั้นผู้สร้างจำเป็นต้องอาศัยหลักการทางจิตวิทยา ประกอบการสร้างคู่มือนี้ด้วย ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องได้แก่

ทฤษฎีของสกินเนอร์ (Skinner) ^(89, 98)

มีหลักการที่สำคัญบนพื้นฐานการวางเงื่อนไขแบบ Operant Conditioning ดังนี้

1. การเรียนรู้ เป็นการต่อเนื่องสัมพันธ์ของประสบการณ์ จึงจัดเนื้อหาหรือประสบการณ์การเรียนรู้เป็นตอน ๆ ในแต่ละตอนหรือ Frame ประกอบด้วยความคิดรวบยอด (concept) ต่อเนื่องสัมพันธ์กับเป็นอนุกรม ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้สะดวกขึ้น
2. การเสริมแรง (Reinforcement) หรือการเสริมกำลังใจเป็นสิ่งสำคัญของการเรียนรู้ แต่ละตอน (Frame) จะมีเนื้อหาที่มีลักษณะเป็นเหตุและผล เริ่มจากง่ายแล้วพัฒนาต่อเนื่องไปสู่สิ่งที่ยากขึ้นตามลำดับ ผู้เรียนจะได้เรียนทีละขั้น และเน้นให้ผู้เรียนได้ตอบคำถามในแต่ละขั้นให้ถูก การตอบคำถามนี้ถือเป็น operant คำเฉลยเป็น reinforcement หรือการเสริมแรง และตัวเสริม ได้แก่ ความรู้ในคู่มือฯ นั้น การที่ผู้เรียนสามารถตอบคำถามในแต่ละกรอบถูกต้องก็แสดงว่า เขาได้รับการเสริมแรง ซึ่งจะมีผลให้เขาพยายามที่จะเรียนให้มีความรู้มากยิ่งขึ้น ⁽⁸⁹⁾

3. การเสริมแรงทันทีทันใด (Immediacy of Reinforcement) เมื่อผู้เรียนตอบคำถามในกรอบเสร็จ ผู้เรียนจะทราบคำตอบทันทีจากคำเฉลยในกรอบถัดไป วิธีนี้ถือว่าเป็นการเสริมแรงของผู้เรียนได้ดี มีงานวิจัยยืนยันว่า การที่ผู้เรียนรู้ว่าอะไรถูก (positive feedback) มีประสิทธิภาพกว่าการที่รู้ว่าอะไรผิด (negative feedback) ดังนั้นการแบ่งเนื้อเรื่องออกเป็นกรอบเล็ก ๆ ต่อเนื่องกันไป ก็เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสที่จะตอบถูกต้องมากที่สุด และให้ positive feedback คือ ให้ทราบแต่ข้อที่ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจและกำลังใจที่จะศึกษาค้นคว้าหาความรู้ต่อไป

4. *คู่มือการเรียนด้วยตนเอง สามารถศึกษาได้ด้วยตัวเอง* ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นอิสระ ทำให้เกิดการพึ่งตัวเอง และมั่นใจในตัวเองมากขึ้น

การสร้างคู่มือการเรียนด้วยตนเอง ถือว่าเป็นการสร้างสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสศึกษาหาความรู้ด้วยตัวเอง โดยสามารถเรียนรู้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ เป็นการลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคใดโรคหนึ่ง และสามารถนำกลับมาใช้ได้หลายครั้ง จึงถือว่าเป็นสื่อที่ค่อนข้างประหยัด แต่ได้ผลคุ้มค่า อย่างไรก็ตามคู่มือการเรียนด้วยตนเอง ที่ใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทั่วไป และทางจิตนั้นค่อนข้างมีมาก แต่มีการทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้้น้อยมาก งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ใช้คู่มือต่าง ๆ กับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยโรคทางกายมากกว่า ดังเช่นงานวิจัยของ

วารินทร์ ปินโฮเซ็น (2536) ⁽⁹²⁾ ได้ทำการศึกษาผลการใช้คู่มือการเรียนด้วยตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคลมชัก จำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคลมชักกลุ่มที่ได้รับคู่มือการเรียนด้วยตนเอง มีคะแนนความรู้เรื่องโรคลมชัก และมีคะแนนการปฏิบัติมากกว่าผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่ได้รับคู่มือการเรียนด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

นิตยา วรชาศรีพันธ์ (2531) ⁽⁸⁹⁾ ได้ศึกษาผลของการใช้คู่มือการปฏิบัติตนที่มีต่อความรู้เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภายหลังจากเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือการปฏิบัติตน ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลม และการไอเอาเสมหะออกอย่างถูกวิธีดีขึ้น

จกมล พุทธิรักษา (2526) ⁽⁹⁹⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลวิชาชีพ และที่เรียนด้วยตนเองโดยใช้หนังสือคู่มือ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการสอนจากพยาบาล มีความรู้ และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในเรื่องของการเคลื่อนไหวแขน และข้อไหล่ ความสามารถในการทรงตัวไม่แตกต่างกัน

นวลอนงค์ บุญญฤทธิ์พงษ์ (2530)⁽¹⁰⁰⁾ ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำร่วมกับการใช้หนังสือการ์ตูน เรื่อง “การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรแรก พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้โดยรับคำแนะนำร่วมกับหนังสือการ์ตูน และมารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้โดยได้รับหนังสือการ์ตูนเพียงอย่างเดียว มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่แตกต่างกัน

สุนีย์ สุนทรมีเสถียร (2531)⁽¹⁰¹⁾ ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำต่อความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส และสามี พบว่า หญิงมีครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำโดยใช้คู่มือ มีคะแนนความรู้สูงกว่าหญิงมีครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อีกทั้งยังมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่า และมีการปฏิบัติตนดีกว่าหญิงมีครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ เป็นบางเรื่องอีกด้วย และในสามีพบว่า ผลการวิจัยเป็นไปทำนองเดียวกัน

หทัยา เจริญรัตน์ (2531)⁽¹⁰²⁾ ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนโดยได้รับคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดไปศึกษาที่บ้านด้วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ

จะเห็นได้ว่า รายงานวิจัยเหล่านี้ เป็นการนำคู่มือมาใช้กับผู้ป่วยโรคทางกายที่ให้ผลแตกต่างกันไป สำหรับงานวิจัยที่นำคู่มือมาใช้กับคนทั่วไป ได้แก่ งานวิจัยของ

วิษณุ ธรรมลิขิตกุล (2533)⁽¹⁰³⁾ ที่ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของหนังสือคู่มือการใช้ยาต้านจุลชีพในการเพิ่มพูนความรู้ของนักศึกษาแพทย์ จำนวน 47 คน พบว่า หนังสือคู่มือดังกล่าวสามารถเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการใช้ยาต้านจุลชีพของนักศึกษาแพทย์ได้

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องดังนี้

จากการศึกษาของ Edward (1975)⁽¹⁰⁴⁾ จากมหาวิทยาลัยฮิลลินอยส์ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบการใช้ชุดการเรียนด้วยตนเอง และการได้รับคำแนะนำจากครู กับการใช้ชุดการเรียนด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้แนะนำทำการทดลองกับนักศึกษาของมหาวิทยาลัย จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 25 คน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีผลการเรียนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การเรียนด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้แนะนำ ถ้าชุดการเรียนนั้นได้สร้างขึ้นอย่างถูกต้องตามกระบวนการแล้วผู้เรียนจะสามารถเรียนด้วยตนเองได้ผลดีเช่นกัน

Andrewes, Kinsella และ Murphy (1996)⁽¹⁰⁵⁾ ได้ใช้คู่มือกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องทางความจำ ซึ่งไม่ได้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับคู่มือฝึกความจำด้วยตนเอง

พร้อมทั้งฝึกความจำเป็นเวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีพัฒนาการในการจำดีขึ้น อย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในการจำชื่อคน

จากการศึกษาทั้งหมดนี้จะเห็นว่าการนำคู่มือมาใช้กับผู้ป่วยและคนปกติค่อนข้างมีประสิทธิภาพในทางที่ดี และก่อให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่างนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีผู้ใดทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำคู่มือมาใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามาก่อน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ควรจะมีการศึกษาเรื่องนี้ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สร้างคู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองขึ้น เพื่อดูว่าก่อนและหลังการใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีความรู้ และทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร อันจะนำไปสู่การปฏิบัติกรดูแลที่เหมาะสมต่อไป