บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
    - 1.1 ความหมายผู้สูงอายุ
    - 1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
    - 1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
    - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
    - 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
    - 2.3 อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
    - 2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า
    - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
    - 2.6 การบำบัดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ
    - 2.7 การประเมินภาวะซึมเศร้า
    - 2.8 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
    - 3.1 สาเหตุการสูญเสียการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
    - 3.2 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุ
    - 3.3 ลักษณะความรู้สึกและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการมีคุณค่าในตัวเอง
    - 3.4 ความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า
4. กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง
    - 4.1 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพของบุคคล
    - 4.2 องค์ประกอบสภาพทางคลินิก
    - 4.3 เป้าหมายของกลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพของบุคคล
    - 4.4 พัฒนาการกลุ่ม
    - 4.5 ปัจจัยบำบัด
    - 4.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

4.7 ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5 การใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ประพิณ วัฒนกิจ (2531) ให้ความหมายว่า เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี เป็นวัยที่พ้นจากการทำงานทางราชการหรือรัฐวิสาหกิจ หรือสำนักงานของภาคเอกชนบางแห่งนอกจากผู้ที่มีกิจการส่วนตัวเท่านั้น โดยทั่วไปผู้ที่ก้าวสู่วัยนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอย่างชัดเจน

ศรีธรรม ชนะภูมิ (2535) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุจะเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ภาวะสูงอายุจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการดูแลร่างกาย พันธุกรรมและการพัฒนาการในอดีต วัยสูงอายุเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตอาจมีช่วงระยะเวลายาวนานถึง 10-20 ปี หรือมากกว่านั้นแตกต่างกัน ถ้ามีการเตรียมใจกันก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุล่วงหน้ามาตั้งแต่วัยกลางคน จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของวัยสูงอายุได้

บุษยมาศ สินธุประมา (2539) ให้ความหมาย ว่า บุคคลที่อยู่ในความสูงอายุหรือชราภาพ เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนเปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิตโดยอายุหรือวัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของชีววิทยา จิตใจและสังคม

วารี กังใจ (2540) ให้ความหมายว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นเป็นต้นไป ตามคำจำกัดความของมติสมัชชาผู้สูงอายุที่นครเวียนนา ปี 2525 จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งนับว่าเป็นพัฒนาการไปในทางเสื่อมลง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ให้ความหมายว่าบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี หรือ 65 ปี ขึ้นไปอาจแตกต่างกันเล็กน้อยในเรื่องของแต่ละกลุ่มชน ลักษณะวัยของอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์และสภาวะทางสังคม วัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยลงกว่าวัยที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (2546) ให้ความหมายผู้สูงอายุไว้ว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

Murray & Zentner (1993) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุเป็นสภาวการณ์ของการมีอายุขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระดับสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย

จากความหมายของผู้สูงอายุข้างต้น อาจสรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยในทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อย อาจขึ้นอยู่กับมีความแตกต่างในเรื่องของพันธุกรรม การพัฒนาการในอดีต และการดูแลร่างกายของแต่บุคคล

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากการที่มีผู้ให้ความสนใจและอธิบายถึงความแตกต่างของการสูงอายุ ทำให้เกิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุมากมาย ซึ่งไม่มีทฤษฎีใดที่จะสามารถอธิบายถึงปัจจัยและที่มาของการสูงอายุได้อย่างชัดเจนโดยลำพัง ดังนั้น จึงมีหลายทฤษฎีร่วมกันอธิบายถึงการสูงอายุโดยทั่วไป ซึ่งแบ่งเป็นทฤษฎีใหญ่ ๆ ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) เน้นคนเป็นสิ่งมีชีวิต ที่มีวิวัฒนาการอยู่เสมอและจะอยู่รอดได้ แม้ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่ออายุมากขึ้นไม่สามารถมีชีวิตอยู่ตลอดไปได้

1.2.2 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐานของยีนส์ (Gene) และการเปลี่ยนแปลงในระดับเซล (Cell) และเนื้อเยื่อซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ทฤษฎีหลัก ดังนี้

1.2.2.1 ทฤษฎีการถ่ายทอดพันธุกรรม (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุ คนเมื่ออายุมากขึ้น เช่นลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าว จะพบในบางคนเท่านั้น แม้จะมีอายุเท่ากัน ทฤษฎีการถ่ายทอดพันธุกรรมนี้ยังได้กล่าวถึงการสร้างโปรตีนโดย DNA ซึ่งมีเอนไซม์ (Enzyme) เป็นตัวควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยแบ่งแยกย่อยได้อีก 3 ทฤษฎี คือ

1.2.2.2 ทฤษฎีที่ไม่เกี่ยวกับยีนส์ (Non Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าระดับเซลล์และระดับเนื้อเยื่อ

1.2.3 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความสำคัญของจิตใจ คือความสำคัญของช่วงชีวิตในครึ่งหลังจะมีผลมาจากครึ่งแรกของชีวิต อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป แยกเป็น 2 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1.2.3.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่นมีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักผู้อื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุขในชีวิตบั้นปลาย

1.2.3.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่มีการค้นคว้า

และพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้ จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีเงินใช้สอย โดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

1.2.4 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วยและสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใด จะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น(ดวงฤดี สาศุขะ, 2526) นอกจากนั้น ยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงวัยสูงอายุลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ควรจะเป็นตัวของตัวเองลดความรับผิดชอบลงและพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อจะได้ใช้ในบั้นปลายอย่างมีความสุขโดยมีแนวทฤษฎี 5 แนวทาง ที่เสนอแนะการดำรงตนของผู้สูงอายุทางสังคม ดังนี้

1.2.4.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอนตัวออกไป ดังนั้น ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมาควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ทำให้มีสุขภาพดีทั้งใจและกาย กิจกรรมจึงมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ (Barrow and Smith, 1979)

1.2.4.2 ทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน (Disengagement Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลงสุขภาพเสื่อมถอยรวมทั้งความตายที่ค่อย ๆ มาถึง ผู้สูงอายุจึงหลีกหนี ถอนตัวออกจากสังคม เพื่อลดความเครียดและพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ระหว่างตนเองกับสังคมต่อไป (Dowd, 1975)

1.2.4.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ก็ต่อเมื่อได้กระทำกิจกรรม หรือปฏิบัติตัวเช่นที่เคยได้กระทำมาแต่เก่าก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับคนหมู่มากก็กระทำต่อไป คนใดพอใจรักชีวิตที่อยู่อย่างสบาย สันโดษ ก็อาจแยกตนเองออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุว่าจะต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงมากมายหลายอย่างในสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ เป็นต้น

1.2.4.4 ทฤษฎีของ Erikson (Erikson' s Theory) ทฤษฎีนี้ กล่าวว่า การพัฒนาการทางด้านจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า มีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมาและเกิดความรู้สึกสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงข้ามกัน คนที่ไม่ยอมรับจะมีความรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อยและต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอย สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไร้ค่าและความสามารถที่จะเผชิญต่อความสูงอายุลดน้อยลงด้วย

1.2.4.5 ทฤษฎีของ Peck (Peck' s Developmental Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (55 – 75 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัย และการปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตสังคม เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการ 3 ประการ คือ

(ก) ความสามารถในการแยกความแตกต่างของคน กับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่การงาน เมื่อเกษียณอายุบางคนจะมีความรู้สึกว่าไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งที่เคยทำ หลังเกษียณอายุความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้ที่ชอบปลูกต้นไม้หรือเล่นกอล์ฟ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณ ที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

(ข) ความสามารถทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ กับร่างกายที่แข็งแรง เมื่อยังทำงานอยู่ทักษะทางด้านนี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะเกิดความผาสุก แต่ถ้านึกถึงความถดถอยของร่างกาย ก็จะทำให้ความสุขและความพอใจในวัยสูงอายุลดน้อยลง

(ค) การยอมรับว่าร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายธรรมชาติ ทำให้คนยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความตายด้วยในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดถือสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อ่อนกว่า ก็จะพยายามยึดชีวิตไว้ได้ยาวนานที่สุดและไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ หวาดกลัวความตาย

จากทฤษฎีข้างต้นนี้จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิต ความรู้ความสามารถ ภาวะสุขภาพ ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และมาตรฐานทางสังคมของคน ๆ นั้น ซึ่งอาจเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน ในแต่ละบุคคล

1.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้นจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันทุกคนและอาจเกิดขึ้นไม่เหมือนกัน หรือในเวลาที่แตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวพอสรุปได้ 3 ด้าน คือ (บุญศรี นุเกตุ และคณะ, 2548)

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (Aging Process) มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ ลดความแข็งแรง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อหย่อนสมรรถภาพ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความมีอายุนี้เกิดขึ้นในทุกระบบ ดังนี้

1.3.1.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความสามารถในการทำงานของหัวใจลดลง ลิ้นหัวใจจะหนาและแข็งขึ้น หลอดเลือดจะสูญเสียความยืดหยุ่นและแข็งตัว ความต้านทานที่ส่วนปลาย (Peripheral resistance) จึงเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตในผู้สูงอายุสูงขึ้น ซึ่งจะมีผลทั้งความดันซิสโตลิก (Systolic) และไดแอสโตลิก (Diastolic) ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจช้าลงและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเมื่อหัวใจบีบตัว 1 ครั้งลดลง เป็นสาเหตุทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาที ลดลงด้วยถึง 40 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบระหว่างคนอายุ 25 ปีและ 65 ปี (Carnevali & Patrick, 1986) การตกใจหรือภาวะเครียดโดยทันทีที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ หัวใจปรับตัวได้ช้า ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเต้นของชีพจรและต้องใช้เวลานานกว่าจะกลับคืนสู่สภาพปกติ และในสภาวการณ์เช่นนี้ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเมื่อหัวใจบีบตัว 1 ครั้ง ก็อาจจะเพิ่มขึ้นได้ เป็นผลทำให้มีการเพิ่มของความดันโลหิตสูง

1.3.1.2 ระบบทางเดินหายใจ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อหน้าอก กระดูกซี่โครงและสันหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกถูกจำกัด ประกอบกับความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อของปอดและหลอดลมลดลง ทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี ปริมาณของอากาศตกค้างในปอดมากขึ้น ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เป็นผลให้จำนวนออกซิเจนในเลือดต่ำ ผู้สูงอายุจึงมักหอบเหนื่อยได้ง่ายและมีโอกาสที่จะมีเสมหะคั่งค้างได้

1.3.1.3 ระบบทางเดินอาหาร การรับรู้รสลดลง เนื่องจากต่อมรับรสลดจำนวนลง ทำให้ความอยากรับประทานอาหารลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของฟันและเหงือก ทำให้การรับประทานอาหารเป็นไปอย่างลำบาก ต้องเลือกลักษณะอาหารมากขึ้น การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารลดลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซึมอาหารลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุซีดและขาดอาหารได้ง่าย และเนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของระบบย่อยอาหารลดลงมีผลทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก และท้องเสียได้ง่าย โดยเฉพาะถ้าผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่เพิ่มแก๊สหรือกระตุ้นการทำงานของลำไส้มากเกินไป อาหารที่ไม่มีกากหรืออาหารที่มีกากมากเกินไป

1.3.1.4 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไต และจำนวนหน่วยไตลดลง ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลง และอัตราการกรองของไตลดลงประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ (Eliopaulos, 1978) การทำงานของท่อไตลดลงทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง เป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและอีเล็คโตรลัยท์ได้ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะเหลือเพียง 250 มิลลิลิตร ตัวรับการกระตุ้นต่อการยืดขยายกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ เมื่อมี

ปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะเท่านั้น แต่เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงทำให้มีปัสสาวะเหลือค้างอยู่มากภายหลัง ถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง จึงพบว่า ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น และมีปัญหาการถ่ายปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้งเนื่องจากต่อมลูกหมากโตซึ่งพบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุชายที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Eliopaulas, 1978) ในผู้สูงอายุเพศหญิงมีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกราน ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภายในช่องคลอดมีสภาวะเป็นด่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

1.3.1.5 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิม ลดลง 50 เปอร์เซ็นต์ ทำให้การหายของแผลช้าลง จำนวนแมคโครเพจย์ (Macrophages) บริเวณผิวหนังลดลง 70 เปอร์เซ็นต์ เป็นเหตุให้ภูมิคุ้มกันของผิวหนังลดลง จึงทำให้ถูกกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย (Carnevali & Partrick, 1993) เซลล์สร้างสี (Melanocytes) ทำงานลดลงทำให้สีผิวจางลง แต่อาจมีรงควัตถุ (Pigment) สีดำหรือสีน้ำตาลสะสมเป็นแห่ง ๆ โดยเฉพาะที่บริเวณใบหน้า แขน และหลังมือ เส้นใยยืดหยุ่นลดลง น้ำ และไขมันใต้ผิวหนังลดลง การไหลเวียนเลือดลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายและทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลง ทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้ การระบายความร้อนโดยวิธีการระเหยจึงไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง เกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลาที่อุณหภูมิของอากาศสูงขึ้น ผมและขนมีจำนวนลดลงและสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว มีลักษณะแห้งเปราะและร่วงง่าย

1.3.1.6 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะหลังโกง ข้อติดแข็ง ใยของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อต่าง ๆ เหี่ยวลีบและลดจำนวนลง เนื่องจากความบางของกระดูกจะลดลง ข้อกระดูกสันหลังจะสั้นและหมอนรองกระดูกสันหลังจะบางทำให้แนวของกระดูกไขสันหลังลดความยาวลง ความสูงจะลดลงประมาณ 1.5 นิ้ว เปรียบเทียบระหว่างอายุ 65 ปี ถึง 75 ปี (Carnevali & Patrick, 1993) ผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวได้ช้ากว่าปกติ มีการสั่นของกล้ามเนื้อ (Muscle tremors) ระหว่างอยู่เฉยๆหรือพัก ซึ่งเชื่อว่ามีการเสื่อมหรือถูกทำลายของ Extrapyramidal system มีการเสื่อมของข้อต่าง ๆ ทำให้เกิดอาการปวดข้อ ซึ่งพบมากที่สุดบริเวณข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

1.3.1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลง เป็นสาเหตุให้มีการลดลงของอัตราการเผาผลาญในร่างกาย ต่อมใต้สมองทำงานลดลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ทำหน้าที่ได้ลดลงด้วย มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อวัยวะสืบพันธุ์เหี่ยวและเล็กลง ต่อมหมวกไตผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลได้น้อย ทำให้เกิดอารมณ์เครียดและหงุดหงิดง่าย ฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosteron) ผลิต

น้อยลงเป็นผลให้การดูดกลับของโซเดียมที่ไตลดลง ตับอ่อนทำหน้าที่ลดลง มีการหลั่งอินซูลินออกมาน้อย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุสูงขึ้นอาจเกิดโรคเบาหวานได้

1.3.1.8 ระบบประสาทและระบบประสาทสัมผัส สมองของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลง และมีการเสื่อมของเซลล์สมอง เป็นผลให้ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตได้ดี ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ลดลง การคิดคำนวณเสื่อมลง ความกระตือรือร้นลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น อวัยวะของระบบรับสัมผัสได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนังเสื่อมลง ตาของผู้สูงอายุมักเป็นต้อกระจก เลนส์ตาหนาขึ้น เรตินาเสื่อมและลอกหลุด ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็นไม่ชัด ลานสายตาแคบลง กระดูกหูและประสาทหูเสื่อมลง ทำให้ได้ยินเสียงไม่ชัด มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ความสามารถในการรับกลิ่นและรสของผู้สูงอายุลดน้อยลง เพราะต่อมใต้สมองที่ทำหน้าที่ด้านนี้เสื่อมลงและปุ่มรับรสต่าง ๆ ที่ลิ้นจะเสื่อมไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขม และรสเค็ม จึงทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้นหรือรับประทานอาหารไม่อร่อย การรับความรู้สึกสัมผัสต่อสิ่งต่าง ๆ ทางผิวหนังลดลง การสูญเสียการรับรส การดมกลิ่น และการได้ยินนี้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากการเสื่อมของสมองบริเวณส่วนล่างของ Postcentral gyrus ในสมองกลีบข้างขม่อม (Parietal lobe) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกครอบครัว การเกษียณอายุราชการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่พบ มีดังนี้

1.3.2.1 บุคลิกภาพ ลักษณะและรูปแบบของบุคลิกภาพดั้งเดิม จะคงไว้ได้ไม่แตกต่างจากเดิม แต่ลักษณะเด่นเฉพาะจะแสดงออกมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น สาเหตุที่ทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ (Self concept) อัตมโนทัศน์เปลี่ยนไปมากเท่าใดและไปในทิศทางใด ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพและปริมาณของรูปแบบบุคลิกภาพมากขึ้นเท่านั้น การเปลี่ยนอัตมโนทัศน์อาจเกิดเนื่องจากความรับรู้ต่าง ๆ ในเรื่องของความมีอายุมากขึ้น การยอมรับจากสังคม การมองเห็นว่าสังคมมองผู้สูงอายุอย่างไรและการมองว่าในฐานะผู้สูงอายุเขาจะได้รับอะไรจากสังคมบ้าง การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพในผู้สูงอายุมีมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในรายที่เป็นอย่างอ่อน ๆ อาจมีความผิดปกติทางความจำ มีความเข้าใจอย่างผิด ๆ เกี่ยวกับเวลา บุคคล และสถานที่ หูแว่ว ประสาทหลอน อารมณ์ไม่แน่นอน ไม่สนใจตนเอง ร้องไห้ ซึมเศร้า ในรายที่มีอาการมากขึ้น เช่น ในราย

ที่มีโรคทางจิตจะพบมากหลังอายุ 65 ปี จะมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ผิดปกติทางอารมณ์รุนแรงมากจน อาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวเองหรือฆ่าผู้อื่นได้

1.3.2.2 การเรียนรู้และความจำ ผู้สูงอายุจะมีการเรียนรู้ช้าและน้อยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ความจำที่ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจะมีความจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะลืมเรื่องราวที่เกิดใหม่ได้ง่าย

1.3.2.3 สติปัญญา ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมของสมอง ความคิดความอ่านช้าลงแต่ความแม่นยำยังคงมีเท่า ๆ กับคนหนุ่มสาว ถ้าให้เวลามากขึ้น ความสามารถในการแสดงความคิดเห็นและวิจารณญาณจะทำได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องอาศัยประสบการณ์ ความสุขุมรอบคอบ ความสามารถในการวิเคราะห์และคำนวณสิ่งต่าง ๆ จะลดลง แต่ความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวกับภาษายังคงมีอยู่จนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต

1.3.2.4 ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ยังคงมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เกิดขึ้นได้มากในผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยใหม่ ๆ พบว่าผู้สูงอายุมักมีความคิดสร้างสรรค์ใหม่ได้ แม้ว่าจะไม่ได้รับการศึกษาก็ตาม ผู้สูงอายุจะใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตช่วยแก้ไข ปรับปรุง และค้นหาทางใหม่ที่จะทำให้สถานการณ์นั้นดำเนินต่อไปได้ ผู้สูงอายุจะนำเอาประสบการณ์ต่าง ๆ มาเรียบเรียงรวมเข้าด้วยกันในระดับที่สูงกว่า ซับซ้อนกว่า และสร้างขึ้นใหม่จริง ๆ ตามความคิดเห็นของเขา ซึ่งตรงกับสภาพความเป็นจริงที่คนส่วนใหญ่ต้องการ

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociological change) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีความเกี่ยวเนื่องมากจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ซึ่งในที่นี้จะรวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจด้วย ผู้สูงอายุเมื่อต้องเกษียณอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องรายได้ บางรายจะมีรายได้ที่แน่นอนจากเงินสวัสดิการ แต่ผู้สูงอายุบางรายไม่มีเงินรายได้เลย เนื่องจากร่างกายไม่อำนวย ไม่สามารถหางานทำได้และขาดเงินทุนสะสมจากวัยหนุ่มสาว ถ้าผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดการอุปการะจากบุตรหลานก็จะกลายเป็นผู้ที่มีปัญหาเป็นภาระของสังคม ปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจบีบรัดตัว ค่านิยมทางวัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงไปตามแบบตะวันตก ทำให้ไม่เอื้ออำนวยให้คนรุ่นใหม่ หรือบุตรหลานได้แสดงความกตัญญูรู้คุณ เลี้ยงดูพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตายาย ผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องพึ่งตนเองและพึ่งพาสังคมมากขึ้นผู้สูงอายุมีความต้องการทางสังคม ต้องการยอมรับจากสมาชิกในสังคมและครอบครัวเหมือนเช่นที่เคยเป็นมาในอดีต และพยายามแสดงบทบาทหรือพฤติกรรมให้เห็นว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อสังคม การแสวงหาเพื่อนหรือมิตรใหม่ของผู้สูงอายุมีจำกัด เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยรวมทั้งผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ โดยคิดว่าการพูดคุยกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย ตลอดจนตัวผู้สูงอายุเองก็ขาดความมั่นใจในหลายด้าน เช่น การได้ยินไม่ชัดเจน ความจำเสื่อม ทำให้กลัวว่าจะเป็นที่น่ารังเกียจ ผู้สูงอายุจึงแยกตัวจากสังคม ดังนั้นจากการเปลี่ยนแปลง

ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุเองและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในสังคม ก่อให้เกิดปัญหาปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการดังต่อไปนี้

นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2529) ได้ให้ความหมายว่า เป็น ภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกทางลบ โดยมีความรู้สึกเสียใจ หดหู่ ผิดหวัง ล้มเหลวหรือสูญเสีย มืดมน เป็นทุกข์ ทอดอาลัยในชีวิต รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ใจเหี่ยวแห้ง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ให้ความหมายว่า เป็น ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ตำหนิตัวเอง

ดวงใจ กสานติกุล (2536) ให้ความหมายว่า เป็นอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เซื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย มีผลกระทบในด้านสังคม หรือ อาชีพ ทำให้มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ให้ความหมายว่า ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ และคิดและการรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เบื่ออาหารอาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต

Beck (1967) ให้ความหมายว่าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า เป็นต้น มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนี หรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า กระวนกระวาย เป็นต้น

Beck และคณะ (1979) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้ จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยาย

ต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

Kaplan & Sadock (1989 อ้างใน ลัดดา แสนสีหา , 2536) กล่าวถึงให้ความหมายว่าภาวะซึมเศร้าว่ามีความหมายใน 3 ด้าน ด้านแรก ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้อธิบายถึงความรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ด้านที่สอง ในทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้าจะเป็นคำที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกเป็นทุกข์และทรมานกับประสบการณ์ต่าง ๆ ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตัวเองและความคิดจะเชื่องช้าลง และด้านสุดท้าย ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกชื่อและอาการของโรค

Velente (1994) ให้ความหมายว่าเป็น ภาวะที่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุข้างต้น อาจสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าจิตใจหดหู่ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และอนาคตในด้านลบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการเชื่องช้า เซื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย มีผลกระทบในด้านสังคม หรือ อาชีพ ทำให้มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปได้

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้มีการศึกษาและมีผู้อธิบายไว้หลายทฤษฎีโดยสรุปสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ดังนี้

2.2.1 ด้านร่างกาย สามารถอธิบายด้วยแนวคิดและทฤษฎีดังต่อไปนี้

2.2.1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory of depression) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ อะเซททิลโคลีน (acetylcholine) ซีโรโทนิน (serotonin) โดพามีน (dopamine) และ นอร์ดิพิเนพฟริน (norepineprine) โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Hagerty , 1995) จากการศึกษาของ Sano (1989) พบว่าระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนินจะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคสมองเสื่อม (dementia) นอกจากนี้การหลั่งสารโมโนแอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase) เดกซาเมทาโซน (dexamethazone) และฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ที่เพิ่มขึ้น ก็มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย (Gomes & Gomes, 1993) และจากการศึกษาของ Petty & Sensky (1987 cited in Scurtuon, 1989) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับของฮอร์โมนคอร์ติโซนที่สูงขึ้นกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น

ตามแนวคิดของทฤษฎีนี้ ผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีภายในร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้จากการรับประทานยาบางชนิด เช่น propanolol (inderal) เนื่องจากยาชนิดนี้จะระบายได้ดีในไขมันจึงผ่านเข้าสู่สมองได้มาก และไปปิดกั้นตัวรับอะดรีเนอร์จิคและตัวรับซีโรโทนิน ฤทธิ์ของซีโรโทนินจึงถูกยับยั้ง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น หรือยา nifedipine (adalat) ที่มีฤทธิ์ทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงมากขึ้น โดยไปยับยั้งกระบวนการใช้แคลเซียม ทำให้มีการหลั่งของนอร์อิพิเนพฟรินลดลง (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

2.2.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetic transmission) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง โดยจากการศึกษาคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์พบว่า คู่แฝดอีกคนมีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ถึงร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบพบเพียงร้อยละ 14 (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) และมีการศึกษาพบว่าสภาพครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 10 ถึง 15 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50 (นงคราญ ผาสุก, 2535)

2.2.2 ด้านจิตใจ สามารถอธิบายตามหลักของทฤษฎี ได้ดังนี้

2.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริงหรือในจินตนาการซึ่งมักจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญกับตน หรือการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (self – image) เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังมีภาวะอารมณ์โกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายใต้จิตใจต่อการสูญเสียนั้นแต่ไม่กล้าแสดงออก เพราะกลัวว่าผู้อื่นจะรังเกียจไม่คบด้วย ส่วนมากจะเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกันจึงเกิดความลังเล เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ความโกรธและความรู้สึกไม่เป็นมิตรเช่นนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดในใจตนเอง เนื่องจากตนรับรู้ว่าความโกรธเป็นสิ่งที่ไม่ดีและไม่สามารถแสดงออกอย่างรุนแรงได้ ความรู้สึกที่ไม่ดีจึงผันเข้าหาตนเอง (introjection) ทำให้กลายเป็นคนที่โกรธและเกลียดตนเอง เป็นศัตรูกับตนเอง ผลที่ติดตามมาคือเกิดอารมณ์เศร้ามาก มีความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนลดลง (loss of self – esteem) คิดว่าตนเองไม่มีความหมาย ไม่มีความหวัง และเชื่อว่าตนเป็นคนไม่ดี

2.2.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางความคิด (cognitive learning theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นฐานในการอธิบายภาวะซึมเศร้าคือทฤษฎีพฤติกรรม– ความคิด (cognitive – behavior theory)ซึ่ง Dobson (1989) ได้รวบรวมไว้เป็น 3 ประเด็นได้แก่การทำงานของกระบวนการทางความคิด ที่มีผลต่อพฤติกรรม การทำงานของกระบวนการทางความคิดสามารถปรับเปลี่ยนได้

และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเปลี่ยนการทำงานของกระบวนการทางความคิด ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางความคิด คือเมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางความคิดจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์ก็จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางความคิดด้วย นอกจากนั้นทฤษฎีนี้ยังได้อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่แตกต่างกัน แม้จะได้รับสิ่งเร้าเดียวกันว่า แต่ละบุคคลจะมีโครงสร้างทางความคิด (cognitive structure) ที่มีความซับซ้อนและความเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลที่เรียกว่ารูปแบบของการคิด (schema) ซึ่งรูปแบบของการคิดเป็นโครงสร้าง ที่มีความสลับซับซ้อนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตใจ สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และพฤติกรรมที่แสดงออก โดยเป็นตัวจัดกระทำกับประสบการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ซึ่งจะแตกต่างกันแต่ละบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เหมือนกันได้แตกต่างกัน นอกจากนี้ Beck (1967) ยังได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผล 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ (autonomic thoughts) ความคิดนำร่องหรือการสันนิษฐาน (schemata or assumptions) และความบิดเบือนทางความคิด (cognitive distortions) โดยความคิดอัตโนมัติซึ่งเป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง จะเป็นตัวกำหนดความคิดนำร่องหรือการสันนิษฐานของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นและเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์นั้น ๆ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดของบุคคลซึ่งอาจจะไม่ใช่ตามสภาพความเป็นจริงก็ได้ และจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะบิดเบือนไปตามการรับรู้นั้น ๆ ความคิดนำร่องเป็นโครงสร้างทางความคิดที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางด้านจิตใจและสถานการณ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำความเข้าใจ แปลความ และจดทำข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งความคิดนำร่องในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่

(ก) รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่เพียงพอ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนลดลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

(ข) รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่าง ๆ รอบตัว (negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย มองเห็นชีวิตในขณะนั้นเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้

เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกในคุณค่าของคนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใด ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ลักษณะของความคิดนำร่องเช่นนี้ เกิดจากการแปลความสถานการณ์ที่ผิดพลาด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนการบิดเบือนทางความคิดเป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาอีก ถ้ามีความคิดในทางลบเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้นด้วย และมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้น ทำให้ความคิดอย่างมีเหตุมีผลยิ่งลดลง และซึมเศร้ามากขึ้น

2.2.3 ด้านสังคม เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า นักวิจัยหลาย ๆ ท่าน ได้ให้ความสนใจกับการศึกษาในเชิงปริมาณและธรรมชาติของสถานการณ์เชิงชีวิตจริง รวมทั้งขนาด และการรับรู้ถึงการสนับสนุนของเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการเกิด หรือการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่ง (mania) ซึ่งจากการศึกษาของ Paykel, Myers, Dienelt, Lindental, Peper (1969) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีเหตุการณ์ที่สะเทือนใจหลาย ๆ เรื่องในระยะ 6 เดือนก่อนเกิดอาการมากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า และการศึกษาของ Brown & Harris(1978, cite in Fortinash & Holoday-Worret, 1996) พบว่าปัจจัยทางสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เช่น การไม่มีเพื่อนสนิทหรือบุคคลใกล้ชิดสนิทสนม การขาดบุคคลที่ไว้วางใจได้ การไม่มีงานทำ การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น และถ้าบุคคลมีอารมณ์เศร้าต่อเนื่องกันนานกว่า 6 เดือน ก็ถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive illness) ได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) นั่นคือ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแต่ละสถานการณ์นั้น ก่อให้เกิดความเครียด และเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.3 อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น จะมีอาการและอาการแสดง ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Beck, 1979)

2.3.1 อาการทางร่างกาย ส่วนใหญ่จะมีอาการดังต่อไปนี้ คือ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไป อาจจะนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป อ่อนเพลีย ไร้สมรรถภาพทางเพศ แบบแผนการรับประทานอาหารและความอยากอาหารลดลง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ท้องอืด ท้องเสีย วิงเวียน หรือปวดศีรษะ แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกายเปลี่ยนไป มีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง

2.3.2 อาการทางจิตใจ มักจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์ ความคิด สติปัญญา และการรับรู้ ได้แก่ ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำระยะสั้น คิดว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา รู้สึกกลัว วิตกกังวล เครียด ตื่นเต้น ถูกทอดทิ้ง มีอารมณ์เศร้าหมอง โกรธ และขุ่นเคืองง่าย ไม่สนใจคนที่เคยสนิทคุ้นเคย รู้สึกไม่พอใจต่อสภาพที่เป็นอยู่ รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว หมดหนทาง ท้อแท้และหมดหวัง มีความเชื่อว่าตนเองล้มเหลว มีความเชื่อว่าภาวะที่เป็นอยู่ของตนเองเกิดจากมีสิ่งอื่นมากระทำ เชื่อว่าตนเองถูกลงโทษ และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

2.3.3 อาการทางพฤติกรรมและสังคม จะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอุปนิสัย และสัมพันธภาพ กล่าวคือ มีอุปนิสัยเปลี่ยนไป เช่น ไม่ร่าเริงสนุกสนานเหมือนเดิม มีความสนใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลงโดยสังเกตได้จากท่าทางที่เฉยเมย ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ยอมสบตา ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ลดลง หรือบางรายอาจจะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างขาดระเบียบแบบแผน มีพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น จนถึงแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด เป็นต้น

2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ (Beck, 1967) ดังนี้

2.4.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุเพียงพอหรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจกับรูปลักษณ์ของตน ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นต้น

2.4.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอารมณ์เศร้ามากขึ้น เป็นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพละกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตัวเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิด

เกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่อยากรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

2.4.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความต้องการหลีกหนี หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ เลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉย ๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียวนาน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอัตราการตายหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานการฆ่าตัวตายสูง โดยการศึกษาของ Murphy (1990 อ้างในสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจำนวน 120 ราย ติดตามผลระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้แล้วภาวะซึมเศร้ายังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจด้วย ทั้งในการสูญเสีย ค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาลและการสูญเสียทางอ้อมเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่สามารถทำงานได้ หรือการที่ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลและการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

อย่างไรก็ตามแม้ว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจะทวีความรุนแรงมากขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย กลับพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และความสนใจในอาการที่เกิดขึ้น (วีระ ชูรุจิพร, 2542) นอกจากนี้สาเหตุอาการของโรคซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุ มีความแตกต่างจากที่พบในวัยผู้ใหญ่ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยากเพราะผู้ป่วยแสดงอาการไม่ชัดเจน มีโรคทางกายร่วมด้วยหรือแสดงอาการคล้ายโรคสมองเสื่อม และบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุมักต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านร่างกาย สังคม หรือเศรษฐกิจ(อรพรรณ ทองแตง และคณะ, 2544) ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวนไม่น้อย จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรก ทำให้มีอาการเรื้อรัง กลับเป็นซ้ำบ่อย หรืออาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายก่อนได้รับการรักษา (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541)

2.6 การบำบัดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ

ปราโมทย์ สุคนิชย์และคณะ (2542) กล่าวว่า ในการบำบัดรักษาด้วยการให้ยา เป็นการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงหายจากอาการ ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาต้านเศร้า เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า ในปัจจุบันไม่เน้นเฉพาะการรักษาทางกายโดยการใช้ยาอย่างเดียว การบำบัดรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการรักษาอีกทางหนึ่งที่ให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุร่วมด้วยซึ่งจะทำให้ได้ผลดีในการรักษา การทำจิตบำบัดเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย ความสิ้นหวัง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การใช้จิตบำบัดมีทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ซึ่งสามารถประยุกต์ได้ตามความเหมาะสม ในกลุ่มจิตบำบัดก็มีหลายประเภท แต่ที่เหมาะสมและได้ผลดีกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ

2.6.1 การบำบัดระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้อื่น มุ่งให้เกิดการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งด้านจิตใจ

2.6.2 การบำบัดโดยปรับวิธีคิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior Therapy) ซึ่งเชื่อกันว่าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง การรักษามุ่งเน้นแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา

2.6.3 การบำบัดโดยการสนับสนุนทางสังคม (Social reinforcement therapy) เป็นเทคนิคการใช้พฤติกรรม เพื่อกำหนดหรือแก้ไขรูปแบบของพฤติกรรม ความคิดที่เข้าใจผิดๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นในทางลบ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2.6.4 การบำบัดทางจิตระยะสั้น (Short-term psychotherapy) หลักการเดียวกับการบำบัดทางจิตแต่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 6 เดือน ผู้รักษาจะมีส่วนช่วยในการสืบค้นความขัดแย้งในจิตใจ แก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพของตนเองบางส่วนที่เป็นปัญหา

2.6.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) อาจทำเมื่อความตึงเครียดอยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นตัวส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือโดยเกิดความร่วมมือระหว่างวัยสูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้า ครอบครัว และผู้บำบัดจากการศึกษาพบว่า การให้การบำบัดที่เชื่อว่าได้ผลดีต่อภาวะซึมเศร้า คือ การทำ Family therapy, Psychodynamic psychotherapy, Cognitive behavior therapy

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ group supportive psychotherapy หรือกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เพราะกลุ่มสมาชิกเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนที่ส่งผลทางด้านจิตใจ จำเป็นต้องใช้การรักษาและการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

ของตนเองในกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเกิดความรู้สึกร่วมกัน (Universality) และเรียนรู้จากผู้ที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง เป็นการมุ่งให้กำลังใจและประคับประคองอารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุในกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักในการมีคุณค่าของตนเอง สามารถเผชิญปัญหา และเกิดความรู้สึกเพิ่มคุณค่าของตนเอง

2.7 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นสามารถประเมินได้ 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินตนเอง (self – report)

2.7.1 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และสังเกต มีดังนี้

2.7.1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression [Ham – D]) สร้างโดย Hamilton (Hamilton, 1960) แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะแรก แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ อาการทางกาย เช่น อ่อนล้า ปากแห้ง รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ วิตกกังวล (anxiety) หงุดหงิด กระวนกระวาย และการหยั่งรู้ (agitation and insight) ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมินและต้องได้รับการฝึกมาก่อน จึงจะใช้แบบประเมินได้เหมาะสม จากการศึกษาของ Onega and Abraham (1998) พบว่า ไม่สามารถประเมินโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ การคิด และจิตวิญญาณได้

2.7.1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Montgomery (Montgomery - Asberg Depression Rating Scale [MADRS]) สร้างขึ้นโดย Montgomery - Asberg (1979) แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของโรคซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลการรักษา เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์

การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินตนเองซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และสามารถเก็บข้อมูลซ้ำ มีดังนี้

2.7.7.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory [BDI]) สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Beck(1961) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าและอธิบายถึงสาเหตุ

ของการเกิดโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมใช้กับบุคคลอายุตั้งแต่ 17 - 80 ปี แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 21 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 63 คะแนน เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นอาการทางกาย 6 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-9 คะแนน) ซึมเศร้าเล็กน้อย (10 - 15 คะแนน) ซึมเศร้าปานกลาง (16-19 คะแนน) ซึมเศร้ามาก (20-29 คะแนน) และซึมเศร้ารุนแรง (30-63) แบบประเมินใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัดที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุที่แตกต่างกันมาก

2.2.7.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Zung Self – Rating Depression Scale [Zung SDS]) สร้างขึ้นโดย Zung(1982) แบบประเมินสร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกายด้านระบบประสาท ควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ (psychomotor disturbance) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน คะแนนรวม ตั้งแต่ 0 - 80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมิน คือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกโรคซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเองและโรคซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ อีกทั้งยังขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (ชัดเจน จันทรพัฒน์ , 2542)

2.2.7.5 แบบประเมินระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES – D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินสร้างเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวม 0 - 60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า จากการศึกษาของ Weissma , Sholomskas , Pottenger , Prusoff , and Locke (1977) พบข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าโรคซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นแบบเฉียบพลัน หรือเกิดจากการความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอื่น

2.2.7.6 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression scale : TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ , 2537)ได้รวมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาทวิทยา , จิตเวชศาสตร์, แพทย์โรคผู้สูงอายุ, พยาบาลจิตเวชศาสตร์ , นักจิตวิทยาจาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย แบบวัดมีคะแนนระหว่าง

0 – 30 คะแนน โดยคำถามจะมี 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 กลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดค่าคะแนนรวมระหว่าง 0 – 12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13 – 18 คะแนน ถือว่ามีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19 – 24 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25 – 30 คะแนนเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง มีข้อจำกัดคือ เป็นแบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุทั่วไป จึงไม่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) เนื่องจากแบบประเมินมีความเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีช่วงอายุเดียวกัน อีกทั้งยังผู้วิจัยจำนวนมากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดีและมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก

2.8 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (American Psychiatric Association, 2000) จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ คือ

2.8.1 ให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย แม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

2.8.1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส

2.8.1.2 ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่มาภาวะซึมเศร้าได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ

2.8.1.3 ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆหากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย

2.8.1.4 ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลับตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้สูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา

2.8.1.5 พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้สูงอายุ

2.8.1.6 ควรทำสัญญากับผู้สูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น "ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้" หรือ "ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ" เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้สูงอายุ

2.8.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

2.8.2.1 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ โดย

(ก) ให้ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้สูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

(ข) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ผู้สูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

(ค) รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุเช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้สูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้สูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

(ฆ) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

(ง) กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัดหรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2.8.2.2 ให้ผู้สูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง โดย

2.8.2.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้สูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.8.2.2.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งดีๆในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.8.2.2.3 ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆให้น้อยลงและให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.8.2.2.4 ให้กำลังใจผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมาย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยคลี่คลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

2.8.2.3 ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดย

2.8.2.3.1 ให้ผู้สูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้สูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

2.8.2.3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

2.8.2.3.3 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

2.8.2.3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

2.8.2.4 ให้ผู้สูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

2.8.3 ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การ

รับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

2.8.3.1 ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2.8.3.2 ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

2.8.3.3 จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

2.8.3.4 ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2.8.3.5 บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆเหล่านี้ จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง

2.8.3.6 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แว่นตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกายและจิตใจ พันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุมาก ที่สำคัญคือ ความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหาหรือภาวะซึมเศร้าได้ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงมีสุขภาพดี แต่ถ้าการปรับตัวนี้ไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วย ย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นเจตคติที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเองว่ามีคุณค่า มีความหมาย มีความสามารถและประสบผลสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือความคาดหวังแห่งตน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่มีพัฒนาการ กระบวนการพัฒนาจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีผลกระทบอย่างมากตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นถึงวัยสูงอายุ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1 สาเหตุการสูญเสียการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Atchly, 1988) ได้ดังนี้

3.1.1 เกิดจากความเสื่อมถอยในความสามารถของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การได้ยินเสียงลดลง การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อันมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ และ การยอมรับของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

3.1.2 เกิดจากความไม่มั่นคงและความไม่เชื่อมั่นต่อภาพลักษณ์แห่งตน จะส่งผลกระทบต่อการกระทำ โดยจะมีการพึ่งพาสังคม ครอบครัวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเองลดลง

3.1.3 เกิดจากการสูญเสียการควบคุมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เมื่อตนเองสูญเสียการควบคุมในสิ่งที่ตนเองควบคุมได้หรือสิ่งที่ตนเคยมีอิทธิพลเหนือกว่า จะทำให้กลไกการป้องกันตนเองตามธรรมชาติของผู้สูงอายุสูญเสียไป เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ได้แก่การเกษียณอายุ การออกจากการทำงานนั้นทำให้หมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ หรือไม่ต้องติดต่อด้านธุรกิจการงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ไม่ได้ทำในสิ่งที่เคยทำ ความรู้สึกที่เคยได้รับการยอมรับในบทบาทมีน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดอำนาจ หมดความสามารถ เกิดความคับข้องใจ ไม่พึงพอใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

3.2 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุ ดังนี้

Coopersmith (1981) แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 อย่างคือ

3.2.1 องค์ประกอบภายใน ได้แก่

3.2.1.1 ลักษณะทางกายภาพ มีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเอง เช่นการมีเสน่ห์ในรูปร่าง ความแข็งแรงของร่างกาย บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดีจะมีความพึงพอใจและมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ด้อยกว่า

3.2.1.2 สภาพจิตใจและภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึก ความรู้สึกของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยที่บุคคลอาจประเมินตนเองด้านบวก ซึ่งเป็นการมองตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถ ประสบความสำเร็จ เกิดความรู้สึกชื่นชมตนเอง มี

ความรู้สึกที่ดีต่อตนเองมีความสุข อันเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น แต่หากบุคคลประเมินตนเองด้านลบจะมองตนเองว่า ไม่มีความสามารถ ไร้สมรรถภาพ มีปมด้อย วิตกกังวล และไม่สามารถประสบความสำเร็จในอนาคต ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

3.2.2.3 ประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในชีวิตหรือความล้มเหลวมาก่อน มักจะมีความแตกต่างกันในด้านความเสี่ยง การตั้งเป้าหมาย บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จ จะมีความกล้าเสี่ยง กล้าทำงานที่ท้าทายความสามารถ กล้าตั้งระดับความต้องการที่เป็นจริง มองตนเองในด้านดีมากกว่าบุคคลที่ประสบความล้มเหลว และบุคคลที่มีประสบการณ์เรื่องความสำเร็จมากจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ของความสำเร็จน้อย

3.2.2.4 ค่านิยมส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะผันตามค่านิยม และการให้คุณค่าต่อสิ่งนั้น ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้นด้วย

3.2.2.5 ระดับความมุ่งหวัง แต่ละบุคคลจะมีความมุ่งหวังแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นความมุ่งหวังด้านการประสบความสำเร็จในหน้าที่ การงาน ความสามารถในด้านต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการเห็นคุณค่าต่อตัวเอง หากบุคคลใดมีความมุ่งหวังเกินความสามารถของตน โอกาสที่จะประสบความสำเร็จตามความมุ่งหวังมีน้อย ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองลดลง

3.2.2 องค์ประกอยภายใน ได้แก่

3.2.2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว คือสัมพันธภาพกันภายในครอบครัวมีความอบอุ่น มีการให้เกียรติซึ่งกันและกันหรือไม่ มีการพูดคุยปรึกษาหารือ ให้อิสระในการแสดงความคิดเห็น และการตัดสินใจรวมทั้งการเข้าใจซึ่งกันและกันจะส่งผลให้เห็นคุณค่าในตัวเองได้

3.2.2.2 สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน อันได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่การงาน วงศ์ตระกูล ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งอาจพิจารณาจาก อาชีพ รายได้ และที่อยู่อาศัย เนื่องจากสถานภาพทางสังคมเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสำเร็จและความมีเกียรติ บุคคลมีสิ่งเหล่านี้จึงมีความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าสูงสุด รวมถึงสังคม กลุ่มเพื่อน ก็เป็นองค์ประกอบภายนอกที่ทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ถ้าบุคคลใดได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือสังคมแล้ว จะเกิดความประทับใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองด้วย

3.2.2.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม จะเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าเราได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ได้แสดงความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าประสบความสำเร็จแล้ว จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

3.3 ลักษณะความรู้สึกและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการมีคุณค่าในตัวเอง

ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำ จะมีลักษณะการแสดงออกให้เห็นแตกต่างกันชัดเจนซึ่ง Bradshaw (1981) ได้รวบรวมลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันได้ดังนี้

3.3.1 ลักษณะความรู้สึกและพฤติกรรมกับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ได้แก่มีการตอบสนองต่อผู้อื่นต่ำ ไม่ค่อยมีชีวิตชีวา ไม่มั่นคง อ่อนแอ รู้สึกเสียใจง่าย ไม่เปิดเผยตัวเอง ไม่ชอบเสี่ยง ไม่ชอบฟังคนอื่น ไม่ค่อยมีความประทับใจ โกรธ บันดาลโทสะ หลีกเลี่ยงความขัดแย้งในใจ ชอบปฏิเสธ มีความกล้าน้อย มีการปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ยาก และมีปัญหาในการปรับตัว มีความสงสัย ไว้วางใจในผู้อื่นน้อย รู้สึกกลัวในสิ่งต่างๆ มาก ไม่ปลอดภัย และรู้สึกเสียใจ ทำงานสิ่งใดได้ไม่นาน และมีความคิดสร้างสรรค์น้อย

3.3.2 ลักษณะความรู้สึกและพฤติกรรมกับการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ได้แก่การกล้าเผชิญหน้ากับความขัดแย้ง มีการเปิดเผยตัวเอง ไว้วางใจบุคคลอื่น มีความมั่นใจในตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ กล้าเสี่ยง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีความรู้สึกว่าตนเองปลอดภัย มีการกล้าแสดงออก มีการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้ดี และมีความกระตือรือร้นในการทำงานและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุทั้งสูงและต่ำได้รวบรวมไว้เป็นลักษณะกว้างๆ ที่สามารถใช้ได้โดยการสังเกตซึ่งความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุนั้นถ้ามีความรู้สึกเหล่านี้สะสมเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามมาได้ (รวิรรณ ลีมาสวัสดิ์กุล, 2547)

3 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า

จากการพิจารณาสาเหตุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุนั้นพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ความรู้สึก การประเมินตนเองในด้านการยอมรับหรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าในตนเองนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในตนเอง จะมีลักษณะท้อแท้ ซึมเศร้ารู้สึกแยกตัว หลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (Coopersmith, 1968) สอดคล้องกับที่ Thomson, et al.(1986) ได้กล่าวว่า ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีการรู้สึกของการไร้ความหวัง ไร้การช่วยเหลือ เศร้าผิดปกติ วิตกกังวล และโกรธ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักกังวลเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติในร่างกายมากเกินไป มีการมองโลกในแง่ร้าย ไม่เชื่อในความสามารถของตนเองที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ กลัวการเปลี่ยนแปลง ไม่กล้าตัดสินใจ ไม่กล้าแสดงความโกรธ หรือกลัวที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความคิดเชื่องช้า เคลื่อนไหวเชื่องช้า เบื่ออาหาร ไม่ยอมทำกิจกรรม

ต่าง ๆและไม่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความต้องการทางเพศลดลง ไม่มีแรงจูงใจ ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะต้องเปิดเผยตนเอง มีการรับรู้และแปลผลไปในทางที่ไม่ตรงกับความจริง อาจมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายตามมา

4. กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

กลุ่มจิตบำบัดโดยทั่วไปหมายถึงการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่งที่ใช้กลุ่มในการบำบัด ซึ่งช่วยเหลือให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม กลุ่มจิตบำบัดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกผู้ป่วยมากกว่า 3 คนขึ้นไปมาทำงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการหรืออาศัยการปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล (Yalom, 1995)

การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มจิตบำบัด ได้แนวคิดมาจากการบำบัดรายบุคคล ซึ่งมีหลากหลายทฤษฎีตามความเชื่อของผู้บำบัด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ทฤษฎีในการทำกลุ่มบำบัดที่นิยมใช้มีดังนี้ (Marram, 1978)

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) มุ่งเน้นแก้ไขความขัดแย้งของสมาชิกในระดับจิตไร้สำนึก ผู้บำบัดต้องช่วยเอื้อให้สมาชิกตระหนักในปัญหา และปรับแก้ความคับข้องใจนั้น ทำให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงสัญชาติญาณไปในทางสร้างสรรค์

2. ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (existential and gestalt theory) เน้นความเป็นอิสระของบุคคล มีเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้บำบัดจะต้องเอื้อให้สมาชิกตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง เมื่อสมาชิกตระหนักรู้ถึงสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาได้

3. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (communication theory) มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกทุกคน การสื่อสารอาจเป็นภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง การสื่อสารจะมีทั้งทางรับสารและการส่งสาร การแปลข่าวสาร ในการส่งข่าวสารนั้นไม่ชัดเจน อาจมีการแปลความหมายของสารไปคนละทิศทาง ทำให้เกิดการเข้าใจผิดกันได้ ผู้บำบัดจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในข่าวสารที่ตรงกัน ชี้ให้สมาชิกกลุ่มตระหนักในเนื้อหา ประเด็น กระบวนการที่เกิดขึ้น และการสื่อสารที่บกพร่อง เน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการติดต่อสื่อสารที่สอดคล้องกับความคิด ความต้องการ และความรู้สึกของสมาชิก

4. ทฤษฎีพลวัตร และกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (group dynamic and group process theory) กลุ่มมีกระแสความเคลื่อนไหวตลอด การทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก จะมุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละคน ผู้บำบัดต้องชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาของกลุ่ม และให้สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหาของกลุ่ม

5. ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม (behavioral theory) มีแนวคิดว่าทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ในกลุ่ม สมาชิกจะเห็นและรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้แรงเสริมทางลบ และทางบวก นอกจากนั้นสมาชิกจะได้เห็นพฤติกรรมตัวแบบที่ดี จะทำให้สมาชิกลอกเลียนแบบ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้

6. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมแก่สมาชิกซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล อันเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลายปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้บำบัดจะช่วยให้สมาชิกสามารถเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพมากขึ้น

4.1 กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพของบุคคล

กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ใช้ได้กับประชากรหลากหลายกลุ่มทั้งผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีอาการเฉียบพลันและผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องเผชิญกับความตาย โดดเดี่ยว หมดหวัง มักถูกรบกวน จากความตระหนักในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักหนีจากการได้รับกำลังใจ กลัวการพรากจากครอบครัว เก็บกด แยกตัวจากสังคม การเข้ากลุ่มมีเป้าหมายเพื่อคลายทุกข์ ลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เรียนรู้การสื่อสารที่ดีกับบุคคลอื่น รู้จักไว้วางใจ เรียนรู้ที่จะรัก เข้าใจในอดีตและความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ช่วยให้สมาชิกสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เปิดเผยตัวเอง คิดว่าตัวเองมีส่วนร่วม ไม่แยกตัวจากผู้อื่น เกิดการยอมรับและปรับตัวได้

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีปัญหาเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จึงเหมาะสมที่จะใช้กลุ่มจิตบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4.2 องค์ประกอบสภาพทางคลินิก องค์ประกอบสภาพทางคลินิก (clinical setting) ลักษณะของจิตบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) มี 2 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มแบบปิด คือ กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดิม ไม่มีการรับสมาชิกใหม่เพิ่มและสมาชิกมีการเข้ากลุ่มตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม ส่วนกลุ่มแบบเปิด หมายถึง กลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไป และมีการรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนเป็นระยะๆ กลุ่มแบบเปิดจะรักษาจำนวนสมาชิกให้เท่าเดิม การจัดกลุ่มแบบปิดหรือเปิด ขึ้นอยู่กับลักษณะของสมาชิกว่า เหมาะสมกับกลุ่มแบบใด ขนาดของกลุ่มบำบัด จำนวนสมาชิกไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะไม่เกิดผลการบำบัดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม คือ 5 - 10 คน หากสมาชิกกลุ่มน้อยอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง ถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1995) ระยะเวลาและความถี่

ของการทำกลุ่มบำบัด ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ในการเข้าร่วมกลุ่มควรจัดกลุ่มให้มากที่สุดเช่น ทำทุกวันหากทำได้ เพราะผู้ป่วยจะได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องทำให้กลุ่มมั่นคงยิ่งขึ้น ในทางปฏิบัติส่วนมากจะทำกลุ่มประมาณ 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Yalom, 1995)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการกลุ่มทั้งหมด 5 ครั้ง เพื่อความลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้งมีเนื้อหา สาระเพื่อครอบคลุมประเด็นต่างเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ โรคซึมเศร้า การเผชิญปัญหา สัมพันธภาพในครอบครัว และความภาคภูมิในตนเองของผู้สูงาอายุ นั้นเหมาะ ถ้ามีการดำเนินการกิจกรรมกลุ่มน้อยไปกว่านี้ กระบวนการกลุ่มไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้า และการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกไม่ทั่วถึงไม่สามารก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดได้ทั้ง 11 ประการเนื่องจากระยะเวลาน้อยเกินไป

4.3 เป้าหมายของกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพของบุคคล เป้าหมายของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดสัมพันธภาพบุคคล Yalom (1995) ได้เสนอแนวคิดในการตั้งเป้าหมายของกลุ่มจิตบำบัดดังนี้

4.3.1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้อยู่ร่วมกันตลอดการรักษา การรักษาแบบกลุ่มถือเป็นแขนงหนึ่งของการรักษา เมื่อสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มแล้วจะทำให้ได้ประสบการณ์การรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น มองเห็นคุณค่าของการบำบัดด้วยกลุ่ม

4.3.2 เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด เกิดการเรียนรู้ว่าการได้พูดระบายในกลุ่มเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดปัจจัยบำบัด การมีความเป็นสากลคือ ความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นคนเดียวที่มีปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถตัดความคิดเชิงลบต่อตนเองและหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองออกไปได้

4.3.4 เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหา รู้ว่าอะไรคือ สาเหตุของการเกิดปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา เกิดการยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างไร ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เรียนรู้ พฤติกรรมการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เป็นปัญหา และเกิดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา

4.3.5 เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้

4.4 พัฒนาการกลุ่ม พัฒนาการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ

4.4.1 ระยะเริ่มกลุ่ม (initiating phase) ระยะนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย ด้วยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ กฎกติกา หน้าที่ของสมาชิกกลุ่ม

วิธีการดำเนินกลุ่ม ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักคุ้นเคยกัน ไว้วางใจกัน รู้สึกผูกพัน เข้าใจตรงกันกับผู้บำบัด ทำให้เกิดความร่วมมือนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นสมาชิกมีความกระตือรือร้นต่อการเข้ากลุ่ม

4.4.2 ระยะทำงานร่วมกัน (working phase) ผู้บำบัดกำหนดประเด็นในการสนทนาแล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความรู้สึก กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียว มองเห็นคุณค่าของกันและกัน และตั้งใจที่จะทำงานของกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้บำบัดต้องสังเกต และตระหนักถึงพฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม ผู้บำบัดต้องเข้าใจ และแก้ไขปัญหาเพื่อให้กลุ่มดำเนินต่อไป ผู้บำบัดต้องควบคุมและยึดมั่นในกระแสของกลุ่มเข้าใจกลไกทางจิตของแต่ละคน หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันความขัดแย้ง และมุ่งมั่นที่จะดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

4.4.3 ระยะยุติกลุ่ม (terminal phase) เป็นระยะที่สมาชิกจะแสดงออกถึงความรู้สึกผูกพันต่อกลุ่ม สังเกตได้จากความรู้สึกร่วมกันของกลุ่ม ความมุ่งมั่นของกลุ่มตามเป้าหมาย ความร่วมมือและการประสานงานภายในกลุ่ม การช่วยเหลือประคับประคองกันความสามัคคีในกลุ่ม สมาชิกแสดงออกด้วยการเปิดเผยตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไว้วางใจกลุ่มผู้บำบัดต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่มด้วยการแจ้งกำหนดการยุติกลุ่มแจ้งความก้าวหน้าของกลุ่มการบรรลุวัตถุประสงค์ และตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ กระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางดำเนินชีวิตหลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่ม ให้โอกาสสมาชิกพูดความรู้สึก ความประทับต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำกลุ่ม

4.5 ปัจจัยบำบัด Yalom (1995) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดช่วยให้สมาชิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเนื่องจาก ปัจจัยบำบัด11 ปัจจัย เป็นกลไกทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม ปัจจัยบำบัดจะค่อยๆพัฒนา ส่งเสริม และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ มีรายละเอียดดังนี้

4.5.1 การรู้สึกเกื้อกูล (altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ และเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเองและเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้

4.5.2 การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มสม่ำเสมอ ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวหมดไป

4.5.3 ความรู้สึกอันเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าตนเองนั้นมิได้มีปัญหาคนเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน เป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากคนอื่น ความรู้สึกที่ตนเองมีทุกข์อยู่คนเดียวจะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก แต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน

4.5.4 การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าตนเองเป็นอย่างไรและนำไปปรับปรุงให้ดีขึ้น ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ลดความวิตกกังวลเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือไว้วางใจผู้อื่น

4.5.5 การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิก หรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่มเพื่อเป็นการเตรียมกลุ่ม และสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม

4.5.6 การได้ระบายอารมณ์ (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้พูดระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์ลึกๆ ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีออกมาให้กับสมาชิกกลุ่มได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางใจสูง สมาชิกจะได้พูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูง การได้ระบายออกจะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ คลายกังวล ทำให้เข้าใจชีวิต และมีพัฒนาการด้านจิตใจ และอารมณ์ในทางที่ดี พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้

4.5.7 การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้อื่นที่ตนเองพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่ม และสมาชิกทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ แต่ถ้าสมาชิกทำตามผู้อื่นโดยไม่รู้ว่าตนเองเป็นใครอาจทำให้เกิดความสับสนได้

4.5.8 ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (the corrective recapitulation of the primary family group member) กลุ่มเป็นสถานการณ์จำลองคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวของสมาชิก ซึ่งทำให้สมาชิกแสดงต่อกลุ่มคล้ายกับแสดงในครอบครัวของตนเอง ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิกทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และแก้ไขพฤติกรรม

4.5.9 การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing or interpersonal learning output) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่นซึ่งมีประโยชน์ต่อสมาชิกเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป

4.5.10 การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หมดความหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจ จากการเห็นว่าผู้อื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิต ที่ต้องเผชิญ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น สมาชิกมองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้

4.5.11 การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ปัญหาบางอย่างก็ต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยไป ซึ่งทำให้สมาชิกทุกคนสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคได้ เกิดความเชื่อมั่น ความพึงพอใจในตนเองสมาชิกดำรงอยู่ได้ด้วยความสุข ดังนั้นความรู้สึกต่ำต้อยเสียใจ ท้อแท้ลดลงหรือหมดไป

4.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผู้บำบัดจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ และมีการปฏิบัติพร้อมทั้งต้องมีการลงมือเป็นผู้นำกลุ่ม และมีการนิเทศอย่างใกล้ชิดจากผู้เชี่ยวชาญ Yalom (1995) งานสำคัญของผู้บำบัด 3 ประการ ดังนี้

4.6.1 การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) มีงานย่อย ๆ ที่ผู้บำบัดจะต้องดำเนินการคือ

4.6.1.1 คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้บำบัดจะคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจ ตั้งใจและเต็มใจในการบำบัด คัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในระยะนี้ผู้บำบัดต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจ

4.6.1.2 รักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกพูดคุยมีปฏิสัมพันธ์กันในขอบเขต และเป้าหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้ร่วมกัน ในระยะนี้สมาชิกในกลุ่มยังไม่รู้จักกัน ผู้บำบัดต้องทำหน้าที่สื่อสารในกลุ่ม แนะนำสมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกันพร้อมทั้งเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม

4.6.4.3 กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้บำบัดจะทำหน้าที่เชื่อมโยงและกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแสดงความคิดเห็น เสริมสร้างกำลังใจให้แก่กัน สมาชิกมีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี เมื่อสมาชิกพูดแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะ จะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเข้าใจตนเองดีขึ้น

4.6.2 การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม (culture building) โดยมีบทบาทดังนี้

4.6.2.1 บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่รอบรู้และเข้าใจเทคนิคการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจและนำกลุ่ม ในช่วงแรกๆ ให้สมาชิกร่วมกำหนดกฎระเบียบต่างๆ ในการเข้ากลุ่ม และใช้ประสบการณ์ที่ตนมีอยู่กระตุ้นให้สมาชิกร่วมทำ

ความตกลงกัน และชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับการทำข้อตกลงร่วมกัน โดยผู้บำบัดจะนำกลุ่มไปในทางที่เหมาะสม

4.6.2.2 บทบาทตัวแบบการมีปฏิสัมพันธ์ ผู้บำบัดจะเป็นตัวแบบในการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการเลียนแบบจากความใกล้ชิด และเชื่อถือไว้วางใจ ผู้บำบัดแสดงบทบาทของการเปิดเผยตัวเองภายในกลุ่ม ยอมรับฟังสมาชิกคนอื่นๆ โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ให้การยอมรับในพฤติกรรม มีส่วนแสดงความคิดเห็นให้ความช่วยเหลือกลุ่ม เพื่อแสดงความเป็นตัวแบบให้สมาชิกกลุ่มได้เลียนแบบ

4.6.2.3 การทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสกลุ่มขณะนั้น (activation and process illumination) ในการทำกลุ่ม ผู้บำบัดควรเน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่เกิดขึ้นขณะนั้น ใช้แนวคิด " ที่นี่เดี๋ยวนี้" (here and now) โดยไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีต เน้นให้สมาชิกได้แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อตนเอง และบุคคลอื่นขณะอยู่ในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้

บทบาทพยาบาลในการเป็นผู้บำบัดนั้น ต้องหมั่นพากเพียรหาความรู้เพิ่มเติม โดยการฝึกอบรมการฟังคำบรรยาย การอ่านตำรา หรือจากอาจารย์ผู้ควบคุม แนะนำ ต้องรู้จักทฤษฎีในขั้นพื้นฐาน และรู้เทคนิคในการดำเนินการ เช่น วิธีการฟัง การเข้าใจผู้ป่วยและการตอบสนองต่อผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นนักจิตบำบัดที่ดี กล่าวคือ มีจิตใจที่สมประกอบ ไม่มีปัญหาทางจิตที่เป็นผลเสียในการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง มีจิตใจสงบ มีความกังวลน้อย คบกับผู้อื่นได้ยั่งยืน รู้จักผู้อื่นและยอมให้ผู้อื่นรัก มีความน่าเชื่อถือ เป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย จริงใจ ยอมรับผู้อื่นไม่ประเมินค่าของคน ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมานั้นมีผลโดยตรงต่อการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองให้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (สมพร บุษราทิจ, และคณะ, 2544)

4.7 ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอาการแสดงออกคือ มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ สมาธิและ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ละเลยการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เบื่อชีวิต มีความคิดอยากตาย Newton (1984) กล่าวว่าผู้สูงอายุควรได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เพื่อเป็นการป้องกันรักษาขั้นต้น ช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้นและส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตาย

โดยกระบวนการของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) จะกระตุ้นให้สมาชิกเกิดปัจจัยบำบัด 11 ประการ ซึ่งเป็นกลไกทำให้เพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเองลดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น (altruism) เป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีโอกาสแสดงความคิดที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุท่านอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของผู้อื่นมากกว่าตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุ

มองเห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวหมดไป การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักว่าตนเองนั้นมิได้มีปัญหาคนเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน ความรู้สึกที่ตนเองมีทุกข์อยู่ผู้เดียวจะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวในโลก แต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน การเข้ากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ลดความวิตกกังวล เปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือไว้วางใจผู้อื่น การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างสมาชิก หรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระจ่างชัด การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่มเพื่อเป็นการเตรียมกลุ่ม และสร้างความไว้วางใจของผู้สูงอายุต่อกลุ่ม , การได้ระบายอารมณ์ (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้สูงอายุร้าได้ระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์ลึก ๆ ทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีออกมาให้กับเพื่อนผู้สูงอายุได้รับฟัง ถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางใจสูง ผู้สูงอายุจะได้พูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสบายใจ คลายกังวล ทำให้เข้าใจชีวิต พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้ การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรม ของผู้อื่นที่ตนพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่ม และเพื่อนผู้สูงอายุในกลุ่ม ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้

นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะ มีการพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing or interpersonal learning output) การเข้ากลุ่มทำให้มีโอกาสในการพัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป , การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้สูงอายุที่เคยท้อแท้ หมดความหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจ จากการเห็นว่า ผู้อื่นก็มีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญ ทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น มองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาบางอย่าง เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ปัญหาบางอย่างผู้อื่นสามารถช่วยได้ แต่ก็มีปัญหาบางอย่างที่ต้อง

เผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยไป ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคได้ เกิดความเชื่อมั่น และความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อยเสียใจท้อแท้ลดลงหรือหมดไป ผู้สูงอายุจะดำรงอยู่ได้ด้วยความสุข ซึ่งทั้งหมดของปัจจัยบำบัดจากการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองสามารถส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

5. การใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง หมายถึง การดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการบำบัด ช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม มาทำงานร่วมกันเพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน เป็นการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกกลุ่ม ผู้ศึกษาได้พัฒนาและปรับปรุงมาจากแนวทางการศึกษาของเชาวนี ล่องชูผล (2547) ตามแนวความคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่วนผลลัพธ์ที่เกิดจากการเข้ากลุ่ม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าได้และ เกิดการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความเข้าใจตนเอง ผู้อื่น เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) หรือสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship) กับคนอื่นดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปรับตัว สามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น เรียนรู้ที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขในสังคม (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2538) ความสำคัญของกิจกรรมการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ก็คือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ เมื่ออยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เพราะว่าคนอื่นๆที่อยู่นอกเหนือสถานการณ์จะไม่เข้าใจปัญหาที่เป็นเอกลักษณ์นั้นๆ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต้องร่วมแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งทำความกระจ่างในประสบการณ์ของตัวเอง รวมทั้งเหตุการณ์ต่างๆที่แต่ละคนประสบ กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองเป็นกลุ่มที่ท้าทายทำให้เกิดทางเลือกที่ดีขึ้น เมื่อคนเรามีประสบการณ์ที่ต้องต่อสู้บางอย่างคล้ายกัน Vinogradov และ Galom (1989 อ้างใน รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์, 2542) จากเหตุผลดังกล่าวกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง จึงนับเป็นกลุ่มที่เหมาะสม สามารถนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และช่วยเกิดประโยชน์ในด้านการเพิ่มคุณค่าแห่งตนและส่งผลถึงการลดภาวะซึมเศร้า ในส่วนของกิจกรรมการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองในระยะเริ่มกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เริ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ร่วมตั้งกติกากลุ่ม ความคาดหวังของกลุ่ม ได้แสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกัน รับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุคนอื่นเข้าใจในปัญหาของผู้อื่น ในระยะทำงานร่วมกัน ผู้สูงอายุที่มี

ภาวะซึมเศร้าร่วมกันเสนอแนะและแสดงความคิดเห็นช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน (Brandman,1994) ช่วยกันค้นหาวิธีเผชิญปัญหา ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ละคน จะมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาและวิธีแก้ปัญหา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้แสดงอารมณ์และความรู้สึกร่วมกัน รับรู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุคนอื่นเข้าใจในปัญหาของผู้อื่น ในระยะยุติกลุ่ม ทำให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาและวิธีแก้ปัญหา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ โดยมีประเด็นที่ครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง โรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ และประสบการณ์ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและปัญหาที่เกิดขึ้น แนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและปัญหาที่เกิดขึ้น และ ความภาคภูมิใจและความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุ

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุดคนึง ฤทธิ์ฤาชัย (2541) ได้ศึกษาผลการทำกลุ่มประคับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของมารดาที่ดูแลบุตรตามลำพัง ณ หมู่บ้านโนนม่วง อ.เมือง จ.ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดมากที่สุดคือ ความรู้สึกมีความหวัง ความเห็นเหมือนกันของชีวิต พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ และคณะ (2541) ศึกษาของการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิง จำนวน 164 ราย ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้นในการทำกลุ่มแต่ละครั้งที่พบบ่อยที่สุดคือ การได้ระบายออก การมีความเป็นสากล การได้รับการชี้แนะแนวทาง และการผูกพันจิตใจต่อกัน ซึ่งเกิดผลดีต่อการรักษา และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์และคณะ (2542) ศึกษาผลของการทำกลุ่มประคับประคองต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 75 ปี มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีปัญหาสมองเสื่อม จำนวน 20 ราย

โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย กลุ่มควบคุม 10 ราย ผลการวิจัยพบว่าความซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในช่วงหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชนิกรรดา ไทยสังคม (2545) ศึกษาการใช้จิตบำบัดกลุ่มต่อความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ติดสารแอมเฟตามีน พบว่าผู้ติดสารแอมเฟตามีนภายหลังได้รับจิตบำบัดกลุ่มมีคะแนนความสำนึกในคุณค่าแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มก่อนได้รับจิตบำบัดกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

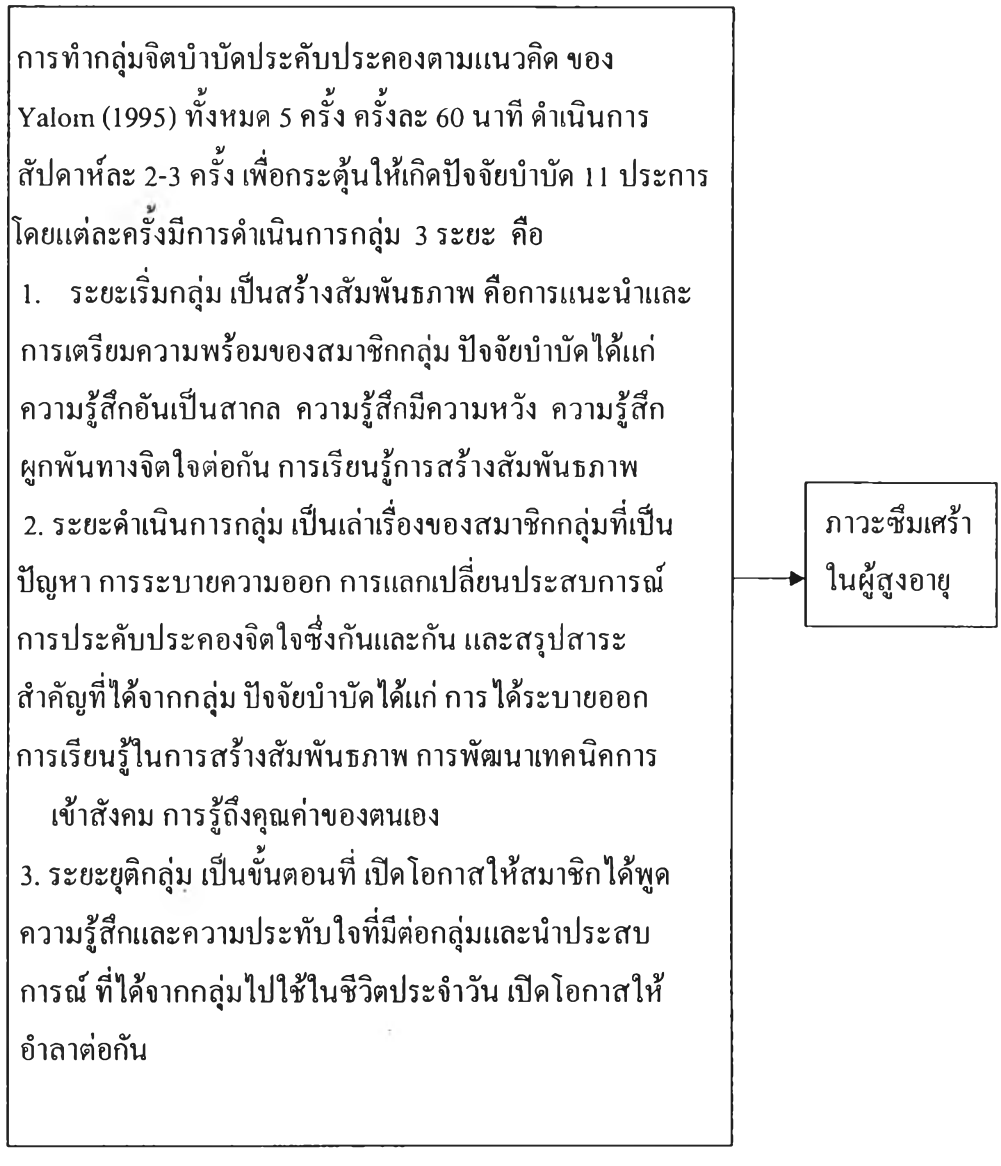
สุจรรยา แสงเขียวงาม (2545) ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา อายุ 20-40 ปีจำนวน 22 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิต ในกลุ่มดั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในด้านลักษณะความ สัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงานและความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรางคณา จำปาเงิน (2547) ศึกษาผลการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรม พบว่า การใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมก่อนการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มและหลังการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

เชาวนี ล่องชูผล (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Badger (1996) พบว่า การได้รับกลุ่มบำบัดประคับประคองและจิตศึกษา ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

Muller and Barash (1998) ได้ศึกษาการทำกลุ่มประคับประคองในสมาชิกจากการต้องเสี่ยงต่อการสู้เพื่อความอยู่รอด ผลของการทำกลุ่มประคับประคองโดยใช้ Horowitz's Model พบว่าผู้ป่วยลดความซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.008$)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995)