



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิดดังกล่าวตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.1 การวินิจฉัยของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.3 อาการ อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
  - 1.4 ระดับภาวะซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.6 การประเมินภาวะซึมเศร้า วัยสูงอายุ
  - 1.6 การรักษาโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
  - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการปรับตัว
  - 2.1 ความหมายของการปรับตัว
  - 2.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
  - 2.3 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ประกอบกับการที่มีภาวะเสี่ยงจากการเจ็บป่วยทางร่างกายเช่น การรับรู้ลดลง ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Evers and Martin,2002) ส่งผลถึงอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าโดยทั่วไป การแสดงอาการเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแสดงออกไม่ชัดเจนส่วนใหญ่แสดงออกด้วยการเจ็บป่วยทางกายเช่น การปวดหลัง ปวดเข่า หรือปวดทั่วตัว เป็นต้น จึงทำให้การวินิจฉัยเป็นไปได้ยากหรือถูกกลบเกลื่อน โดยทั่วไปผู้สูงอายุอาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และเป็นครั้งคราวไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)ไม่ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โรคทางจิตเวช(DSM-IV)ของสมาคมจิตแพทย์แต่สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คือ การคิดถึงความตายและความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

### 1.1 การวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า

หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV มีดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541)

1) มีอาการดังต่อไปนี้ห้าอาการ (หรือมีมากกว่า) ร่วมกันอยู่สองสัปดาห์และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่งข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข

หมายเหตุ: ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บปวดทางกาย หรือ mood-incongruent delusion หรือ hallucinations

1.1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น รู้สึกเศร้า รู้สึกว่างเปล่า) ก็จากการสังเกตของผู้อื่น (เช่น เห็นว่าร้องไห้)

1.2) ความสนใจหรือความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (โดยไม่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

1.3) น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญได้แก่น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน (หรือมีการเบื่ออาหารหรือมีการเจริญอาหารแทบทุกวัน)

1.4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไปแทบทุกวัน

1.5) Psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น มีไข้ เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง)

1.6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

1.7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน (มีไข้เพียงแค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย)

1.8) สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน (โดยได้ไม่จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ก็จากการสังเกตของผู้อื่น)

1.9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มีไข้แค่กลัวว่าจะตาย) คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมิได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

2) อาการเหล่านี้มิได้เข้ากับเกณฑ์ของ Mixed Episode

3) อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

4) อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

5) อาการไม่ได้เข้ากับ Bereavement ได้ดีกว่า ได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือ psychomotor retardation

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลักเกณฑ์ในการจำแนกโรคซึมเศร้า ขององค์การอนามัยโลกโดยอาศัยการจำแนกความผิด ปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) มีดังนี้

1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวันหรือแทบทั้งวัน

2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของ แทบทุกวัน

3) น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นการคุมอาหารหรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ

4) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน

5) Psychomotor agitation หรือ

6) อ่อนเพลีย หรือ ไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป

8) สมาธิหรือการคิดอ่านลดลง

9) คิดถึงเรื่องความตายอยู่เรื่อยๆ Retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของคนอื่น)

อาการที่เกิดขึ้นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการ 1 ข้อของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข

### 1.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พบว่าเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ในต่างประเทศถ้าอายุมากกว่า 80-84 ปี ในผู้ชายจะเป็นมากกว่า) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัจจัยทางจิต เช่น ความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหา รวมทั้งความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยทางสังคมเช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

ปัจจัยทั่วไปที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ด้าน (Blazer, & Hybels, 2005) ดังนี้

#### 1) ปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (Biological risk) ได้แก่

1.1) พันธุกรรม (Hereditary) จากการศึกษานักวิจัยสูงอายุในสแกนดิเนเวีย สนับสนุนว่า พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า เช่นในผู้สูงอายุฝาแฝดในสวีเดนพบระดับคะแนนซึมเศร้าสัดส่วน 16 % ที่มีอิทธิพลมาจากกรรมพันธุ์โดยศูนย์ระบาดวิทยาได้เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) และพบ 19 % ที่มีอาการทางกายที่มีอิทธิพลมาจากพันธุกรรม นอกจากนี้การมีโรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าด้วย (Blazer, & Hybels, 2005)

1.2) เพศหญิง (Female sex) ผู้หญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า (Buschmann et al., 1995; Blazer, & Hybels, 2005)

1.3) ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Underactivity of serotonergic neurotransmission) เช่น ซีโรโทนิน (Blazer, & Hybels, 2005) เป็นสารเคมีในสมองที่มีความสำคัญที่สุดและมีผลต่ออารมณ์ โดยการศึกษาพบตัวรับสารซีโรโทนินลดลง 70 % ในวัยกลางคนและลดการจับตัวกันระหว่างสารซีโรโทนินกับตัวรับสารซีโรโทนินในวัยสูงอายุ เมื่อร่างกายขาดสารซีโรโทนินทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย (บุณยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

#### 2) ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยา (Psychological risk) ได้แก่

2.1) ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (Personality disorder) บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เช่นบุคลิกภาพผิดปกติชนิดย้ำคิดย้ำทำบุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (Dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด Borderline (ชรินทร์ กองสุข, 2550) ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพพบว่ามีประสบการณ์หรือเกิดการซึมเศร้าได้สูงเป็น 4 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพปกติ (Blazer, & Hybels, 2005) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่นมีอาการทางประสาทเป็นระยะเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้มากกว่า ถึงแม้ไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์ร้ายในชีวิต (Ormel et al, 2001) โดยบุคลิกภาพของแต่ละคนจะสะท้อนให้เห็นว่าแต่ละคนมีลักษณะนิสัย การตัดสินใจ อารมณ์และความพอใจเป็นอย่างไรในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตของแต่ละคน (บุญศรี นูเกตุ , 2550)

2.2) การเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว (Learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วยการอยู่เฉยๆ ไม่รุก ถอนตัวและทำกิจกรรมลดลง (ชรินทร์ กองสุข, 2550)

2.3) มีความผิดปกติด้านการคิด (Cognitive distortions) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดผิดปกติ เช่น การตอบสนองต่อเหตุการณ์เกินกว่าความเป็นจริง หรือมีการตีความที่ผิด บิดเบือนไปส่งผลถึงพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Blazer, & Hybels, 2005) และมักมีความคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเองหรือ มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล, 2552)

### 3. ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) ได้แก่

3.1) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและสิ่งรบกวนในแต่ละวัน (Stressful life events and daily hassles) จากการศึกษาถึงเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตเช่น การสูญเสีย การเป็นโรค การเจ็บป่วยร้ายแรง และปัญหาสังคมเช่น ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพ และสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Murphy, 1982)

3.2) การสูญเสีย (Bereavement) เป็นความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งที่รัก อาการที่พบเช่น รู้สึกไม่สบายตัว หายใจไม่อิ่ม ถอนหายใจบ่อยๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร คิดถึงคนที่เสียชีวิตเป็นอย่างมาก บางครั้งคิดอยากตาย โดยเฉพาะในช่วงสองเดือนแรกหลังการสูญเสีย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) หากนานเกิน 2 เดือนแล้วยังไม่ได้

ขึ้นจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในการสูญเสียอาชีพการงาน อาจเนื่องมาจากการลาออกหรือเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ขาดการยอมรับในสังคม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

3.3) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic disadvantage) ทำให้ขาดแคลนสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เนื่องจากรายได้ไม่แน่นอน หาเงินไม่พอใช้จ่าย ความยากจนทำให้อยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย เกิดความเครียด จนหนทางรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ชรินทร์ กองสุข, 2550)

3.4) การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Impaired social support) แรงสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จากสังคมรอบตัวของผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญในการต่อต้านอาการที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้างมีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ (บุญยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

### 1.3 อาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้า

อาการหลัก ของการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน เป็นนานกว่า 2 สัปดาห์ และมีอาการร่วมอื่น ต่อไปนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2549)

1) อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุก ทั้ง ๆ ที่พยายามฝืนใจสีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

2) รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง

3) อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่เริ่มนอน หรือหลับยากนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับ ๆ ตื่น ๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับเป็นที่รูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือ หลับได้ง่ายแต่มีรู้สึกว่ตื่นเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

4) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้า ๆ พูดเสียงเบา ๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่กุ่ม คอดกสีหน้าเฉยเมย หรือ หน้ามัวคิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

5) ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกว่าคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

6) อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ความคิดไม่แล่น ซ้ำลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามีอาการสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อยมีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการคล้ายความจำเสื่อม

7) อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมึนตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตาย พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

8) อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือ มีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลังมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4-5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

9) อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60-70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะ หรือปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปหมดทุกอย่าง

10) อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศ หรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษา หรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

11) อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondria sis) ผู้ป่วยมักจะไม่รับทราบ หรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

#### 1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

หลักเกณฑ์ในการจำแนกภาวะซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้ง 10 (Interfication Classification of Disease/ICD 10) สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของโรคซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ

1) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เศรเหงาหงอย ซ้ำคราว ซึ่งผู้สูงอายุทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งไม่มีสาเหตุใด มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณ์ของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น จะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การแสดงออกด้านต่างๆมี ดังนี้

2.1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์ไม่สดชื่น หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงาน ต่างๆมีความรู้สึกกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2) ด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ต่ำหมิ่นตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ ในด้านต่างๆไม่มีสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลไม่มีความสุข มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

2.3) ด้านร่างกาย ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง นอนไม่หลับ มีความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวช้าลง อาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบากบางครั้งไม่พูดเลย

2.4) ด้านจิตใจ ได้แก่ สูญเสียแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆท้อแท้ สิ้นหวัง ต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจตนเอง

3) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆ ในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจหุดลุกหุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างช้าๆเงียบ ซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการหลงผิด และประสาทหลอน

สรุประดับภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่เกิดการทำงานของสารสื่อประสาทลดลง เปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การให้ความหมายการแปลความในทางลบ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง อาการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้าน



ร่างกาย และด้านแรงจูงใจ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) 3

### 1.5 การประเมินอาการซึมเศร้า

ประเภทที่ 1 แบบอาการซึมเศร้าโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมเป็นผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale)

1.1) Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 โดยมีจุดประสงค์ในการใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร ลีหิรัญวงศ์และคณะ, 2544: 312) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ต่อมา มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ มีคำถามจำนวน 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ 4 ข้อ (Hamilton, 1967, 1969, 1980) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ โดยจำนวนข้อและการรวมคะแนนเช่นเดิม แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) รุนแรง (2 คะแนน) และ 0 - 4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน) ปานกลางถึงรุนแรง (3 คะแนน) และรุนแรงมาก (4 คะแนน) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 52 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 0 - 7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 8 - 12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13 - 17 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18 - 29 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.738 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ -0.824 แบบประเมินนี้เหมาะสมในใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

1.2) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี และแอสเบิร์ก (Montgomery & Asberg, 1979) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชประกอบด้วยข้อคำถาม

จำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 7 คะแนน หมายถึง ปกติ 15 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 25 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับปานกลาง 31 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง และ 44 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรงมาก แบบวัดมีค่า internal consistency .95 (Galinoski & Leher, 1995) แบบวัดได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกนธ์และคณะ ในปี พ.ศ. 2539 โดยคงจำนวนข้อและค่าคะแนนเช่นเดิม มีค่าความเชื่อมั่นที่ .80 ถือได้ว่าเป็นแบบวัดที่มีความไว และความเที่ยงตรงสูงต่ออาการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์และคณะ 2546: 215) มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้ในการสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตใจจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ประเภทที่ 2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self – report) ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.1) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมคำนิยาม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา , 2536)

2.2 Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS] สร้างขึ้นโดย Zung (1982) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-80 คะแนน ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และ

ภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (Ebersole and Hess อ้างใน ชัดเจน จันทรพัฒน์ , 2543)

2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาแบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมเน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.4) Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นในปีพ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองเครื่องมือนี้มีรากฐานจาก Yasavage et al.,(1978)ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรรรรณ ลีทองอินทร์ (2533)การแปลผล 0-12 คะแนน หมายถึงปกติ 13-18 คะแนนหมายถึงมีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง 15-30 คะแนน หมายถึงมีความเศร้ารุนแรง เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศพบว่ามีความคงที่ภายใน KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรานามเดช, 2539 อ้างใน สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2543) แบบประเมินนี้เหมาะที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคและภาวะซึมเศร้า

### 1.6 การรักษาโรคซึมเศร้า

มานิช หล่อตระกูลและคณะ (2548) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับ หรือหลับยาก กระวนกระวายมาก ไม่ทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

2) การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

2.1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะemission ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้าในระยะนี้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

2.2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก

2.3) การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrence สูง

### 3. จิตบำบัด

3.1) Cognitive-behavior therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆเนื่องจากปัจจัยต่างๆมักใช้ได้ผลดี

3.2) Interpersonal therapy เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว สังคมเป็นปัญหาหลักปัญหาหนึ่งการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

3.3) Behavior therapy เฟอร์สเตอร์ เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า โดยอธิบายโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็น สาเหตุปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับแรงเสริมจากสังคมยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบ การประสบเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร่าลดลง

#### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามบทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตควรเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติกรพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยครอบคลุมการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับยาด้านเศร้า หรือยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา และการ

พยาบาลที่คำนึงถึงสภาพจิตสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต

การพยาบาลโรคซึมเศร้าวัยผู้สูงอายุ (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวน์ ล่องพูล, 2547) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

ประการแรก ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบายมีบรรยากาศแจ่มใส

2) ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ

3) จัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลึกลับ ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้สูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บยาสะสม

4) ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้

5) พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

6) ควรทำสัญญากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายในขณะที่อยู่โรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดจะฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

**ประการที่สอง** ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดย

1.1) ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ ทัศนคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ต่ำหิวตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้อาการซึมเศร้ามลดลง

1.3) รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เช่นอารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ ไม่คิดค้ำ เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุช่วยตนเอง ได้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5) กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเพื่อน หรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด

หรือ มีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

## 2) ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1) ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายเพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

2.2) อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีแนวทางปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวออกจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตัวเอง การมองสิ่งต่างๆ ในด้านดี ช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

2.3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

2.4) ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

2.5) ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

2.6) ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุและญาติทราบถึงความ สำ คัญ ข อ ง ก า ร รับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2 – 3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อให้อาการดีขึ้นพร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ทาพรั่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่ภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเองละเลยการทำกิจวัตรประจำวันทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากการดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาด้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

1) ดูแลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2) ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามโภชนาการ

3) จัดให้มีกิจกรรมต่างๆรวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้ปฏิบัติสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดี

4) ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่นช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5) บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุสุขสบายขึ้นจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุลดลง

6) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่นแสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ดันไม้และสัตว์เลี้ยงเพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้อาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและจิตใจ พันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมาก ที่สำคัญคือ ความรู้สึกในคุณค่าของตนเองน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย(เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528)ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและคงสุขภาพดี แต่ถ้การปรับตัวนี้ไม่สมดุล โอกาสการเจ็บป่วยย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญคือปัญหาจากโรคทางกายและปัญหาสุขภาพ จากการศึกษาของสรยุทธ วาสิกานานท์ (2547)พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจากสภาพของทางร่างกายที่เสื่อมถอยและจำนวนเซลล์สมองที่ลดลงทำให้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางกาย



ร่วมด้วยสูงทางด้านจิตใจก็พบว่า เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการพลัดพราก เสียชีวิตจากคนที่รักหรือญาติได้มาก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียความภูมิใจในตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมาก ปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาล้วนเป็นความเครียดที่ไม่พึงประสงค์ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่น่าจะเกิดโรคหรือภาวะซึมเศร้าได้สูง

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลและการบำบัดที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ รวมทั้งสามารถแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครบถ้วน จากการศึกษาพบว่า มีรูปแบบการดูแลดังนี้ The Collaborative Assessment and Rehabilitation for Elder Program (CARE) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นความเป็นองค์รวม การฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจผู้ป่วยสูงอายุ พัฒนาระบบการบริการสุขภาพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (Geropsychiatric Clinical Nurse Specialist: GPCNS) เป็นผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาล การบำบัดในรูปแบบต่างๆ และประสานงานกับทีมสาขาวิชาชีพทั้งในและนอกวิชาชีพ นอกจากนี้ยังให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น CARE Program จึงเป็นรูปแบบการบำบัดที่ดีที่บูรณาการทั้งการดูแลทางกายและทางจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ รวมทั้งผลการดูแลรักษาพยาบาลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สร้างความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สภาการพยาบาล, 2545) ได้แก่ รูปแบบผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ที่มุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามแผนรักษาพยาบาลที่วางไว้ได้อย่างครบถ้วนรูปแบบความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Team Collaboration) ที่มุ่งเน้นการดูแลฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ สามารถดูแลตนเองและกลับไปประกอบอาชีพได้ โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพในการดูแลและประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อพัฒนาการดูแลให้เหมาะสม เป็นรูปแบบที่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุได้แสดงบทบาทการดูแลการรักษาพยาบาล (clinical role) บทบาทผู้รับ/ให้คำปรึกษา (consultation-liaison role) บทบาทผู้ให้ความรู้ (staff education role)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ ผลการวิจัย และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทำให้เกิดการ

พัฒนาบทบาทต่างๆของผู้ปฏิบัติพยาบาลชั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse: APN) ดังต่อไปนี้

1) บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน และการปฏิบัติการโดยตรง การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่มารับบริการ และรวบรวมข้อมูลจากประวัติ จากการสัมภาษณ์ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคซึมเศร้าการประเมินความสามารถในการปรับตัว ให้การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy 1999) มาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

2) บทบาทพัฒนาจัดการ โดย การสร้างทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสร้างฐานข้อมูลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ

3) บทบาทในการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กระบวนการความคิดที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าประโยชน์ที่จะได้รับจากการพยาบาล

4) บทบาทในการให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทั้งให้ระหว่างการดำเนินการและเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือหลังจากสิ้นสุดการพยาบาลในระหว่างที่ผู้ป่วยมารับการรักษา

5) บทบาทในการประสานงานในกรณีไม่มีจิตแพทย์จึงต้องการส่งต่อไปโรงพยาบาลเครือข่าย บัณฑิตทองกับโรงพยาบาลอื่นเช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และประสานงานภายในระบบเครือข่าย โดยชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา และประสานงานพื้นที่ชุมชนเพื่ออาการส่งต่อ ดูแลต่อเนื่อง และติดตามปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

6) บทบาทในการเป็นผู้นำโดย การพัฒนา และศึกษานำร่อง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ให้ได้ประสิทธิภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตรายบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วย หรือป่วยซ้ำด้วยโรคซึมเศร้า พัฒนาให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ มีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองและการป้องกันการป่วยซ้ำ

7) บทบาทในการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิต และจิตเวช

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุจากการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดที่คาดหวังในการดูแลผู้ป่วยของ(Jones, 1993) การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็น ได้ชัดเจน ตอบสนองความต้องการความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่ได้จากการรับบริการพยาบาล ผู้รับบริการสามารถทำหน้าที่ตามบทบาท ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ราคาที่เหมาะสม และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามตัวชี้วัด ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ 4 ด้าน ควรประกอบด้วย (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2547)

1) ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome indicators) เป็นการตอบสนองของผู้ใช้บริการ ต่อการบำบัดทางการพยาบาล และการรักษา คือ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดผู้ป่วยซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ

2) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านหน้าที่(Functional outcome indicators)เป็นการดำรงไว้หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ต่างๆดำเนินการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ความสามารถในการปรับตัว สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ตึงเครียดได้อย่างเหมาะสมมีแนวทางการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขเพื่อคงคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สามารถอยู่ร่วมกันครอบครัว และเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีความสุขทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน

3) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction outcome indicators) เป็นการรับรู้ หรือความรู้สึกที่พึงพอใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการได้รับความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

4) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านการเงิน (Cost outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการลดการพึ่งยา และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วย ครอบครัวรวมถึงงบประมาณของประเทศชาติในระยะยาว

## 2. แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการปรับตัว

### 2.1 ความหมายการปรับตัว

สุชา จันทน์เอม (2541) กล่าวว่า การปรับตัวในแง่ของจิตวิทยา หมายถึงกระบวนการที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมของ มนุษย์ทุกคนต้องมีการปรับตัวครบเท่าที่เขายังมีชีวิตอยู่ ต้องเข้าใจปัญหาเพื่อความสำเร็จในการทำงาน เพื่อสนองตอบความต้องการทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และสังคม

มุกดา ศรียงค์และคณะ (2548) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลพยายามหาวิธีการที่จะตอบโต้ ต่อสิ่งที่มากระทบกับจิตใจของเราทั้งจากภายในและภายนอก เป็นความพยายามที่บุคคลจะรักษาความสมดุลแห่งจิตใจและร่างกายของเขาไว้ให้มากที่สุด

รุจิราภรณ์ แอททอง (2549) กล่าวว่า การปรับตัว หมายถึง การกระทำ ความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย โดยผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้น เพื่อการมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

Roy & Andrews (1991) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง การตอบสนองในทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อชีวภาพ จิตใจ และสังคม เพื่อความอยู่รอดของชีวิต โดยอาศัยกลไกที่มีอยู่ในบุคคลนั้น ๆ

Roy (1999) การปรับตัวหมายถึงเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยความคิดและความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มคน จากการใช้การตระหนักรู้ การสร้างสรรค์การบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วยสิ่งนำเข้า กระบวนการเผชิญปัญหา และสิ่งนำออก เมื่อมีสิ่งเร้าที่เป็นสิ่งนำเข้าผ่านเข้าสู่ระบบ บุคคลจะใช้กระบวนการเผชิญปัญหาในการปรับตัวซึ่งประกอบ 2 ส่วน คือ กระบวนการควบคุม และกระบวนการคิดรู้ ทั้ง 2 ส่วนนี้จะมีการทำงานควบคู่กันเสมอ ส่งผลพฤติกรรมปรับตัวของบุคคล 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันเพื่อตอบสนองความต้องการและดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการและการแสดงออกของความรู้สึก ความคิด การกระทำของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยผ่านกระบวนการควบคุมการคิดรู้ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อภาวะสุขภาพ

### ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1964 โดยมีแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ ทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน ปรัชญามนุษยนิยม ปรัชญาธรรมชาติของมนุษย์ ทฤษฎีความเครียดและทฤษฎีบทบาท (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) โดย Roy มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลจะเป็นผลที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลการปรับตัวที่ดีหรือมีประสิทธิภาพจะเป็นการตอบสนองของบุคคลในทางที่เหมาะสม ส่วนการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพจะบ่งบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น การแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลร่วมกับความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมนั้น ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งสภาพสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม (Andrews & Roy 1991) เนื่องจากบุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้านชีววิทยา จิตและสังคม มีความสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันสิ่งที่มากระทบต่อบุคคลไม่ว่าจะเป็นด้านใดก็ตาม ย่อมส่งผลต่อด้านอื่นๆด้วย นอกจากนี้บุคคลยังเปรียบเสมือนระบบใหญ่ระบบหนึ่ง ซึ่งเป็นระบบเปิดต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การเจริญเติบโต การดำรงเผ่าพันธุ์ และความสามารถในการชนะอุปสรรค การที่บุคคลมีสุขภาพที่ดีและเกิดความมั่นคงถือว่าบุคคลนั้นบรรลุเป้าหมายของการปรับตัว ส่วนการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่มีประสิทธิภาพนั้น จะทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการปรับตัวได้

โดยสรุปแนวคิดการปรับตัวของรอยจึงหมายถึงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต (Andrews & Roy 1991) ระบบการปรับตัวของบุคคลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยประกอบด้วยสิ่งนำเข้า กระบวนการควบคุม สิ่งนำออกและกระบวนการย้อนกลับ สิ่งนำเข้า หมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบๆตัวหรือภายในบุคคล หรือ สิ่งเร้า (stimuli) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ สิ่งเร้า (stimuli) หมายถึง สิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวเพื่อก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น สิ่งเร้าร่วม หมายถึง (contextual stimuli) สิ่งกระตุ้นอื่นๆที่มีอยู่ในสภาวะการณั้ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งเร้าตรง เช่นสิ่งเร้าร่วมที่เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลหรือนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรงช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนสิ่งเร้าร่วมทางลบจะเสริมความรุนแรงของสิ่งเร้าตรงทำให้บุคคลมีการปรับตัวไม่อย่างเหมาะสม สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่อาจมีหรือไม่มีผลต่อระบบบุคคลในสถานการณ์นั้นๆที่ไม่ชัดเจน

ในกระบวนการควบคุมนั้นตามแนวคิดของ Roy เรียกกระบวนการควบคุมสิ่งเร้าว่ากลไกการจัดการ (coping processes) กลไกนี้มีทั้งมีมาแต่กำเนิด (innate coping mechanism) เป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ และมีกลไกที่เกิดจากการพัฒนาโดยการเรียนรู้ จากประสบการณ์ในชีวิตที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า (acquired coping mechanism) กลไกการจัดการนี้ แบ่งได้ 2 ระบบย่อย คือ ระบบการควบคุม (regulator subsystem) เป็นกระบวนการควบคุมหลักที่เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมี ต่อมไร้ท่อ ซึ่งแสดงออกมาในรูปของการรับรู้และการตอบสนองอย่างอัตโนมัติ เพื่อที่ควบคุมการทำงานของร่างกายให้อยู่สภาวะสมดุล มักจะเป็นการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ส่วนอีกระบบหนึ่งคือระบบการคิดรู้ (cognator subsystem) เป็นระบบย่อยเกี่ยวกับกลไกการควบคุม การตอบสนองผ่านกระบวนการด้านอารมณ์และความคิด ซึ่งเป็นไปได้ 4 ช่องทาง คือ

1) กระบวนการรับรู้และจัดการกับข้อมูล ได้แก่ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ บุคคลจะต้องรับรู้สิ่งเร้านั้น แล้วจัดการเก็บเป็นข้อมูล

2) กระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ บุคคลจะเกิดการตอบสนองใหม่ และปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาการตอบสนองใหม่เรื่อยๆ เพื่อเป้าหมายความสมดุลของระบบ

3) กระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบบุคคลจะเกิดกระบวนการทางความคิด เลือกกระทำการตอบสนองด้วยตนเอง

4) กระบวนการทางอารมณ์ ได้แก่ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ บุคคลจะตอบสนองด้วยการปรับเปลี่ยนลักษณะทางความรู้สึก โดยระบบย่อยทั้งสองระบบนี้ ทำงานประสานกันตลอดเวลา ในแต่ละบุคคล เพื่อให้บุคคลปรับตัวสู่เป้าหมาย คือ ระบบเกิดความสมดุล ส่งผลให้เกิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและประเมินได้ (Andrews & Roy 1991) ดังนี้

4.1) การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการปรับเพื่อตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานทางร่างกาย 5 ประการ คือ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกันอันตรายของร่างกาย นอกจากนี้การปรับตัวทางด้านร่างกายอย่างสมบูรณ์ยังรวมถึง การรับความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ การปรับตัวทางด้านร่างกาย ต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านสรีระ (physiological integrity)

4.2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self - concept - group identity mode) ปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ หรือเอกลักษณ์ของกลุ่มเป็นหนึ่งในสามทางด้านจิตสังคมที่ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ ที่เน้นเฉพาะเจาะจงทางด้านจิตใจและจิต

วิญญาณของบุคคล การปรับตัวด้านนี้เกี่ยวข้องกับเจตคติ ความคิด ความรู้สึก ความสำนึกที่บุคคลมี ทั้งยังเป็นความเชื่อ และความรู้สึกที่บุคคลยึดเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งเกิดจากการรับรู้ภายในตนเอง หรือการรับรู้จากปฏิกริยาที่บุคคลอื่นแสดงต่อตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 คือ

4.2.1) อัครมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นการรับรู้ภายในของตนเอง (body sensation) ความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพร่างกายของตนเอง และการรับรู้ด้านภาพลักษณ์ของตน (body image) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับ ขนาด รูปร่าง หน้าตาท่าทางของตน

4.2.2) อัครมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นการรับรู้ต่อตนเองด้านความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบ่งได้เป็น 3 ส่วนย่อย ได้แก่ ความสม่ำเสมอแห่งตน (self – consistency) เป็นการที่บุคคลพยายามไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในชีวิตของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สมดุลของชีวิต ด้านอุดมคติแห่งตน (self- ideal) เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการจะทำได้ ความสามารถในการทำ ความมุ่งมั่นในการที่จะทำพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่หมาย ส่วนด้านศีลธรรมจรรยา จิตวิญญาณแห่งตน (moral- ethical- spiritual self) นั้นบุคคลจะใช้ความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อ ศีลธรรมจรรยาและค่านิยมทางจิตวิญญาณที่ตนยึดถือมาใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการดำเนินชีวิต

4.3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นปฏิกริยาของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (social integrity) โดยเน้นที่บทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังอย่างเหมาะสม ซึ่งจะประเมินได้จากพฤติกรรมที่สามารถวัดได้ (instrumental behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกต่อสังคมอย่างมีเป้าหมาย (goal oriented behaviors) โดยทั่วไปจะเป็นการแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับทางด้านร่างกาย นอกจากนี้การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ยังประเมินได้จากพฤติกรรมการระบายออก (expressive behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในด้านความรู้สึกและเจตคติ เป้าหมายของการระบายออกนี้จะเกิดขึ้นโดยตรงทันทีทันใด เป็นลักษณะธรรมชาติของบุคคลและเป็นผลจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามทฤษฎีของรอยได้แบ่งบทบาทของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท (Andrews & Roy 1991) ดังนี้ บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นบทบาทที่บุคคลจะต้องแสดงออกตลอดระยะเวลาของช่วงชีวิต ซึ่งเป็นไปตามอายุ เพศ และพัฒนาการ เช่นบทบาทการเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ เป็นต้น บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ตามพัฒนาการหรือบทบาทปฐมภูมิให้สมบูรณ์ บุคคลคนหนึ่งอาจจะมียุทธภูมิต่างกันได้หลายบทบาท เช่น บทบาทในครอบครัว การเป็นสามี การเป็นบิดา เป็นต้น บทบาททุติยภูมิจะมีความสำคัญต่อชีวิตและ

การแสดงพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ที่ต่างกัน ปัญหาในการปรับตัวด้านบทบาทมักพบบ่อยๆ ในบทบาทด้านทุติยภูมิ (Andrews & Roy 1991) บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) จะมีลักษณะสัมพันธ์กับบทบาททุติยภูมิ เป็นบทบาทชั่วคราวที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม โดยที่บุคคลอาจเลือกบทบาทนี้ได้อย่างอิสระ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ แม้ว่าจะบางครั้งบทบาทนี้อาจเป็นบทบาทชั่วคราว ตัวอย่าง เช่น บทบาทผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นบทบาทเรื้อรัง บทบาทตติยภูมิอาจกลายเป็นบทบาททุติยภูมิ เป็นต้น

4.4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence mode) เป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นเดียวกับด้านบทบาทหน้าที่ แต่ในการปรับตัวด้านนี้จะเน้นที่ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของบุคคลหรือสิ่งอื่นๆ ในระบบสนับสนุน เกี่ยวกับการให้และการรับ ความรัก ความเคารพ และการมองเห็นคุณค่า โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการปรับตัวด้านพฤติกรรมการปรับตัวด้านพฤติกรรมการรับ และพฤติกรรมช่วยเหลือ เพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของการให้ได้ความรัก ความเคารพ และการมองเห็นคุณค่าพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้านมีความเกี่ยวข้องกัน โดยผลของการปรับตัวเกิดจากการทำงานร่วมกันของระบบย่อยการคิดรู้และระบบย่อยการควบคุมที่อยู่ในกลไกการจัดการ ดังนั้นในการประเมินการปรับตัวของบุคคลจึงต้องประเมินพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน

2.3 การปรับตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยสูงอายุ การปรับตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้สูงอายุเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าซึ่งมีผลต่อร่างกายการคิด รับรู้ ความจำ การให้ความหมาย การแปลความ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม ที่พบบ่อยได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โศกเศร้า ร้องไห้ กลัว กังวล รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง หมดหวัง ไม่มีความสุข แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง และไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น อาการทางร่างกายที่พบบ่อยที่สุด คือ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด และนอนไม่หลับ การปรับตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้สูงอายุตามแนวความคิดของ ทฤษฎีการปรับตัวของรอย(Roy Adaptation Model) โดยแบ่งการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

2.3.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) มีพื้นฐานมาจากความต้องการมั่นคงทางด้านร่างกาย ซึ่งพิจารณาได้จากการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน (basic primary needs) ได้แก่ ความต้องการรับประทานอาหาร น้ำ และความอยากอาหารลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงอาจจะนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ไร้สมรรถภาพทางเพศ ท้องอืดท้องเสีย ระบบการทำงานของทางเดินอาหารเสียสมดุล , ระบบไหลเวียน



เลือด หลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ในขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดอาการหัวใจล้มเหลว หรือโรคของเส้นเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงได้ง่าย , ฮอว์โมน ต่อมาผลิตฮอว์โมนต่าง ๆ เสื่อมไป มีผลให้ ก่อให้เกิดโรคหลายอย่างตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคขาดรยรอยด์ฮอว์โมน หากการปรับตัวไม่สามารถก่อให้เกิดการตอบสนองได้ในทางบวกได้ เป็นการปรับตัวในทางลบหรือล้มเหลว (maladaptation behavior)

2.3.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านจิตใจและจิตวิญญาณ แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ

2.3.2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเอง จากพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า มีส่วนหนึ่งที่มาจากสาเหตุความผิดปกติของสมอง ในผู้ป่วยสูงอายุอาจจะมาจากระดับสารสื่อประสาทลดลง ทำให้มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา ความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองไม่ดีไร้ค่า รู้สึกว่าตนเองไม่มีความรู้ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย ไม่สนใจตนเอง ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวพฤติกรรมที่แสดงออกว่าบกพร่องในการปรับตัวได้แก่ ไม่ยอมรับความจริง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ล้มเหลว สิ้นหวัง อานาคตมึนมน ส่งผลมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา

2.3.2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง ซึ่งแบ่งออก ดังนี้

1) ความสม่ำเสมอแห่งตน (self consistency) บุคคลจะปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในตนเองหรือความสม่ำเสมอในชีวิต เป็นผลมาจากอาการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง ไม่สนใจดูแลตนเอง การนอนหลับพักผ่อนแปรเปลี่ยนไป นอนหลับไม่สนิท อ่อนเพลียตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยวัยสูงอายุอึดอัด กลุ้มใจ หงุดหงิด เพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น อาการของโรคก็กำเริบขึ้น ผลของการรักษา也不好

2) ปณิธานหรือความคาดหวังแห่งตน (self ideal or self expectation) ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทการดำเนินชีวิตทั้งในครอบครัว และหน้าที่การงานได้ตามที่คาดหวัง สิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง เช่น การศึกษาของสุนิตรา จตุพรพิพัฒน์ (2543) เรื่องการพึ่งพา อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์และอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ศีลธรรมจรรยาแห่งตน (moral-ethical self) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้านักจะคิดถึงการฆ่าตัวตาย สามารถจะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ทำให้สถิติการฆ่าตัวตายในโรคซึมเศร้าน่า

ที่สุด 4. ความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์ ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น สภาพการณ์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีพฤติกรรมเรียกร้องหงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเองและอาจถึงกับแยกตัวเองได้

**2.3.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode)** ผู้ป่วยต้องดำรงบทบาทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิก การยอมรับบทบาทใหม่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกว่าตนขาดความสามารถ ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังได้ การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามทฤษฎีของรอยได้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ บทบาทปฐมภูมิเป็นผู้สูงอายุ บทบาททุติยภูมิเป็นการแสดงบทบาทในครอบครัว เช่น การเป็นสามี การเป็นบิดา บทบาททุติยภูมิจะมีความสำคัญต่อชีวิต ปัญหาในการปรับตัวด้านบทบาทมักพบบ่อยๆ ในบทบาทด้านทุติยภูมิ (Roy & Andrew, 1991) บทบาทตติยภูมิ เป็นบทบาทของการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**2.3.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (interdependence mode)** การเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ระดับการพึ่งพาจะแตกต่างกันไปขึ้นกับความรุนแรงของโรค ปัญหาการปรับตัวอาจแสดงออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมที่แสดงการพึ่งพาผู้อื่นเหมาะสม คือ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากเกินไปจนความจำเป็น และพฤติกรรมพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โกรธ หงุดหงิด หรือทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ บางรายอาจเฉยเมย แยกตัวเอง

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัย หรือสิ่งเร้าที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา และคาดว่าจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**เพศ** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและปรับตัวด้านจิตใจ การระบายความทุกข์ เจตคติต่อการเจ็บป่วย การศึกษาของ Rollnik et al. (2003) พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องการศึกษาของ Chao et al. (2008) พบว่าเพศหญิงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าเพศชาย ทำให้เพศชายมีโอกาสแสวงหาความรู้ และมีความสามารถในการดูแลตนเองสามารถปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศจึงน่าจะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการปรับตัวด้าน สรีรวิทยา Mitchell, Gallucci and Fought, 1991) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันจะมีประสบการณ์ผ่านเหตุการณ์ในวัยต่าง ๆ มากขึ้น เก็บเกี่ยวประสบการณ์ เหตุการณ์ในอดีตมีทั้งความสุขและทุกข์ผ่านมามากมาย ถ้าเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า มีความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกคุณค่าของตนเอง ความมั่นใจ ความภาคภูมิใจลดลงจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ดังนั้นจึงคิดว่าอายุน่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยที่ผู้ป่วยที่อายุมากกว่าอาจจะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

สถานภาพสมรส การศึกษาของ จูไรรัตน์ หงส์เวียงจันทร์ (2541) ได้ เน้นว่าการมีคู่สมรส จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจ เป็นเพื่อนคอยกระตุ้นให้ดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็น โสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มักจะขาดคนดูแลให้กำลังใจ แต่สำหรับผู้ป่วยมีสถานภาพสมรส ผู้ป่วยจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทร ใจดี ใจดี ตลอดจนยอมรับผลกระทบของโรคที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี จากการศึกษาของฉัตรจงกล ตูลยนิษกะ(2552) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุง พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวหลังเกษียณอายุ ในการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพ โสด ม่าย หย่า แยกกันอยู่ เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือ จากคู่สมรส ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษา สถานภาพสมรส ที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รายได้ เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพเศรษฐกิจ และสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินชีวิตในการแสวงสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองให้มีความสุข และสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคล จึงมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิตปัจจัยหนึ่ง รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีมีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมรายได้ที่ไม่แน่นอน ทำให้เกิดความวิตกกังวลว่าครอบครัวจะเบื่อหน่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัว จากการศึกษา จากการศึกษาของเอมอร์ มุกดาสนิท (2542) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยวัยสูงอายุภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง

หลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ อรุณประไพ บัวพันธ์ (2551) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากงานวิจัยดังกล่าว พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ระดับการศึกษา การศึกษาช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่ง ๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้ที่รับการศึกษาน้อย จะมีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน ซึ่งผู้ป่วยที่รับการศึกษามากกว่า จะสามารถรับรู้ได้ทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้อย่างถูกต้อง จากการศึกษาของสุภาภรณ์ สังฆมรรทร (2549) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yao ,Cheng and Chen (2008) ระดับการศึกษาสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับซึ่งมีความสัมพันธ์การปรับตัวด้านร่างกาย เช่นเดียวการศึกษาของBarbareschi et al.,2007 พบว่า ระดับการศึกษาความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทหน้าที่ทางสังคม จากงานวิจัยดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการศึกษาสูงกว่า จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีกว่า เนื่องจากสามารถเลือกแสวงหาข้อมูลในการรักษาได้หลากหลาย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย แสดงถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า จนกระทั่งวันสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวเพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยเวลาในการปรับตัว ระยะเวลาที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยมากขึ้น มีความคุ้นเคยกับแบบแผนการรักษาและเรียนรู้ในการดูแลตนเอง

การประเมินระยะเวลาของการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการประเมินทั้งในลักษณะการนับเป็นจำนวนปี และลักษณะการนับเป็นจำนวนเดือน ผู้วิจัยจึงนับระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นจำนวนปี โดยนับจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีบันทึกไว้ในบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก จนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจะนับเป็น 1 ปี เช่น ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2543 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2545 รวมระยะเวลาของการเจ็บป่วย 2 ปี 3 เดือน ผู้วิจัยจะนับว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย 2 ปี เนื่องจากระยะเวลาที่นับเป็นจำนวนเดือนยังไม่ถึง 6 เดือน จากการศึกษาของ จากการศึกษาของ Pollock (1990) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคมเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตที่เรื้อรังมีการเจ็บป่วยที่ต่อเนื่องและยาวนาน



2.3) ด้านร่างกาย ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง นอนไม่หลับ มีความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวช้าลง อาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบากบางครั้งไม่พูดเลย

2.4) ด้านจิตใจ ได้แก่ สูญเสียแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆที่อึดอัด สิ้นหวัง ต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจตนเอง

3) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง(Severe depression)เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆ ในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจหุดลุกหุดคั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างช้าๆ เจ็บ ซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการหลงผิด และประสาทหลอน

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นในปีพ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองเครื่องมือนี้มีรากฐานจาก Yasavage et al.,(1978)ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรวรรณ ถีทองอินทร์ (2533)แบบวัดนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุประเมินด้วยตนเอง (self report) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 30ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่ ในการประเมินค่าคะแนนในแบบประเมิน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่าไม่ใช่ ได้ 1คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า ใช่ ได้ 1 คะแนน แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถาม ทั้ง 30 ข้อ รวมกัน และแบ่งภาวะซึมเศร้า เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-12 คะแนน หมายถึงปกติ 13-18 คะแนนหมายถึงมีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง 25-30 คะแนน หมายถึงมีความเศร้ารุนแรง การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินนี้ เหมาะที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคและภาวะซึมเศร้าเหมาะกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา

เนื่องจากแบบประเมิน TGDS มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ จากการศึกษาของ Miller (2001) พบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ซึ่งเป็นอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self)ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ จะเกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ความเป็นเอกลักษณ์ ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในตนเองลดลง ส่งผลให้การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ลดลงเช่นเดียวกับการศึกษาของ Yao ,Cheng and Chen (2008) ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกาย ดังนั้นจึงคิด

ว่าภาวะซึมเศร้าน่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยที่ผู้ป่วยที่ภาวะซึมเศร้ามากกว่าอาจจะสามารถปรับตัวได้ไม่ดีกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าน้อย

การสนับสนุนทางสังคม ปังจ้ยด้านสิ่งแวดล้อมปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ มีผู้สนใจศึกษาไว้จำนวนมากดังนี้

ความหมายการสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลว่ามีคนรัก เอาใจใส่ รู้สึกภาคภูมิใจ และยอมรับว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งแสดงออกถึงการยอมรับนับถือ เห็นคุณค่า โดยให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ สิ่งของ เงินทอง คำแนะนำ การดูแล และการให้ข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง

รุจิรวงศ์ แอกทอง (2549) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งสิ่งทีบุคคลได้รับการช่วยเหลือ ได้แก่ ด้านอารมณ์และสังคม ทางด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ของต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของBrandt & Weinert (1985 อ้างใน ชมนาดวรรณพรศิริ, 2535) ให้ความหมายว่า เป็นการช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือแนะนำ

#### **ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม**

ชนิดการสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญเชื่อมโยงไปสู่ภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคล จึงมีผู้สนใจจำนวนมากและหลากหลายดังนี้

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ทำให้รับรู้ว่าจะได้รับความรัก เอาใจใส่ ยอมรับ และไว้วางใจ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองได้รับการยอมรับ มีผู้อื่นมองเห็นคุณค่า และรู้สึกมั่นใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

House (1981) แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ หัวหน้า ลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน

และความสัมพันธ์ไม่เป็นทางการ มีความสัมพันธ์โดยไม่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการงาน ได้แก่ พ่อแม่ คู่สมรส และเพื่อน และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมในการได้รับความช่วยเหลือออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย รับฟัง และไว้วางใจ
- 2) การสนับสนุนทางการประเมิน เป็นการให้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ

3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหา

4) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือสิ่งของ เงินทอง และเวลา

Brandt & Weinert (1981, p. 13) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 มิติ ตามแนวคิดของ Weiss (1974) คือ

1) ความผูกพันใกล้ชิด (Attachment) ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่นช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในคู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2) การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3) ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทั้งด้านความคิดและการตัดสินใจ

4) การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัว หรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่น หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5) การได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำชี้แนะหรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ไข

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม มีองค์ประกอบหลายด้านซึ่งเป็นการได้รับการตอบสนองความต้องการ จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม และเป็นปัจจัยที่มีผู้ศึกษาแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันออกไป แล้วแต่แนวคิดที่ผู้สร้างยัดถึอ (ลำเนาวัเรองชศ , 2530) ดังนั้

1) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb) ซึ่งสร้างโดยแคปแพลน (Kaplan) ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุดแต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ จะนำคะแนนที่ได้



จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคม (Turner, 1981)

2) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาห์น (Kahn) ที่เรียกว่า Norbeck social support questionnaire part two NSSQ 2 ซึ่งสร้างโดย Norbeck, Linsey&Carrieri (1981) คำถามจะเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรองและเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกันและการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วนให้ค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม

3) เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss (1974) ที่เรียกว่า The personal resource questionnaire : PRQ85 Part II ซึ่งสร้างโดย Brandt & Weinert (1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าแห่งตน และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เหมาะสม คำถามในส่วนนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนให้ค่า 7 ระดับ จำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 25 – 175 ค่าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูงแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 (ชมนาด วรรณพรศิริ, 2535)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (The personal resource questionnaire : PRQ85 Part II) ของ Brandt & Weinert (1981) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่นิยมใช้ในการวัดหน้าที่การสนับสนุนทางสังคมและมีค่าความเชื่อมั่น 0.93 นอกจากนั้นเครื่องมือนี้ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 และมีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง เช่น ประไพ ทายุทธ (2545) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทจากพิษสุรา ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 รัชฎาพร ธรรมน้อย (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.88

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยเป็นสิ่งเร้าที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสมมีอิทธิพลการปรับตัวในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Yao ,Cheng and Chen (2008) การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับซึ่งมีความสัมพันธ์การปรับตัวด้านร่างกาย นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจาก

ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่าไม่เห็นคุณค่าของตนเอง Miller (2001) เป็นสาเหตุทำให้เกิดระดับภาวะซึมเศร้ามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเช่น โรคซึมเศร้า Cutronaa , Russella and Roseb (2007) ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าไม่มีคนที่เข้าใจปัญหา และไม่มีที่พึ่งพาช่วยแก้ไขปัญหา ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ หดหู่ ปรับตัวไม่ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chao et al. (2008) การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคม ดังนั้นปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมี ความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอมอร มุกดาสนิท (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 150 ราย พบ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีการปรับตัว ในแต่ละด้านและโดยรวมอยู่ในระดับดี สมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ความคิดเห็นต่อการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลัง ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพใน ครอบครัว ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 48.5

สุณี สุวรรณพสุ (2544) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 52.2

สุมาพร บรรณสาร (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 100 คน พบว่า ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนใน

ความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนอนในความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรังได้ร้อยละ65.0

รุจิรงค์ แอกทอง (2549) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 370 คน โดยใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย ผลการศึกษาพบว่าเพศ สถานภาพสมรส การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ที่ต่างกัน มีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน ส่วนรายได้ ระดับการศึกษาต่างกันมีการปรับตัวแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคม เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และมีการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหายู่ในระดับกลาง ส่วนการปรับตัวอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่า การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ไขปัญหา เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุได้ร้อยละ48.5

สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 140 ราย พบว่า การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับกลาง อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของ การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ฉัตรจงกล ตูลยนิษกะ (2552) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวหลังเกษียณอายุของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพัทลุง จำนวน 300 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปรับตัวด้านสรีรวิทยา ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสุขภาพ และระยะเวลาหลังหลังเกษียณอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทักษะติดต่อการเกษียณอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ได้แก่ สถานภาพทางสุขภาพ ระดับตำแหน่งก่อนการเกษียณอายุ ทักษะติดต่อการเกษียณอายุ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวหลังเกษียณอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ สถานภาพทางสุขภาพและ ทักษะติดต่อการเกษียณอายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวหลังเกษียณอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปรับตัวด้านพึงพาระหว่างกัน ได้แก่ ทักษะติดต่อการเกษียณอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเตรียม

ตัวก่อนเกษียณอายุ ปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และปัจจัยทัศนคติต่อการเกษียณอายุ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวหลังเกษียณอายุ ได้ร้อยละ 23

Miller (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าตนเอง ระดับภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ถูกตัดกระดูกขาวยุติอายุ จำนวน 51 ราย พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความรู้สึกมีคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

Barbareschi, Sanderman, Tuinstra, Sonderen and Ranchor (2007) ได้ศึกษาระดับการศึกษา และการปรับตัวผู้ป่วยโรคเมเร็งวัยสูงอายุ จำนวน 99 ราย พบว่า ระดับการศึกษาความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทหน้าที่ สามารถร่วมกันพยากรณ์ ผู้ป่วยโรคเมเร็งมีการศึกษาสูงจะปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการทำงานกายภาพได้ดี

Cutronaa , Russella and Roseb (2007) การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวกับความเครียด ในผู้สูงอายุ พบว่าความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอาการเครียด

Huang et al. (2008) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวผู้ป่วยโรคจิตวัยสูงอายุ ประเทศไต้หวัน จำนวน 129 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ใช้เครื่องมือแบบวัด the Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) , the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และ the Life Skills Profile (LSP) พบว่า ทักษะชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวผู้ป่วยโรคจิตวัยสูงอายุประเทศไต้หวันเนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะชีวิตได้ดีขึ้นและสามารถปรับตัวเข้ากับคนในชุมชนได้

Chao et al. (2008) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวด้านจิตใจผู้สูงอายุในสถานดูแลเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาจำนวนผู้สูงอายุ 165 คน ใช้แบบวัด The Geriatric Psychosocial Adaptation Scale (GPAS) พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ ระดับของการสนับสนุนของครอบครัว ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตใจ

Yao ,Cheng and Chen (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และเครือข่ายทางสังคมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในประเทศไทยและไต้หวันผู้สูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 187 คน ใช้เครื่องมือแบบวัด Chinese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (C-PSQI) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้า และเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

