

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายผู้สูงอายุ
 - 1.2 ความเจ็บป่วย
 - 1.3 ผู้ป่วยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.1 ความหมายภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.3 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.4 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
3. การประเมิน การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า และการพยาบาล
 - 3.1 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 3.2 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า
 - 3.3 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
4. กลุ่มบำบัดระดับประคอง
 - 4.1 องค์ประกอบของกลุ่มบำบัดระดับประคอง
 - 4.2 เป้าหมายของกลุ่มบำบัดระดับประคอง
 - 4.3 บทบาทพยาบาลในการบำบัด
 - 4.4 พัฒนาการกลุ่ม
 - 4.5 ปัจจัยบำบัด
5. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคอง
6. งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายผู้สูงอายุ

การสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในสภาวะปกติทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปจากเดิม เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ดังนั้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีความเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนเกิดขึ้นมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Stanley & Beare, 1994: 13 อ้างตามเพ็ญศรี หลินศุนนท์)

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539: 2) ได้ให้เกณฑ์ในการพิจารณาผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยจัดประเภทไว้ดังนี้

1) การจำแนกอายุตามกาลเวลา (Chronological age) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการเกษียณอายุราชการหรือการให้หยุดงาน เนื่องจากการสูงอายุ (Retirement) เช่น ในประเทศไทย ใช้เกณฑ์ 60 ปี ในขณะที่องค์การระหว่างประเทศใช้เกณฑ์ 65 ปี สำหรับชาย และ 60 ปี สำหรับหญิง และสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Institution of Aging of America) ได้กำหนดเกณฑ์แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (Young old) อายุ 60-74 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (Old old) อายุ 75 ปีขึ้นไป

2) การจำแนกอายุตามสรีระวิทยา (Physiological age) โดยคำนึงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยใช้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลเป็นสำคัญ เช่น สมรรถภาพด้านร่างกาย และการทำงานของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวร่างกาย การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของร่างกาย เช่น หลังค่อม ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น การทำกิจกรรม

มีผู้ให้คำจำกัดความ “ ผู้สูงอายุ ” ไว้มากมาย แต่สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้ศึกษาจะใช้ความหมายของผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 ตามมาตรา 3 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2546 โดยถือว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย

(www.opp.go.th / 31 มกราคม 2549)

1.2 ความเจ็บป่วย (Illness)

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ร่างกายปรับตัวได้น้อย ไม่สามารถจะตอบโต้หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ทำให้ตนรู้สึกว่าคุณภาพไม่ดี ความเจ็บป่วยอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคก็ได้ ความเจ็บป่วยอาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากความผิดปกติของอวัยวะต่างๆในร่างกาย หรือความผิดปกติของจิตใจ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ การบ่งชี้ถึงสภาวะความเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดีบางครั้งไม่เด่นชัด บุคคลที่มีความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นทางด้านใดด้านหนึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านอื่นๆตามมากล่าวคือ ถ้ามีความ

เจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาคือ บุคคลจะเกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ มีความเครียด นอกจากนี้ภาวะความเจ็บป่วยอาจมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ ทำให้รู้สึก หงุดหงิด ไม่สบายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมตามมา (เรณู สอนเครือ, 2541)

ประเภทของความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1) ความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute illness) เป็นการเจ็บป่วยทันทีทันใดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยไม่มีเวลาในการปรับตัว ซึ่งความเจ็บป่วยประเภทนี้อาจเกิดจากโรค เช่น โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน หรือเกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ

2) ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) เป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการของโรคเป็นเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผู้ป่วยจะมีเวลาในการปรับตัว แต่ทั้งนี้ การปรับตัวก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

1.3 ผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีความเจ็บป่วยตั้งแต่หนึ่งโรคขึ้นไป ซึ่งความเจ็บป่วยนั้น อาจเป็นทั้งความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute illness) และความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) และต้องได้รับการรักษา ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยอาจมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมตามมา (วัชร อภาธีรพงศ์, 2541)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย มีอาการไม่รุนแรง ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต ไม่มีปัญหาสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสูงอายุกับความเจ็บป่วย

การสูงวัยเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และเป็นพัฒนาการช่วงหนึ่งของมนุษย์ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายพบว่า การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไปจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 2 หรือ 3 โรค (Brien, Sloane and Cohen, 1992) สอดคล้องกับ O'Brien (1975) ที่กล่าวว่า 4 ใน 5 คนของผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่า และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ในขณะที่ Mion, Frenley and Adan (1986) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 64-69 ปี จะพบโรคเรื้อรัง 4 โรค ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไป จะพบประมาณ 5 โรค ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคของระบบไหลเวียนโลหิต (Lueckenotte, 1996) และการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ จากการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2538 ของคณะทำงานโครงการสำรวจผู้ป่วยสูงอายุในประเทศไทย (2541)

พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น เป็นภาวะสุขภาพไม่ดีของผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534; Newbern and Krowchuck, 1994; Hall and Havens, 1999)

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยสูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ จากคนที่มียุทธศาสตร์ได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่นมาเป็นบุคคลที่ขาดคนยอมรับ ประสบกับภาวะสูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น เสียคู่สมรส เพื่อน ญาติ การสูญเสียความสามารถที่เคยมี อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่มีลักษณะเรื้อรังหรือรุนแรงมากขึ้น และการขัดข้องทางการเงินที่ไม่สามารถจะช่วยเหลือในการใช้จ่ายได้ตามปกติ (Brown & Harris, 1978 cited by Peden, 1993) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากสามารถปรับตัวยอมรับหรือเกิดการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม จะทำให้มีสุขภาพจิตดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวเผชิญได้จะทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งมักทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

2.1 ความหมายภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) มาจากคำว่า Depriverre ซึ่งเป็นภาษาละติน มีความหมายว่า กอดต่ำลง หรือจมลง โดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2526: 101)

Craighead et al. (1986) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงสภาวะอารมณ์ที่ช่วยทำให้มนุษย์ดำรงความสมบูรณ์แห่งชีวิตได้อย่างเหมาะสม จากการได้รับประสบการณ์แห่งความสูญเสีย โดยมีความรู้สึกเศร้า เก็บตัว ไม่ต้องการปฏิสัมพันธ์กับสังคมและคนรอบข้างหรืออาจหมายถึงความผิดปกติทางจิตใจ โดยแสดงอาการพลุ่งพล่านไม่เป็นสุข มีอาการทางกายและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

Priest (1983) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญ ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกล้มเหลว รู้สึกสูญเสีย เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือคงอยู่นานขึ้นอยู่กับสภาพการณ์แวดล้อม

Gurland (1976) กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องทางจิตที่ธรรมดาที่สุด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ จะสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลง เรื่องการนอนหลับ

การเจริญอาหาร พฤติกรรมทางสังคม การรับรู้สุขภาพทางกายและความกระปรี้กระเปร่า สิ่งเหล่านี้สามารถแสดงให้เห็นถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุได้ ภาวะซึมเศร้าทำให้ความตั้งใจในการทำสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันลดน้อยลงหรือหมดไป ก่อให้เกิดความสิ้นหวัง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดความเฉาต่อสิ่งแวดลอมรอบตัว ในขณะที่เดียวกันอารมณ์ด้านบวก เช่น ความเมตตา กรุณา ความรัก และความสนุกสนานรื่นเริงจะหมดไป

Sturgeon (1974) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเจ็บป่วยที่ทำให้หมดความสามารถ เป็นโรคที่ทำให้พิการและเป็นสาเหตุที่ทำให้หมดความสุขหรือความสนุกสนานในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม รวมทั้งหน้าที่การทำงาน

Winer (1980) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามีหลายความหมายแตกต่างกันจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พงจะสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าได้ 3 ประการ คือ

- 1) ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย การเกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต
- 2) ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะของการใคร่ครวญถึงความผิดหวัง สิ้นหวังเกี่ยวกับความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตของตนได้
- 3) ภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเสริมแรงทางบวก

เนตรนภา จักรงค์แสง (2540) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอัคมโนทัศน์ไปในทางลบทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดลอม ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะมองทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นความล้มเหลว และมองชีวิตในอนาคตเป็นเรื่องของความยุ่งยาก บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครยกย่อง จึงไม่รู้สึกชื่นชมตนเอง ส่งผลให้เกิดการก้าวร้าวและดูถูกตนเอง ถ้ามีภาวะซึมเศร้ามากๆ มักจะทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

อลิสา วัชรสินธุ (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depressive Symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึก ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา

ดวงใจ กसानติกุล (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม และสมรรถภาพในการทำงานลดลง และแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (Affect of States) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนานและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2. เป็นอารมณ์ผิดปกติ (Mood or Trait) คือ คงทน และระดับที่เกินปกติวิสัย ไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาทางการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกาย และโรคทางจิตต่างๆ (Secondary depression)

3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (Primary Affective Disorder) โดยมีอารมณ์ผิดปกติคงนาน (Mood disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้า หรือ Hypomania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง โดยมีอาการอื่นๆร่วมด้วย

3.1 อาการทางจิตสรีระ (Psychophysilogic หรือ vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

3.2 อาการทางความคิด (Cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ จี้หลังจี้ลิ้ม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

3.3 อาการทางพฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหว (Psychomotor) เช่น เชื่องซึม กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

Beck(1973) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ เป็นปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพาผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชื่องช้าลง (Retardation) หรือ กระวนกระวาย (Agitation)

จากการให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาขอสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระนี้คือ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติของจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกเศร้าสร้อย วิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม เกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง สังกม และอนาคต ความตั้งใจในการทำสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือหมดไป เกิดความเฉาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งอาการต่างๆ เกิดขึ้นเป็นเวลาดำเนินไปเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

Blazer (1982: 55-100) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม ซึ่งจะกล่าวโดยสรุปดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression)

ทฤษฎีในแนวนี้นั้นส่วนใหญ่เป็นผลของการผสมผสานข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยด้านความเจ็บป่วยทางจิตในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพอสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีต่อไปนี้

2.2.1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ข้อสรุปของทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดและครอบครัว (Blazer, 1982: 56-57) ซึ่งปรากฏว่าอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (First Generation) สูง เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดแท้ (Monozygotic twin) สูงกว่าฝาแฝดเทียม (Dizygotic twin)

2.2.1.2 ทฤษฎีของสารประกอบในโตรเจน (Biogenic Amine Theory) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของ Biogenic Amine (Depression of Biogenic Amine Imbalance) อาจเกิดจากการใช้ยา เช่น เรเซอพิน (Reserpine) ทำให้สารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ลดน้อยลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการลดลงของซีโรโทนิน (Serotonin) ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกันนอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงสารเคมีในสมองที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น dopamine อีกด้วย

2.2.1.3 ทฤษฎีของต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของระบบต่อมไร้ท่อและภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคล พบว่าการลดปริมาณของฮอร์โมนเพศหญิงหลังวัยหมดประจำเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่า มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโซน (Cortisone) และฮอร์โมนกระตุ้นต่อมหมวกไต (ACTH) ในปริมาณมากในผู้ที่มีการภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายและพลุ่งพล่าน

2.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Depression) แบ่งได้เป็น 3 ทฤษฎี ดังต่อไปนี้

2.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่งพิง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดภายหลังการเจ็บป่วย ล้มเหลวหรือโดดเดี่ยว โดยทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบภายใน ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคล ทั้งการแสดงออก ผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่างๆ ที่เป็นเหตุแห่งความไม่สมหวังในชีวิตฟรอยด์ (Freud, 1963 cited in Blazer, 1982: 79) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากความสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักไป การสูญเสียเหล่านี้ไปได้แก่ การสูญเสียของรัก อาจเป็นบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก เช่น การสูญเสียคู่สมรส การสูญเสียสมรรถภาพ

ทางร่างกาย อวัยวะ สถานภาพทางสังคม และการสูญเสียการยอมรับนับถือในตนเอง ซึ่งปฏิบัติการตอบสนองต่อการสูญเสียนี้จะเกิดขึ้นในช่วงของพัฒนาการ และทุกช่วงของอายุ ผลที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงจะทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่อยากร่วมกิจกรรมใดๆ ในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และในที่สุดจะมีความรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีความหมายและนำไปสู่การลงโทษตนเองอย่างผิดๆ

2.2.2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ซีลิกแมน (Seligman, 1978) อ้างถึงในกมลลิน สาตรา, 2531:15) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่ปรับตัวที่ผิดปกติอันเป็นผลมาจากการที่บุคคลได้รับแรงเสริมในระดับต่ำ ซึ่งระดับของแรงเสริมตามแนวคิดนี้ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ประการคือ จำนวนของแรงเสริมในสิ่งแวดล้อม จำนวนกิจกรรมหรือเหตุการณ์ ซึ่งเป็นแรงเสริมที่มีศักยภาพสำหรับบุคคล และทักษะของบุคคลที่จะดึงเอาแรงเสริมนั้นออกมา นอกจากนี้ยังอธิบายเพิ่มเติมอีกว่า รูปแบบของภาวะซึมเศร้านี้เกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ (Uncontrolled Event) เช่น การสูญเสียคนที่ตนรัก หรือหน้าที่การทำงานทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองขาดความสามารถที่จะไปเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ซึ่งจากประสบการณ์ที่ได้รับนี้จะมีผลทำให้บุคคลผู้นั้นขาดความสามารถในการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2.3 ทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive Theory) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีแนวความคิด และการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต (Beck, 1973 cited in Blazer, 1982: 80) กล่าวว่าแนวความคิดและทัศนคติเกี่ยวกับตนเองและสังคมนี้ จะได้รับการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก โดยชี้ให้เห็นว่าแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เช่นความรู้สึกมีปมด้อย จะเป็นผู้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าปกติ มีความรู้สึกไร้ค่า ไม่นั่นคง จะตีความเรื่องต่างๆ ในลักษณะของความพ่ายแพ้ น่าละอายอยู่ตลอดเวลา เมื่อบุคคลเหล่านี้ต้องเผชิญกับความเครียด เช่น ความเจ็บป่วย การปลดเกษียณ การขาดรายได้ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ซึ่งคนส่วนใหญ่อาจเพียงรู้สึกเป็นความเจ็บป่วยและคับข้องใจเท่านั้น แต่บุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ดังกล่าว เป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตัวเอง รู้สึกผิดและไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความบิดเบือนจากความจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในวัยสูงอายุ

2.2.3 ทฤษฎีด้านสังคม (Social Theory)

แนวคิดของทฤษฎีนี้มีความคล้ายคลึงกันกับแนวคิดทางด้านจิตวิทยา แต่ทางด้านสังคม สาเหตุของภาวะซึมเศร้าจะเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

ตามทฤษฎีสังคม บุคคลมีงานที่จะต้องพัฒนาไปตามวัย (Developmental tasks) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกันไปแต่ละช่วงชีวิต เฮฟวิงเฮิร์ส (Havighurst, 1986 อ้างตาม เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 13) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุมีงานพัฒนาใน 6 ลักษณะ คือ

- 1) การต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของคุณภาพ
- 2) การปรับตัวให้เข้ากับภาวะเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้าน
การเงิน
- 3) การปรับตัวต่อการตายของกลุ่มสมรส
- 4) การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน
- 5) การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบของสังคมใหม่ และความรับผิดชอบใน
ฐานะพลเมือง

6) การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เป็นอยู่
นอกจากนี้ บาร์ท (Bart, 1977) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลของโครงสร้าง
ทางสังคม ซึ่งทำให้คนเราขาดบทบาทและไม่สามารถกำหนดชะตาชีวิตของตนเองได้

จากทฤษฎีดังกล่าว จะเห็นได้ว่ายังไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใด โดยเฉพาะที่สามารถอธิบายได้ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากอะไรแน่ แต่พอจะกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นที่ยากที่จะ
ทำการศึกษาและมีความซับซ้อนพอสมควร เป็นเรื่องที่ผสมผสานกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ
สังคม โดยทฤษฎีทางชีววิทยาพบว่า พันธุกรรม, สารประกอบในโตรเจน และฮอร์โมนมีผลต่อ
ภาวะซึมเศร้าซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือไม่สามารถที่จะไปตรวจวัดระดับ
ในโตรเจนในร่างกายได้ แต่ทฤษฎีนี้ให้ตัวแปร เพศ โดยพบว่า การลดปริมาณฮอร์โมนในเพศหญิง
หลังวัยหมดประจำเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม
พบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนไป ความคิด, การรับรู้ และการเรียนรู้
ทั้งต่อตนเอง โลก และอนาคต ถ้าเป็นไปในตัวด้านลบก็จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถ
ประเมินได้โดยแบบวัดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การสูญเสียกลุ่มสมรสประเมินจากสถานภาพสมรส
การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและอวัยวะ ประเมินจากภาวะสุขภาพ การสูญเสียสถานภาพทาง
สังคม ประเมินจากการประกอบอาชีพ

2.3 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

การที่ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล มีโอกาสเกิดภาวะ
ซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่มักกล่าวว่าเป็นผลมาจากสาเหตุหรือปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน สามารถ
แบ่งเป็นด้านต่างๆ 3 ด้านคือ ร่างกาย จิตใจ สังคม (จอม สุวรรณ โน, 2541; สรวุฒิ พิมพากรณ์ และ
สุวณี เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2540; Kurlowicz, 1994; Neese, 1991)

2.3.1. ปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัย
ดังต่อไปนี้

2.3.1.1 การเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยสูงอายุโดยทั่วไปมักจะเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยทางกาย (Neese, 1991) และมักเป็นโรคเรื้อรัง (Eliopollos, 1993; Murphy, 1982 cited in Scrution, 1989) และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการบกพร่องของภาวะสุขภาพทางกายกับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Kendy et al., 1991 ; Phifer & Merrel, 1986 cited in Steiner & Marcopulos, 1991 ; Wells, 1989 cited in Blixen, Wilken & Shuring, 1994) และจากการศึกษาของศรีวรรณ และคณะ (2535) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะซึมเศร้านอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

จากการศึกษาของสรวิณี พิมพารณ์ และสุวรรณี เรืองเดช (2540) การมีโรคทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้อธิบายเหตุผลไว้ 4 ประการคือ

1) เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุแบกรับภาระในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เป็นการซ้ำเติมการเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอยู่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เป็นทุกข์ รู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว

2) โรคทางกายทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเนื่องจากอายุมากแล้ว ประกอบอาชีพไม่ได้ ว่างาน รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว ดังนั้นจึงต้องพึ่งพาคคนในครอบครัวมากขึ้น นอกเหนือจากการพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3) โรคทางกายเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การใช้กำลังกาย การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น

4) ในแง่ชีววิทยา โรคทางกายบางอย่างอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะซึมเศร้านักเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆเหล่านี้ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) (Hantz et al., 1994; O'Connor, Polit & Roth, 1990; Weiner, Edland & Luszezynaka, 1994) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขณะทำการล้างไต (Neese, 1991) ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (Robin et al., 1984 cited in Neese, 1991; Santus, Ranzenigo, Caregnato & Inzoli, 1990) จนมีพยาธิสภาพในสมอง โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับตำแหน่งการเกิดเนื้อตายและการฝ่อของรอยแยกในสมอง เช่น ส่วนเปลือกสมอง ถ้าเป็นตำแหน่ง Frontal robe ของ left hemisphere จะมีอาการซึมเศร้ายุนแรงมากยิ่งขึ้น

(Robin et al., 1984 cited in Neese, 1991) ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งพบว่าเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน โดยเฉพาะในระยะ 8-10 วัน หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Shiefer et al., 1989) แล้วยังคงมีต่อเนื่องนานถึง 1 ปี ภายหลังเกิดมีพยาธิสภาพกับหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมด รวมถึงเกิดกับรายท่าผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ มีประมาณร้อยละ 6 -15 นอกจากนี้ผู้ป่วยเปลี่ยนหัวใจร้อยละ 54 จะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้เช่นกันในผู้ป่วยที่เกิดกระดูกสะโพกหัก โดยเฉพาะในช่วงกำลังฟื้นฟูสภาพพบว่ามักจะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (Shamask, O'Connell, Lowy & Katona, 1992) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเรื้อรัง และไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้มีความบกพร่องในภาวะสุขภาพขึ้น โดยเฉพาะมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (Dwarkin et al., 1990 cited in Closs, 1996) และโรคมะเร็งก็มีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้เช่นกัน ซึ่งวิตลอกและซิสไคน์ (Whitlock & Siskind, 1979 cited in Neese, 1991) เชื่อว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับด้านชีววิทยาที่เปลี่ยนไป จากการมีเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ รวมถึงการติดเชื้อไวรัส ภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมน (Blumental, 1980) มักเกิดจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ ความผิดปกติของต่อมพาราธัยรอยด์ ความผิดปกติของตับอ่อน เป็นต้น (Anderson & Bauwens, 1981; Busse & Blazer, 1996; Jacoby, 1997; Kurlowicz, 1997; Steiner & Marcopulos, 1991)

2.3.1.2 ยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทางเสื่อมถอยลงตามกระบวนการสูงอายุ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายที่เกิดขึ้นได้บ่อยเสมอ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุโดยทั่วไปมักมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 อย่าง (Ruegg, Zisook, Swerdlow, 1988) จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องได้รับยาเป็นประจำ ดังที่อเลสซีและแคสเซล (Alessi & Cassel, 1996) กล่าวว่าปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคในผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากการมีระดับที่ทำให้เกิดพิษและที่มีอาการผิดปกติเมื่อมีการหยุดใช้ยาแล้ว ยังเป็นสาเหตุของอาการทางจิตอีกด้วย ซึ่งความผิดปกติเป็นภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยาที่พบได้บ่อย อาการทางจิตที่มักเกิดขึ้นได้แก่ การเพ้อคลั่ง ภาวะซึมเศร้า อาการวิกลจริต หูแว่ว โรคอารมณ์แปรปรวน อาการละเหี่ยใจ เป็นต้น (Hubbard, Levenson & Patrick, 1991 cited in Marsh, 1997) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ

ยาที่ใช้ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุมักดังต่อไปนี้คือ ยาลดความดันโลหิตจัดว่าเป็นยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าบ่อยที่สุด

ในที่นี้จะขออธิบายกลไกที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของยาบางตัวที่มักพบบ่อย ในโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เพราะเป็นโรคที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

1) furosemide ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะ มีผลทำให้เสียโปแตสเซียมมาก ซึ่งโปแตสเซียมเป็นสารละลายในเลือดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงลดลงจึงเกิดภาวะซึมเศร้า (Petty & Sensky, 1987 cited in Scrution, 1987)

2) propranolol (inderal) จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ด้วยเหตุที่ยาตัวนี้จะละลายในไขมันได้ดี จึงผ่านเข้าสมองได้มาก และไปปิดกั้นตัวรับเบต้าอะดรีเนอร์จิกและตัวรับซีโรโทนิน การที่ฤทธิ์ของซีโรโทนินถูกยับยั้งจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534)

3) reserpine มีฤทธิ์จะไปลดแคททีโคลามีนลงจึงสามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในผู้ป่วยบางคนที่มีแนวโน้มจะเกิดอยู่แล้ว เช่น มีประวัติเคยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; Lynch & Steven, 1985)

4) nifedine (adalat) สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงโดยไปยับยั้งกระบวนการใช้สารแคลเซียมกระตุ้นการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน ซึ่งเมื่อหยุดยา ภาวะซึมเศร้าจะหมดไปอย่างรวดเร็ว (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

5) ยากลุ่มลดความวิตกกังวล ได้แก่ diazepam อาจเป็นผลมาจากการที่มีการออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึม ง่วงนอน ส่วนยา clonidine hydrochloride (catapress) ด้วยเหตุที่ตัวยายจะไปกระตุ้น alpha adrenergic receptor ในสมองส่วนกลาง เพื่อไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก

6) กลุ่มยาสเตียรอยด์นั้น ถ้ามีการใช้ในระดับที่มากเกินไป 100 มก./วัน เป็นระยะเวลานานๆ อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในหลายระดับตั้งแต่อาการเรงร่า ผิดปกติจนถึงซึมเศร้า (เกษม, 2536) ดังเช่นการศึกษาของเพททิและเซนสกี (Petty & Sensky, 1987 cited in Scution, 1987) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับคอร์ติโซนที่สูงกับภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่าการศึกษาไปมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าอาจจะเป็นผลมาจากยาไปกดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ภาวะสมดุลของเกลือแร่เปลี่ยนไป ผลรวมกันของยาที่ใช้หลายตัว รวมถึงเกิดจากผลของการหยุดใช้ยา ซึ่งได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ที่เกิดภาวะซึมเศร้าจะเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางกาย การใช้ยา หรือทั้งความเจ็บป่วยทางกายและการใช้ยา (Kinzie et al., 1986) ดังนั้นการใช้ยาที่มีผลข้างเคียง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจึงอาจจะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุไทยได้เช่นกัน

2.3.1.3 ภาวะโภชนาการ เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารของร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยหนึ่งที่มีความต้องการได้รับสารอาหารเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ แต่ต่างกันในเรื่องสัดส่วนอาหารที่ได้รับ คือ ความต้องการสารอาหารที่ให้กำลังจะน้อยกว่า (ประไพศรีศิริจักรวาลและประภาศรี ภูวเสถียร, 2533) การได้รับอาหารเพียงพอเหมาะสมช่วยทำให้สภาพการเป็นผู้ป่วยสูงอายุช้าลง มีอายุยืนนาน ร่างกายแข็งแรงและมีชีวิตผาสุก ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยสูงอายุมักเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมลงของการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหาร ประสาทรับรสเสื่อมไป นิสัย

การบริโภคที่ไม่เหมาะสม และมีปัญหาด้านการเงินเพราะขาดรายได้ของตนเองหรือรายได้ลดน้อยลง ประกอบกับเกรงใจผู้ที่ตนพึ่งพาอาศัย จึงรู้สึกว่าการรับประทานอาหารบางอย่างแพงและไม่จำเป็นสำหรับตนเอง จึงลดการซื้ออาหารพวกเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ หันมารับประทานพวกข้าวเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมักขาดอาหารพวกโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่เป็นส่วนมาก(จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2533) นอกจากการได้รับอาหารที่เพียงพอมีความจำเป็นกับผู้สูงอายุปกติแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย เช่น ไข้ มีภาวะเครียดมีแผลใหม่พองยังจะมีความต้องการได้รับสารอาหารมากกว่าปกติ โดยเฉพาะโปรตีนเพิ่มขึ้นกว่าปกติ หากได้รับพลังงานไม่เพียงพอจะทำให้การเผาผลาญโปรตีนของเนื้อเยื่อต่างๆ ออกมาใช้ร่างกายจะหอม ทрудโทรม ภูมิคุ้มกันต่ำลง การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ยิ่งหาซำยิ่งขึ้น (ประไพศรี สิริจักรวาลและประภาศรี ภูวเสถียร, 2533) นอกจากนี้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า เช่น มีการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นจากการขาดวิตามิน ซึ่งวิตามินที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้ามีดังนี้ (Petty & Sensky, 1987 cited in Scrution, 1989)

1) ขาดไทอามีน หรือวิตามิน บี1 (thiamine) สามารถทำให้ อารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่าย เฉยเมย หรือไม่สนใจสิ่งต่าง ความอยากอาหารที่รุนแรง และมีสีเรื้อที่นิ้วชี้และนิ้วเท้า จะพบมากในเนื้อหมูเนื้อวัว นมและธัญพืช การขาดมักเป็นผลจากการกินหมากและรับประทานปลาดิบซึ่งมีกรดเทนนิก (tennia acid) และเอนไซม์ไทมิเนส (timinas) ไปขัดขวางการดูดซึม

2) ขาดวิตามินไนอะซิน (niacin) หรือกรดนิโคตินิก (nicotinic acid) ทำให้มีอาการเพลลากรา (pellagra) ปกติพบมากในอาหารประเภทปลา ยีสต์ที่ใช้ต้มสุรา เบียร์ ไก่

3) ขาดวิตามินไพริดอกซิน หรือวิตามิน บี 6 (pyridoxine) จะมีอาการชาซึ่งเป็นอาการของโรคเส้นประสาท ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย และซีด (microcytic anemia) วิตามินชนิดนี้พบมากในเนื้อหมู ธัญพืช ปัจจัยที่ทำให้สูญเสียวิตามินชนิดนี้คือ การหุงข้าวแบบแช่น้ำ การใช้ยาบางชนิด เช่น INH

4) กรดแพนโคตินิก (pancotinic acid) ปกติพบมากในอาหารหลายชนิดแต่ถูกทำลายได้ง่ายในกระบวนการต่างๆ จึงทำให้การนำมาใช้รักษาคอนไซท์ที่ซึมเศร้าจะไม่ประสบความสำเร็จ

5) ขาดวิตามินเอ ทำให้เกิดความเหนื่อล้า เบื่อ นอนหลับยาก ที่มีลักษณะเหมือนกับภาวะซึมเศร้า ปกติพบในน้ำมันตับปลาค็อด พืชผัก ผลไม้ที่มีสีเหลือง เช่น ฟักทอง แครอท มะละกอสุก การขาดมักเป็นผลจากผู้ป่วยสูงอายุมีการกำจัดโปรตีนชนิดที่มีไขมันสูง ซึ่งเป็นตัวพาวิตามินเอลดลง และมีการดูดซึมวิตามินเอที่ลำไส้เพิ่มขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผนังเยื่อบุลำไส้

6) ระดับของแสงที่สูงเกินไปจัดเป็นสาเหตุของซึมเศร้าได้ด้วย แม้ว่าป็นสารประกอบมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่ได้มาจากมลพิษของโรงงานอุตสาหกรรม บุหรี่ และจากทองแดงของท่อน้ำ

7) ระดับของโปรตีนซีรัมที่นำเข้าสู่ร่างกายต่ำ สามารถมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าด้วย จากการศึกษาของกัจและโคเวน (Gudge & Cowen, 1971 cited in Scrutton, 1989) พบว่าระดับโปรตีนซีรัมต่ำเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีสาร โปรตีนซีรัมอยู่ต่ำด้วย และการสูญเสียโปรตีนซีรัมในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากได้รับยาขับปัสสาวะ

เช่นเดียวกับที่เบลล์และคณะ (Bell et al., 1991) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงจะบกพร่องสารอาหารพวกวิตามินบี 6 และบี 12 นอกจากนี้การขาดสารอาหารพวกโฟเลต (folate) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Abou-Saleh, Coppen, 1989 cited in Copeland, Abou-Saleh & Blazer, 1994)

2.3.1.4 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดินและการทำสุขอนามัยส่วนบุคคล เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (ทัสนีย์ เกริกกฤษกร, 2536) ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและดำรงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม ทำให้รู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีความหวังต้องการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ส่งผลให้บุคคลมีพลัง แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆในทางที่หวัง มีความเข้มแข็ง มีการปรับสภาพจิตใจให้มองเห็นทางในการแก้ปัญหาและความยุ่งยากได้ (Raleigh, 1980) ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตดีตามมา ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ด้วยภาวะของโรคทำให้ต้องมีการรักษาด้วยยาวนาน ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร่วมด้วยย่อมจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะส่งผลให้มีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ง่าย ซึ่งการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เป็นการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตด้วยตนเอง ไม่สามารถดำรงบทบาทของตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และผู้ที่รู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อย จะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ รู้สึกโกรธตนเองและกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Parrent & Whall, 1984) ซึ่งมีการศึกษาของอเล็กโซโปลัสและคณะ (Alexopolus et al., 1996) ศึกษาพบว่าการบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารักษาตัวที่โรงพยาบาล จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ อายุที่เพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง และภาวะที่เกิดจากความเจ็บป่วย (medical burden) อีกทั้งการศึกษาของออกซ์แมนและฮัลล (Oxman & Hull, 1997) แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงเป็นผลจากการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งจะสัมพันธ์

กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นและมีอยู่ยาวนานถึง 6 เดือนและการศึกษาของชาวสวิตเซอร์แลนด์และคณะ (Schwartz et al., 1993 cited in Diamond et al., 1995) พบว่าผู้ป่วยเพศชายในช่วงภายหลังเกิดหลอดเลือดสมองแตกจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงเกิดขึ้น จะมีความสัมพันธ์กับการบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการศึกษาของเทสและคณะ (Tate et al., 1994) พบว่าในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บกระดูกสันหลังหัก รวมถึงเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่สามารถใช้ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้า และภาวะกดดันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังได้

2.3.2 ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

2.3.2.1 ความสำเร็จตามเป้าหมาย ในเรื่องความสำเร็จตามเป้าหมายนั้นสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีพัฒนาการด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุของอีริกสัน (Erikson, 1963 อ้างตาม สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2522) ที่กล่าวว่า การเผชิญหน้ากับช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับอดีตที่ผ่านมา ฉะนั้นถ้าช่วงชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่ต้นดำเนินมาด้วยดีในขั้นปลายจะมีความสุขกายสบายใจอย่างสมบูรณ์ มีความพึงพอใจในชีวิตและพร้อมที่จะจากไปอย่างกล้าหาญ ตรงข้ามกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีช่วงชีวิตที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จก็จะเศร้าหมอง รู้สึกว่าตนเองผิดพลาด ล้มเหลว หดหู่ใจ กลัวความตายที่จะต้องเผชิญในวันข้างหน้าและอยู่ต่อไปอย่างไม่เป็นสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ นั่นคือ ความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีอัตมโนทัศน์ (self-esteem) ที่ดีต่อตนเองนั่นเอง เช่น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เมื่อได้ระลึกถึงประสบการณ์ด้านต่างๆ ทั้งด้านส่วนตัว ด้านการงานที่ผ่านมาในชีวิต ซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตดีตามมา แต่ถ้าบุคคลใดไม่เคยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประสบแต่ความล้มเหลวจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัว โรคจิตตามมา เช่น จากการศึกษาของรีด (Reed, 1986) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างเป้าหมายที่สำเร็จกับระดับซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายจะเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ แต่ในทางตรงข้ามถ้าไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายจะมีโอกาสเกิดซึมเศร้ามากกว่า

2.3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้หรือเข้าใจ โดยมีการแปลความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง แต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลกระทบต่อตนในลักษณะที่แตกต่างกันหรือกล่าวได้ว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน มักจะประเมินได้จากอาการแสดงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Bauman, 1965 cited in Kozie & Erb, 1983) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิด ทัศนคติของแต่ละคนด้วย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมหรือกระทำการแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของอาการต่างๆที่คุกคามสุขภาพแต่ละบุคคล ยังแตกต่างกันไปตามสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความพร้อมในการตอบสนองต่อความเครียดหรือความหวัง (Miller, 1992) เพราะความหวังจะทำให้บุคคลมีพลังแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆในทางที่หวัง มีความเข้มแข็ง มีการปรับสภาพจิตใจทำให้มองเห็นทางในการแก้ปัญหาและความยุ่งยากได้ และความหวังทำให้มองสิ่งที่มาคุกคามตนเองจากความเจ็บป่วยว่าไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าจะแก้ไขได้ (Raleigh, 1980) จึงสามารถประยุกต์ใช้สิ่งอำนวยความสะดวกหรือสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อให้กิจกรรมต่างๆบรรลุเป้าหมาย นั่นคือความหวังช่วยทำให้เกิดการประเมินสถานการณ์ในทางบวกหรือมองในแง่ดีว่าโรคที่เป็นอยู่สามารถดีขึ้นหรือหายได้ ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ว่าอยู่ในระดับน้อย ด้วยลักษณะดังกล่าวจึงทำให้เกิดการต่อสู้กับปัญหาและภาวะเครียดได้ดี ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้และเกิดความสมดุลทางจิตตามมา ดังเช่นการศึกษาเทสเซอร์และแมคซานิก (Tessier & Mechanic, 1978) พบว่าบุคคลที่มีความกดดันทางอารมณ์อยู่แล้วจะรับรู้ถึงความสามารถและสุขภาพทางกายของตนในทางลบ และบุคคลที่มองถึงอนาคตของตนในแง่ดี จะรับรู้ว่าตนยังมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงพอที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆไปได้ และการศึกษาของเคสเซลริง (Kesselring, 1986) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความหวังจะมีการประเมินอาการต่างๆของตนเองในทางบวกและมีการรับรู้ต่อสุขภาพและอาการต่างๆของตนไปในทางที่ไม่รุนแรง ก่อให้เกิดพลังในการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆได้เป็นอย่างดี นั่นคือความหวังน่าจะมีผล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อย

ในทางตรงกันข้าม การรับรู้ต่อสุขภาพของผู้ป่วยเองในลักษณะการรับรู้ว่าความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมาก ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์หรือความคิดในทางลบ อาจเป็นเพราะด้วยพยาธิสภาพของโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และผลการรักษาที่ไม่ดีขึ้น มีประสบการณ์พบเห็นผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกันไม่หายและมีแนวโน้มจะเสียชีวิต (Stoudemire, 1994) หรืออาจเป็นเพราะไม่มีความหวังที่จะหายหรือดีขึ้นจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งมักเกิดจากไม่มีโอกาสได้รู้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองที่ถูกต้อง จึงทำให้สูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับอนาคตตนเองเป็นการบั่นทอนความหวังของผู้ป่วยและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้ (Shand, 1951) เห็นได้จากการศึกษาของโคนิก (Koenig, 1967) พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย และพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่จะเกิดขึ้นระหว่างการรักษา หากแพทย์หรือพยาบาลได้บอกให้เขาทราบล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง เช่น การบอกเล่าถึงอาการข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น นั่นคือ ทั้งพยาธิสภาพของโรคที่แสดงออกในรูปของอาการแสดงที่รุนแรง ประสบการณ์เดิม รวมถึงการไม่มีความหวังจะทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดต่างๆได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และการศึกษาของลิวคอฟและคณะ (Levkoff et al., 1987) พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างการประเมินหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในสภาพที่แย่มากหรือไม่ดี กับ

การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุมากกว่าในวัยกลางคน และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถใช้
 ทำนายการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีลักษณะไม่ดีในขั้นที่รุนแรงได้ และการศึกษาของ
 โคนิกและคณะ (Koenig et al., 1988) พบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะเป็นตัวปัจจัยที่
 เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยตัวอื่น

ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุ อาจจะมีผลต่อ
 การปรับตัวเผชิญปัญหาที่เป็นความเครียดต่างๆได้

2.3.2.3 ความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) ความรู้สึกหมดหนทางเป็น
 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากบุคคลที่มีความสำคัญ เมื่อ
 ประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลัน ทำงานล้มเหลว ถูกออกจากงาน
 เป็นต้น (Miller et al., 1986) เช่น จากการศึกษาของบาร์เดอร์ สลิมนเมอร์และลีซาจ (Barder, Slimmer
 & LeSage, 1994) พบว่าความรู้สึกนี้จะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือใน
 ระยะเวลาอันยาวนาน มีประสบการณ์ของสุขภาพที่อ่อนแอได้มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยแบบ
 เฉียบพลันหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสุขภาพ ความรู้สึกนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้หรือรับรู้ว่าคุณหมด
 หนทางในการช่วยเหลือ และไม่อาจควบคุมสิ่งต่างๆได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้มากกว่า
 ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรืออยู่ในช่วงฟื้นฟูสุขภาพ

2.3.2.4 การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใน
 ร่างกาย ทั้งที่บุคคลอื่นสามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ และบุคคลอื่นไม่สามารถมองเห็นได้หรือ
 สังเกตได้ แต่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกกังวล ขาดความ
 มั่นใจในการเข้าสังคม มีการติดต่อกับกลุ่มเพื่อนฝูงน้อยลงจากเดิม ส่วนใหญ่แยกตัวอยู่คนเดียว ทำ
 ให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (จอม สุวรรณ โณ, 2541)

2.3.3 ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

2.3.3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธ์ภาพอันดีกับ
 ครอบครัว เพื่อน และสังคม สัมพันธ์ภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่มาดูแลนับว่ามีความสำคัญยิ่งต่อ
 ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการมีสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุไทย ส่วนใหญ่แล้ว
 ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกเข้ากับสมาชิกครอบครัวได้ดี เนื่องจากตามสภาพสังคมไทย ครอบครัว
 และลูกๆมีบทบาทสำคัญที่ต้องเลี้ยงดู เมื่อพ่อแม่เข้าสู่วัยสูงอายุ เช่นการศึกษาของมาลี ธรรมลิขิตกุล
 (2526) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวคือ คู่สมรสหรือบุตรหลานเป็นผู้ดูแล
 และใกล้ชิด เป็นที่พึ่งในเวลาเจ็บป่วย เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา รวมทั้งเป็นผู้ช่วยเหลือด้าน
 เงินทอง จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลาน จากลักษณะดังกล่าวจึงมีผลใน
 การปรับตัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยสูงอายุได้ ส่วนการศึกษาของดินและคณะ
 (Dean et al., 1990) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอในวัยสูงอายุ มีแนวโน้มที่
 จะทำให้อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของลู๊กี้และเดบบิค (Luke &

Debigh, 1981 cited in Arling, 1984) พบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่นเกี่ยวกับการศึกษาของศรีวรรณและคณะ (2535) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาของ ออกซ์แมนและคณะ (Oxman et al., 1992) พบว่า การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จะช่วยให้เกิดกำลังใจ เป็นปัจจัยประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ดังนั้นปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้การปรับตัวเผชิญกับความเครียด และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจได้

2.3.3.2 การทำงาน หรือปฏิบัติการกิจต่างๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรเหงาหรือว่าเหว่ นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองหรือเป็นที่พึ่งของลูกหลานได้ แม้ว่าการทำงาานนั้นจะเป็นเพียงการเป็นที่ปรึกษาหรือ หรือช่วยเหลือยงบุตรหลานหรือแม้แต่ทำงานบ้าน นั่นคือการทำงานมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยนั่นเอง เห็นได้จากการศึกษาของสรวุฒิ สังข์ศรี และคณะ (2540) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ยังทำงานมีระดับของอารมณ์เศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน และการศึกษาของบรอมเบเกอร์และเมททิล (Bromberger & Methew, 1994) พบว่า ผู้หญิงที่ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้มีอาชีพ จะมีภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้หญิงที่มีงานทำ

2.4 อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย ลักษณะที่เด่นชัดคือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายอย่างมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือเด่นชัด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2533)

ลักษณะทางคลินิกมีดังต่อไปนี้

- 1) มีอาการแสดงออกของการเจ็บป่วยทางฝ่ายกาย ผู้สูงอายุจะครุ่นคิดกังวลว่าสุขภาพไม่ดี อาการไม่สบายทางกายหลายๆอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมองมีนชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเฟ้อ แน่นท้อง และคลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง
- 2) มีความรู้สึกไม่ร่าเริง หรือแจ่มใส อาจมีอาการเศร้าแต่ไม่มาก บางรายมีสีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ รายที่เป็นมากจะมีอารมณ์เศร้าอย่างชัดเจน
- 3) มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย
- 4) มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และท้องผูก
- 5) นอนไม่หลับ มักเป็นแบบตื่นตอนดึก หรือตื่นเช้ากว่าธรรมดา
- 6) สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย
- 7) ความคิดเชิงซ้ำ ซ้ำๆ เสียใจ ไม่มีความมั่นใจ อาการคล้ายสมองเสื่อม

บางรายแยกกันยาก พบบ่งบอกว่าผู้สูงอายุมีอาการเศร้าและสมองเสื่อมร่วมกัน

8) ผู้สูงอายุบางรายมีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย

9) มีความรู้สึกไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง ท้อแท้ สิ้นหวัง

10) มีความรู้สึกผิดและลงโทษตนเอง พบในรายที่เป็นมาก พร้อมกันนี้จะมีอาการ เบื่อชีวิต คิดอยากตาย

11) ผู้สูงอายุที่เป็นมากขึ้นเป็นโรคจิต จะมีอาการหลงผิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย และอาการหลงผิดชนิดอื่นๆ ในคนสูงอายุ อารมณ์เศร้าและความเจ็บป่วยทางกายจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เมื่อมีโรคทางกายความรู้สึกมีคุณค่าตนเองจะลดต่ำลง ทำให้เกิดความซึมเศร้า ด้วยเหตุนี้การตรวจโรคทางร่างกายโดยละเอียดเพื่อค้นหาโรคทางกายที่อาจมีร่วมด้วยจำเป็นอย่างยิ่ง ในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติ ที่มีผลต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ จะบดบังความสุข การหัวเราะ ความเห็นอกเห็นใจคนอื่น ความสุข และความรัก ในที่สุดภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องตกเป็นเหยื่อของความเจ็บเหงาและการแยกตัวเอง

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล (2539) กล่าวว่าอาการและอาการแสดงที่พบได้ในภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุขขาดความรู้สึกเบิกบาน บางคนมีอาการ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย

2. ด้านความคิด สมาธิไม่ดี ขี้ลืม ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองไร้ค่าหรือเป็นภาระต่อคนอื่น มองทุกสิ่งทุกอย่าง หมดหวัง บางคนจะมีความคิดเบื่อชีวิต เบื่อที่จะสู้ต่อไป คิดอยากตาย หรือคิดจะทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

3. ด้านร่างกาย มีปัญหาการกินอาหาร (เบื่ออาหารไม่อยากกิน หรือกินจุมากขึ้น หิวบ่อยขึ้น) น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้น การนอนจะมีปัญหา นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือหลับยาก บางรายอาจจะมีกรนอนหลับมากกว่าปกติ อาการปวดของส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศจะลดลง บางรายอาจเพิ่มขึ้น แต่พบได้น้อย รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า ร่างกายไม่มีแรง

4. ด้านพฤติกรรม แยกตัว ซึม ซบอยู่เงียบๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือสนใจน้อยลง บางรายมีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่คิดเป็นพักๆ มีการควบคุมตัวเองได้น้อยลง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้จ่ายนอนหลับ หรือ อาจมีปัญหา การใช้สารบางอย่างเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายแก้ปวดมากขึ้น แสดงความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหรือลูกหลานเข้าใจผิดว่าทำไปเพื่อเรียกร้องความสนใจ แต่ที่จริงแล้วเป็นอาการของความเจ็บป่วย

อรพรรณ ทองแดง(2542: 233) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พิจารณาจากอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออก โดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีรายละเอียดดังนี้

1. ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประหม่นค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น แม้ยังไม่มียาอาการแสดง

1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่ง ทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

2. ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่น แจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ ทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มียอารมณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมียาอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก ลึกลับ รังเกียจตนเองเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

3. ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

3.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเอง หรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มี การเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถจะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

4. ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

4.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลืมรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

4.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่ธรรมดาตามความเข้าใจของคนทั่วไป เนื่องจากสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพ จนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ เห็นได้จากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุตามมา 9 ประการ สามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรง และผลกระทบทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

2.5.1 ผลกระทบทางตรง ได้แก่

2.5.1.2 ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ค่ำสุรา จึงมีการติดสุราตามมา โดยมักพบบ่อยว่าบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า มักจะมีการค่ำสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ และคิดว่าการค่ำสุราจะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าว แต่ตามความเป็นจริงแล้ว การค่ำสุราเป็นตัวเลือกที่จะทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น (Blumental, 1980) นอกจากนี้อาจมีการฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งการฆ่าตัวตายนั้น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้ (Buckwalter, 1990) นั่นคือ จะสามารถบอกได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะถึงอันตรายแก่ชีวิตได้อย่างแน่นอน เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell & Brent, 1995 cited in McDougall, Blixen & Suen, 1997) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งมีถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยสูงอายุที่ฆ่าตัวตายทั้งหมด (Conwell, 1994 cited in Kurlowicz, 1997)

2.5.1 2 มีการหลงลืม มักพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ซึมเศร้า จะเข้าสู่ระยะหลงลืมแบบในวัยสูงอายุตอนปลายเร็วยิ่งขึ้นมากกว่าปกติ เพราะจะมีอาการแสดงที่สำคัญ คือ การสูญเสียความจำ

2.5.1 3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะดิ่งเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดซึมเศร้าขึ้น จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันด้านทานลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆได้ง่ายตามมา ซึ่งจากการศึกษาของ Irwin, Daniels, Bloom, Smith & Weiner, 1987 พบว่าผู้หญิงที่ประสบการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิตและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคต่างๆตามธรรมชาติ (natural killer cell) ซึ่งผลกระทบนี้หากเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งปกติจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงจากการได้รับเคมีบำบัดอยู่แล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวก็จะยิ่งส่งเสริมให้การติดเชื้อรุนแรงยิ่งขึ้น สุดท้ายทำให้เกิดการเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

2.5.2 ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่

2.5.2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหาร

อาหาร ซึ่งจะทำให้มีการขาดสารอาหารรุนแรง (Neese, 1991) สูดทำย่นำไปสู่การเกิดภาวะซึ่มเสร์้ารุนแรงยิ่งขึ้นตามมำด้วย ซึ่ง Devies, 1981 cited in Scrution, 1989) ซึ่ให้เห้นวำจุดนี้เองที่เป็นวฏจักรความซั้วร้ายของภาวะซึ่มเสร์้า อีกประการหนึ่งคือ ผลกระทบดังกล่าวหากเกิดในผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมภำพหลังการผ่าตัดที่มกต้องมีแผลซึ่งจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นตามชนิดของการผ่าตัดนั้น (Kinney, 1978) หรือรายที่มีบาดแผลถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จะทำให้การหายของแผลซั้วยิ่งขึ้น ส่วนในผู้ป่วยมะเร็งที่มกเบื้ออาหารจากการใช้เคมีบำบัดอยู่แล้ว หากขาดสารอาหารที่เป็นผลมาจากภาวะซึ่มเสร์้าด้วยแล้ว จะทำให้ร่างกายยิ่งอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันท่นลดลง ยิ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ทำให้ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาได้ (พวงทอง, 2522)

2.5.2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายซั้วกว่าปกติ ในผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึ่มเสร์้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายจากความเจ็บป่วยซั้วกว่าปกติ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น สูดทำย่นำให้ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจต่างๆลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกายไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งการปฏิเสธยาและการรักษา (Conwell, Cain & Olsen, 1990) รวมทั้งเป็นผลมาจากผลกระทบทางตรงและทางอ้อมประการอื่น เช่น ภาวะขาดสารอาหาร ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง ดังที่ได้อธิบายมำแล้วข้างต้น

2.5.2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึ่มเสร์้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกฉินลดลง

2.5.2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรม จากที่ภาวะซึ่มเสร์้ามีอาการอย่างหนึ่งคือ การนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าตามมำ

2.5.2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึ่มเสร์้าขึ้น บุคคลนั้นจะแยกตัวเอง มองเห้นสิ่งต่างๆในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆจากบุคคลอื่น

2.5.2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การท่งาน เป็นผลจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ และด้วยระดับความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่ลดลง ส่งผลย้อนกลับไปทำล่ำยสถานภำพของบุคคล ความภาคภูมิใจ ซึ่งจะยิ่งไปเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึ่มเสร์้าให้มำกยิ่งขึ้น มีหลายการศึกษาที่ยืนยันตรงกันถึงผลกระทบในข้อนี้ ดังเช่นการศึกษาของ Mossey, Knott & Crailk, 1990 พบวำผลกระทบของอาการซึ่มเสร์้าที่มีอยู่ในช่วงระหว่างการหายจากกระดูกสะโพกหัก จะมีผลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่ดีเท่าที่ควรหรือดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และการศึกษาของพาริคและคณะ (Parikh et al., 1990) พบวำผลกระทบของภาวะซึ่มเสร์้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเมื่อเวลาผ่านไป 2 ปีนั้น ทั้งในผู้ป่วยซึ่มเสร์้าในระดับเล็กน้อยและรุนแรง จะมีความ

บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมาก มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ซึมเศร้า นอกจากนี้ในรายที่เกิดซึมเศร้าจะมีความบกพร่องในการพูดมากกว่ารายที่ไม่ซึมเศร้าอีกด้วย และโจเซฟรินและคณะ (Josephrin et al., 1996) พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงหรือโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย มีจำนวนถึงร้อยละ 61.8 เกิดความพร่องในการทำงานและทำกิจกรรมทางสังคมอย่างมาก มีเพียงร้อยละ 5.4 เท่านั้นที่มีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการทำหน้าที่เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย

3. การประเมิน การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า และการพยาบาล

3.1 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์ หรือจากการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรทั่วไปหรือกลุ่มประชากรในชุมชน และกลุ่มวัยรุ่น มีแบบประเมินที่มีผู้สร้างขึ้นมาแบบต่างๆดังนี้

1. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยซุง (Zung, 1965) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมา ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนด อาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM-IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อความที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายได้อย่างชัดเจน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้วิธี Split-half ในผู้ป่วยจิตเวช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 สำหรับการศึกษานี้ในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆเหมือนแบบของเบคแต่ไม่ครอบคลุม

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย Radloff (1977) สร้างขึ้นมาเพื่อวัดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน แบบประเมินนี้มี 20 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบประเมินของเบค (Beck Depression Inventory) และแบบประเมินของรัสกิน (Raskin Scale) เป็นต้น แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Split-half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรในชุมชน หรือเพื่อศึกษาการดูแลเบื้องต้น

3. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบค (Beck, 1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติ และอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับของแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อจะมี 4 หรือ 5 ข้อความที่อธิบายถึงอาการที่รุนแรงจากระดับต่ำถึงระดับสูง มีการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ในแต่ละข้อ คือ ตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะพบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาและมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

4. Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเยซาเวจ และคณะ (Yesavage, et.al.) อรวรรณ ถีทองอินทร์ เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งมีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ซึ่งกลุ่มผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนรวม ระหว่าง 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับประชากรตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบ คือ 10.09 นาที มีค่าความคงที่ภายในด้วยวิธี KR20 เท่ากับ 0.93 (นุสรานามเดช, 2539: 35)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินความซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและในการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียว

วัดก่อน - หลังการเข้าร่วมกิจกรรมจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

3.2 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และคณะ (2542) กล่าวว่า ในบำบัดรักษาในกลุ่มสมาชิกแบ่งออกเป็นกรให้ยา เป็นการรักษาดังแต่เริ่มมีอาการจนถึงหายจากอาการ ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาด้านเศร้า เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้า ในปัจจุบันไม่เน้นเฉพาะการรักษาทางกายโดยการใช้ยาอย่างเดียว การบำบัดรักษาด้วยจิตบำบัดเป็นการรักษาอีกทางหนึ่งที่ทำให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุนร่วมด้วยซึ่งจะทำให้ได้ผลดีในการรักษา การทำจิตบำบัดเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย ความสิ้นหวัง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การใช้จิตบำบัดมีทั้งแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ซึ่งสามารถประยุกต์ได้ตามความเหมาะสม ในกลุ่มจิตบำบัดก็มีหลายประเภท แต่ที่เหมาะสมและได้ผลดีกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คือ

3.2.1 การบำบัดระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้อื่น มุ่งให้เกิดการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งด้านจิตใจ

3.2.2 การบำบัดโดยปรับวิธีคิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior Therapy) ซึ่งเชื่อกันว่าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีต้นเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง การรักษามุ่งเน้นแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา

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

3.2.4 การบำบัดทางจิตระยะสั้น (Short-term psychotherapy) หลักการเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตแต่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 6 เดือน ผู้รักษาจะมีส่วนช่วยในการสืบค้นความขัดแย้งในจิตใจ แก้ไขโครงสร้างบุคลิกภาพของตนเองบางส่วนที่เป็นปัญหา

3.2.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) อาจทำเมื่อความตึงเครียดอยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นตัวส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือโดยเกิดความร่วมมือระหว่างวัยสูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้า ครอบครัว และผู้บำบัด

จากการศึกษาพบว่า การให้การบำบัดที่เชื่อว่าได้ผลดีต่อภาวะซึมเศร้า คือ การทำ Family therapy, Psychodynamic psychotherapy, Cognitive behavior therapy ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้

เลือกใช้ Supportive group therapy หรือกลุ่มบำบัดประคองประคับ ซึ่งอยู่ในกลุ่มของ Psychodynamic psychotherapy เพราะในกลุ่มสมาชิกเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนที่ส่งผลทางด้านจิตใจ จำเป็นต้องใช้การรักษาและการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเองในกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเกิดความรู้สึกร่วมกัน (Universality) และเรียนรู้จากผู้ที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง เป็นการมุ่งให้กำลังใจและประคับประคองอารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุในกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักในการมีคุณค่าของตนเอง สามารถเผชิญปัญหา และเกิดความรู้สึกเพิ่มคุณค่าของตนเอง

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (American Nurse Psychiatric Association, 2000)

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ คือ

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซับซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย แม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ
3. ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
4. จัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ดลอคจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลับตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันกรเก็บสะสมยา
5. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าให้ผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า ผู้ป่วยสูงอายุที่มี

ภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้

6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ

7. ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่โรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะบอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุ โดย

1.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้ป่วยสูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วยสูงอายุ

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ตำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยลดความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุเช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ป่วยสูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมี

ประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้สิ่งดีๆในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาหารห่วยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด คำหิตตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆให้น้อยลง และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมาย เป็นผู้ที่ม่ประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมิแนวทางปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบอบความรู้สึก และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อให้มีอาการดีขึ้น

พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูกเนื่องจากคั่งน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาด้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกรายอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆเหล่านี้ จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ดันไม้และสตั๊กเลี้ยง เพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน เป็นต้น

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้นี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกายและจิตใจ พันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยสูงอายุมาก ที่สำคัญคือความรู้สึกในคุณค่าของตนลดน้อยลง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (เกษมตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้สามารถควบคุมสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยและ

คงมีสุขภาพดี แต่ถ้การปรับตัวนี้ไม่สมดุลโอกาสการเจ็บป่วย ย่อมเกิดขึ้นได้เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

4. กลุ่มบำบัดระดับประคอง (Supportive Group Therapy)

กลุ่มบำบัดระดับประคอง หมายถึง การบำบัดแบบหนึ่ง ที่ใช้กลุ่มในการบำบัด เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม กลุ่มบำบัดเป็นการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกผู้ป่วยจำนวนหลายๆ คน กลุ่มจะประกอบด้วย ผู้ป่วยมากกว่า 3 คนขึ้นไป มาทำงานร่วมกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล (Yalom, 1995) ซึ่งการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นการรักษาทางจิตใจ ที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของการรักษาและตัวผู้ป่วย มากกว่าถูกกำหนดโดยทฤษฎี หรือวิธีการใดโดยเฉพาะ แต่เป็นการนำเทคนิคและยุทธวิธีทางจิตบำบัดจากทฤษฎี หรือหลักการทางจิตต่างๆ มาใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการรักษา (Pinker, 1994)

การทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง ได้แนวคิดมาจากการบำบัดรายบุคคล ซึ่งมีหลากหลายทฤษฎีตามความเชื่อของผู้บำบัดผสมผสาน ซึ่งสามารถนำแนวคิดของทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ร่วมกันได้ในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในการแก้ไขปัญหา และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (Marram, 1978) ซึ่งทฤษฎีในการทำกลุ่มบำบัดที่นิยมใช้มีดังนี้

1. ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral modification Framework) มีแนวคิดดังนี้

1.1 พฤติกรรมทุกพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ในบรรยากาศของการเข้ากลุ่มสมาชิกกลุ่มจะช่วยชี้แนะให้สมาชิกได้เห็นและรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง

1.2 พฤติกรรมทุกพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการให้การเสริมแรงทางบวกและทางลบ ถ้การเสริมแรงหรือให้รางวัลนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลพอใจและมีคุณค่า การปรับพฤติกรรมจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ดี

1.3 การเข้าร่วมกลุ่มก่อให้เกิดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการได้รับกำลังใจ การสนับสนุน และการให้ข้อมูลย้อนกลับของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวกให้เกิดทักษะการเรียนรู้ และการปรับพฤติกรรม นอกจากนี้การได้เห็นพฤติกรรมตัวเองที่ดีในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้ลอกเลียนแบบและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

1.4 พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ควรที่จะสามารถวัดได้อย่างชัดเจน และมีการเปรียบเทียบความแตกต่างได้ ดังนั้นในบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดแก่สมาชิกกลุ่ม กำหนดมาตรฐานของพฤติกรรม ระบบการเสริมแรงทางบวกและทางลบ ที่มีความหมายต่อสมาชิกกลุ่ม และวางแผนการให้การเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม พร้อมทั้งดำเนินการวัดและประเมินค่าในพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของสมาชิกกลุ่ม พฤติกรรม

2. ทฤษฎีพลวัตกรกลุ่ม (Group dynamic Framework) มีแนวคิดที่สำคัญดังนี้

2.1 กลุ่มมีกระแสการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาไม่มีการหยุดนิ่งกล่าวคือ กลุ่มจะมีแรงผลักดันให้กลุ่มมีการเคลื่อนไหว มีการทำงานเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์จากสมาชิกกลุ่ม และการกลับคือสภาวะสมดุลเมื่อมีงานเสร็จสิ้นลง กลุ่มจะมองประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละบุคคล บทบาทหน้าที่ของผู้นำต้องชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาที่สำคัญของกลุ่ม ให้สมาชิกรวมพลังในการแก้ปัญหากลุ่ม เพื่อให้กลุ่มดำเนินได้ดีและเกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม

2.2 กลุ่มที่มีพัฒนาการเป็นระยะ กล่าวคือ กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระยะต่างๆและเป้าหมายของการทำกลุ่ม ซึ่งโดยทั่วไปพัฒนาการของกลุ่มจะแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะการมีส่วนร่วม(Inclusion) ระยะควบคุมพฤติกรรมกลุ่ม(Control) และระยะทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affection) คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะการมีส่วนร่วม (Inclusion) พฤติกรรมของกลุ่มจะมีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเป็นเจ้าของกลุ่ม สมาชิกของกลุ่มจะเริ่มสร้างความมั่นใจตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมกลุ่มหรือออกจากกลุ่มดี ถ้าสมาชิกเกิดความพอใจ และมีความไว้วางใจก็อาจตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่ม ถ้ามีความไม่ไว้วางใจก็ตัดสินใจออกจากกลุ่ม ระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างสมาชิกกลุ่มให้สมาชิกมีความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความพอใจในกลุ่มและตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่ม

ระยะที่ 2 เป็นระยะควบคุมพฤติกรรมกลุ่ม (Control) จะเกี่ยวข้องกับประเด็นใครจะเป็นคนตัดสินใจ ใครจะเป็นคนควบคุมกลุ่ม ซึ่งเป็นพฤติกรรมปัญหาเกี่ยวกับบทบาท ตำแหน่ง การใช้อำนาจ การแบ่งสรรความรับผิดชอบ ถ้าควบคุมกลุ่มไม่ดี กลุ่มก็จะดำเนินพัฒนาการไปคนละทิศคนละทาง บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มต้องสามารถชี้นำและผลักดันให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และร่วมใจช่วยกันทำงานกลุ่ม ให้กลุ่มดำเนินต่อไปได้บรรลุผลสำเร็จ

ระยะที่ 3 เป็นระยะทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affection) พฤติกรรมของกลุ่มจะเกี่ยวข้องกับส่วนของความใกล้ชิดสนิทสนม ความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน เอาใจใส่ต่อกัน อย่างไรก็ดี พฤติกรรมของกลุ่มในระยะนี้ อาจเป็นความรู้สึกที่เห็นห่างกัน มีการแยกตัว และความเฉยเมยต่อกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ต้องเอื้อเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมี

ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความผูกพันทางจิตใจต่อกัน มีความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพใกล้ชิดกับผู้อื่น เพื่อที่จะได้มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน มีการเปิดเผยตนเอง และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กัน

2.3 กลุ่มมีพัฒนาการที่ดีและไม่ดี กล่าวคือ กลุ่มที่สามารถแก้ไขปัญหาคือ แต่ละระยะของพัฒนาการได้สำเร็จ กลุ่มนั้นจะมีพัฒนาการที่ดี แต่หากกลุ่มที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหากลุ่มนั้นจะมีพัฒนาการที่ไม่ดี ซึ่งทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มต้องร่วมมือในการปฏิสัมพันธ์ เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี และก่อให้เกิดสมาชิกได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มจะช่วยให้อุปสรรคที่ขัดขวางการพัฒนาการที่ดีได้ โดยการขจัดข้อขัดแย้งในกลุ่ม ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างสมาชิก และปรับแก้ความต้องการสมาชิกกลุ่มให้บรรลุเป้าหมาย

3. ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) มีแนวคิดที่เชื่อว่า บุคลิกภาพของคนเราพัฒนามาจากอิทธิพลของประสบการณ์ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สำคัญในอดีต อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นผลมาจากความล้มเหลว ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ดังนั้นหลักการของการรักษากลุ่มจึงเน้นเรื่องมนุษยสัมพันธ์ เมื่อสมาชิกกลุ่มบอกว่าเขามีอาการต่างๆ กลุ่มจะช่วยในการแปลความหมายอารมณ์ออกมาเป็น เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม คือ การช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ ที่ถูกบิดเบือนไปไม่ถูกต้อง ซึ่งสร้างปัญหาแก่สมาชิกกลุ่มและบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มได้หาวิธีการแก้ไขปัญหา โดยใช้ประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มเป็นเครื่องมือ

4.1 องค์ประกอบของกลุ่มบำบัดระดับประคอง

การทำกลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) มีวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งคือเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และการให้สมาชิกกลุ่มได้มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เพื่อช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Interpersonal interaction) ซึ่งทำให้สมาชิกแต่ละคนมีการปรับตัว สามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนามีความปรองดองกัน มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เรียนรู้ที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม และเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขในสังคม (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2538) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้คือ

4.1.1 ประเภทกลุ่มโดยทั่วไปมี 2 แบบ คือ กลุ่มแบบปิด หมายถึงกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม และกลุ่มแบบเปิด หมายถึงกลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้วและรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะ จนกระทั่งปิดกลุ่ม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการดำเนินกลุ่มแบบปิด เป็นสมาชิกกลุ่มเดิมตั้งแต่เริ่มจนปิดกลุ่มเพื่อให้กลุ่มมีการพัฒนาและไปสู่การแก้ไขปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว การมีสมาชิกใหม่เข้ามาอาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้ (Yalom, 1995)

4.1.2 ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยเกินไป เพราะอาจจะเกิดผลต่อการบำบัด ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัด คือ 8-10 คน ถ้าสมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง และถ้าสมาชิกมากเกินไป จะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1995)

4.1.3 ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที (Marram, 1978) ความถี่ของการทำกลุ่มที่เหมาะสมคือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างน้อยที่สุดควรเข้ากลุ่มไม่น้อยกว่า 6-8 ครั้ง (Yalom, 1995) การศึกษาครั้งนี้ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง มีความถี่คือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง

4.1.4 สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรจัดให้มีความเป็นส่วนตัวมีสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน สภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้ความเหมาะสม ไม่มีกลิ่นหรือเสียงดังรบกวน ห้องไม่แออัด นั่งสบาย

4.1.5 การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ไม่มีเกณฑ์แน่นอน โดยทั่วไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของการทำกลุ่มมีการพิจารณาดังนี้

1) กลุ่มที่สมาชิกลักษณะเหมือนกัน เป็นผู้ที่มีการเหมือนหรือใกล้เคียงกัน การจัดกลุ่มลักษณะนี้ สมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือเรื่องในการเข้ากลุ่มเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เท่าๆกัน ไม่มีการเกิดกลุ่มย่อยหรือแยกกันในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเข้ากันได้ง่าย

2) กลุ่มที่สมาชิกลักษณะแตกต่างกัน ทั้งกลุ่มอายุ การเจ็บป่วย อาการแสดง ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์ เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมองโลกในแง่บวกต่างๆ ได้หลายมุมจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

4.1.6 บทบาทผู้นำกลุ่ม

บทบาทการเป็นผู้นำกลุ่มบำบัดต้องสร้างความเป็นหนึ่งเดียวในกลุ่ม สนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มมีการพูดคุยกัน โดยไม่มีการกำหนดหัวข้อสนทนา แต่ให้สมาชิกเปิดเผยเรื่องราวต่างๆ เองกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ช่วยให้สมาชิกเปิดเผยเรื่องที่เก็บกดเอาไว้ออกมา วิเคราะห์และแปลความหมาย การต่อต้าน(resistance) ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกร่วมมือกับกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกัน โดยยึดหลัก “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” และบทบาทการเป็นผู้วิเคราะห์และแปลความหมาย ผู้รักษาต้องใช้การวิเคราะห์และแปลความหมายเป็นเครื่องมือในการพัฒนา

ความสามารถของกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และให้เข้าใจตนเอง อาจช่วยเชื่อมโยงด้วยเทคนิค Carafication and Conformatation ซึ่งมีดังนี้

- 1) การใช้คำถามและการดำเนินกลุ่ม ควรใช้คำพูดปลายเปิดให้อิสระแก่สมาชิกในการแสดงความคิดเห็น ภายใต้อขอบเขตกลุ่ม
- 2) ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่จัดการความเป็นไปของกลุ่ม คอยประสานความของกลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปได้อย่างมีชีวิตชีวา และตามจุดหมาย บางครั้งต้องจำกัดสิทธิและพฤติกรรมของสมาชิก (setting limited) ให้สมาชิกคุณภพของกลุ่มและนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายที่วางไว้
- 3) ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหา การสื่อสารความหมายให้ชัดเจน อาจซักถามย้อนกลับถ้าไม่แน่ใจว่าเข้าใจถูกต้อง
- 4) กระตุ้นสมาชิกที่เงียบเฉยให้มีส่วนร่วมมากขึ้น หรือถ้าสมาชิกผูกขาดการสนทนาแต่ผู้เดียว ผู้นำกลุ่มต้องหาทางยับยั้งพฤติกรรมนั้น และหาทางให้กลุ่มมีส่วนร่วมในบทบาทของสมาชิกทั้งสองด้วย
- 5) เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านมนุษยสัมพันธ์ ด้านการสื่อสารที่ชัดเจน ด้านการให้ความช่วยเหลือ สำหรับกลุ่มจิตบำบัดนั้น ผู้บำบัดต้องแสดงบทบาทเป็นผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้วิเคราะห์ แปลความหมาย กล่าวคือ

4.1.7 ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

- 1) ช่วยผู้นำกลุ่มในการเตรียมกิจกรรม สถานที่ อุปกรณ์ และการเตรียมสมาชิกในการเข้ากลุ่ม
- 2) ช่วยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม
- 3) ช่วยสนับสนุนผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้แสดงความคิดเห็นให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความมั่นใจ
- 4) บันทึกการทำกลุ่ม สังเกตการดำเนินงานของกลุ่ม สังเกตพฤติกรรมสมาชิกกลุ่ม สังเกตการพัฒนาการกลุ่ม/กระบวนการกลุ่มและถอดข้อความจากเทปบันทึกกลุ่ม
- 5) ร่วมวิเคราะห์และแปลความหมาย และประเมินผลการทำกลุ่ม

4.2 เป้าหมายของกลุ่มบำบัดระดับประคอง

เป้าหมายกลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของ Yalom(1995) ได้เสนอแนวคิดในการตั้งเป้าหมายของกลุ่มบำบัดดังนี้

4.2.1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้อยู่ร่วมกันตลอดการรักษา การรักษาแบบกลุ่มถือเป็นแขนงหนึ่งของการรักษา เมื่อสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มแล้ว จะทำให้ได้ประสบการณ์การรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น มองเห็นคุณค่าของการบำบัดด้วยกลุ่ม

4.2.2 เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด เกิดการเรียนรู้ว่าการได้พูดระบายในกลุ่ม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดปัจจัยบำบัด การมีความเป็นสากล

คือ ความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นคนเดียวที่มีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถตัดความคิดเชิงลบของตนเองออกไปได้

4.2.3 เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหา สาเหตุของการเกิดปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เกิดการยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรมกรรมที่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เป็นปัญหา และเกิดประสบการณ์ในการแก้ปัญหา

4.2.4 เพื่อช่วยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น การให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน และมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

4.3 บทบาทของพยาบาลในการบำบัด

ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในการบำบัดคือบุคลากรในทีมสุขภาพได้แก่จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ทำในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด คือพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งคุณสมบัติผู้นำบำบัดจำเป็นจะต้องมีการเรียนรู้และมีการฝึกหัดจากโรงเรียนวิชาชีพ หรือสถาบันที่หลักสูตรได้บรรจุ

บทบาทของพยาบาลที่มีหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่ง ในการที่จะดำเนินกลุ่มไปสู่จุดมุ่งหมายกับสมาชิกกลุ่ม ให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ ซึ่งยาลอม (Yalom,1995) ได้กล่าวถึงหน้าที่หลักและเทคนิคสำคัญ ของผู้นำกลุ่มไว้ 3 เรื่องดังนี้

1. การสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม (creation and maintenance of the group) ในขั้นตอนนี้ผู้นำกลุ่มจะดำเนินการกลุ่มดังนี้

1.1 คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจ มีความตั้งใจและเต็มใจในการบำบัดตามเกณฑ์ลักษณะที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องสร้างสัมพันธภาพ

1.2 รักษาทิศทางตามเป้าหมายกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดได้มีปฏิสัมพันธ์กัน ในขอบเขตและเป้าหมายของกลุ่มที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน ซึ่งในระยะแรกนี้ สมาชิกแต่ละคนจะไม่รู้จักกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องทำหน้าที่สื่อสารภายในกลุ่ม แนะนำสมาชิกกลุ่มให้รู้จักกันและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ที่มาอยู่ร่วมกันในแบบเดียวกัน

1.3 กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะเชื่อมโยงและกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็น และเสริมสร้างกำลังใจแก่สมาชิกคนอื่น ๆ ให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มได้มีพัฒนาการที่ดี การที่สมาชิกได้พูดได้เสนอแนะ จะทำให้ตระหนักในคุณค่าของตนเองและมีการเข้าใจตนเองดีขึ้น

2. การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม (culture building) วิธีการที่ผู้นำกลุ่มจะสร้างบรรทัดฐานของกลุ่มให้เกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยบทบาทและวิธีการดำเนินการกลุ่มดังนี้

2.1 บทบาทในฐานะผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผู้นำกลุ่มควรจะเป็นผู้ที่รอบรู้ เข้าใจเทคนิคของการประสานความคิด โดยวิธีการโน้มน้าวจิตใจ และแนะนำกลุ่มในช่วงแรกๆ ให้ร่วมกฎเกณฑ์ระเบียบต่างๆ ในการเข้ากลุ่มและใช้ประสบการณ์ที่ตนเองมีอยู่ กระตุ้นให้สมาชิกร่วมทำการตกลงกัน พร้อมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ ที่จะได้รับการทำข้อตกลงร่วมกันโดยผู้นำกลุ่ม จะนำกลุ่มไปในทิศทางที่เหมาะสม

2.2 บทบาทในฐานะเป็นตัวแทนในการปฏิสัมพันธ์ ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นตัวแทนในการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ลอกเลียนแบบจากความใกล้ชิดและความเชื่อถือไว้วางใจ ผู้นำกลุ่มอาจแสดงบทบาทของการเปิดเผยตนเองในกลุ่ม ขอมรับฟังสมาชิกคนอื่นๆ ไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ให้การยอมรับพฤติกรรม มีส่วนแสดงความคิดเห็นและให้ความช่วยเหลือในกลุ่ม เพื่อแสดงเป็นตัวแทนให้สมาชิกกลุ่มได้ลอกเลียน

3. การทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มขณะนั้น (activation and process illumination) ในการนำกลุ่มบำบัด ผู้บำบัดควรเน้นเหตุการณ์ ในปัจจุบันที่เกิดขึ้นขณะนั้นเวลานั้น หรือใช้แนวคิด “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) โดยเน้นให้ผู้ป่วยแก้ไขพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อตนเองและต่อบุคคลอื่นขณะที่อยู่ในกลุ่มมากกว่า เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้ วิธีการทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มในขณะนั้นได้แก่วิธีการดังนี้

3.1 ดึงความรู้สึกของสมาชิกให้อยู่ในเหตุการณ์ของกลุ่มนั้น ให้ขึ้นมาประจักษ์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมุ่งความรู้สึกต่อสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ทำจิตใจให้แน่วแน่อยู่ในกลุ่มในเหตุการณ์ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) สมาชิกก็จะมี การพูดจาปฏิสัมพันธ์กัน ให้ข้อคิดเห็นข้อวิจารณ์อย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน มีการเปิดเผยตัวเองต่อกัน มีการเอื้ออำนวยการให้ดำเนินไปด้วยดี คำนี้ถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิกแต่ละคนและผู้นำกลุ่ม

3.2 นำเอาความรู้สึกและปัญหาในกลุ่มมาทำให้กระจ่างชัดเจน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ได้เรียนรู้อะไรบางอย่างจากเหตุการณ์และปัญหานั้น มีความตระหนักในเหตุการณ์และปัญหานี้อย่างไร อาจจะถามว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้างจากเหตุการณ์ และเกิดขึ้นได้อย่างไร และสะท้อนกลับมาที่ตัวเราได้อย่างไร มีผลอะไร ทำไมจึงเกิดขึ้นได้ ซึ่ง “Yalom” เรียกสิ่งนี้ว่า ห่วงการสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง (self reflecting loop)

4.4 พัฒนาการกลุ่ม

พัฒนาการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ

4.4.1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (initiating phase)

เป็นระยะสร้างความปลอดภัย (The introductory phase or initiating phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและในระหว่างสมาชิก

ด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกปลอดภัยให้แก่สมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่มผู้นำควรขอให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายในการทำกลุ่ม เข้าใจในกฎกติกา วิธีการดำเนินการกลุ่ม และแนวทางการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร (imparting of information) ซึ่งเป็นปัจจัยบำบัดที่จำเป็นมากในระยะแรกเพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายภายในกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความรู้สึก การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ให้เกิดกับสมาชิกกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจ เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็น พฤติกรรมของสมาชิกโดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน เป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก เมื่อความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกจะมีความเต็มใจที่จะเปิดเผย การได้ระบายออก (catharsis) ซึ่งความคิดความรู้สึก และประสบการณ์ของตน มีความมั่นใจในการให้และการยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกอื่นในกลุ่มฟังโดยไม่มี การซักถามเป็นการสำรวจปัญหาและค้นหาปัญหา สมาชิกจะมีปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด คือ การเรียนรู้มนุษย์สัมพันธ์ (interpersonal learning) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกอื่นในกลุ่มกล้าเปิดเผยตนเองด้วย (Barry, 1989)

4.4.2 ระยะเวลาทำงานร่วมกัน (working phase)

ระยะนี้สมาชิกจะเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้ว่าตนเองมีสภาพเป็นอย่างไรในกลุ่ม และเริ่มมีความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น การค้นพบความเหมือนในกลุ่มเป็นสิ่งที่สมาชิกรู้สึกว่าจะสบายใจและเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จ สมาชิกกลุ่มเริ่มตระหนักว่าความรู้สึกที่เขาคิดว่ามั่นคง ความรู้สึกที่ไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นในชีวิต กลายเป็นสิ่งปกติร่วมกับคนอื่น (Barry, 1989) ทำให้สมาชิกมุ่งความสนใจไปที่ปัญหา ยอมรับและเข้าใจปัญหาพร้อมกับหาทางแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ปรับปรุงในการแก้ไขปัญหของตนเอง นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกรับข้อมูลย้อนกลับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกได้ สมาชิกจะเกิดการมีความเป็นสากล (universality) สมาชิกกลุ่มจะมีบทบาททั้งให้และรับ สมาชิกกลุ่มเกิดการรู้สึกคุณค่าของตนเอง (altruism) มากขึ้น ความวิตกกังวลจึงลดลง เนื่องจากเข้าใจปัญหาตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาคือ ตลอดจนสามารถช่วยผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหานั้นได้ ระยะนี้จึงเป็นระยะการระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหานั้น ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือให้สมาชิกกลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมาย โดยเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้

อภิปรายปัญหา และหาทางแก้ไขช่วยเหลือ ทดสอบความถูกต้องเพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีการไปใช้ในการแก้ปัญหาต่อไป

4.4.3 ระยะเวลาสุดท้าย (terminal phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ต้องช่วยให้สมาชิกประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม ประเมินด้วยการพูดแสดงความคิดเห็นของสมาชิก การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่น และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจง ในระยะนี้สมาชิกกลุ่มมีความสงบลง มีความเข้มแข็ง มีการดูแลระดับประคองซึ่งกันและกัน อาจมีการติดต่อกันของสมาชิกหลังจากการเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพราะในความเหมือนกันของปัญหาทำให้เขาได้รับการประคองที่เขายังไม่ได้รับจากบุคคลอื่น (Barry, 1989) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น แล้วชี้แจงให้สมาชิกได้ตระหนัก ถึงความผูกพันที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่ปรากฏ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพของกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องมีการวางแผนการสิ้นสุดสัมพันธภาพกลุ่ม ด้วยการแจ้งสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม การกำหนดการยุติกลุ่มตามการพิจารณาระดับความผูกพันต่อกลุ่ม แจ้งความก้าวหน้าของกลุ่ม ให้สมาชิกได้มีโอกาสพูดความรู้สึกต่อกลุ่ม และความประทับใจต่อกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีและประโยชน์จากการทำกลุ่ม และเกิดการรู้สึกที่ดีต่อการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

ปัจจัยการบำบัดแบ่งตาม พัฒนาการกลุ่ม 3 ระยะมีดังนี้ (กัลยา ไผ่เกาะ, 2537)

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย

- 1) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness)
- 2) ความรู้สึกเป็นสากล (Universality)
- 3) ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope)
- 4) การให้ข้อมูล (Imparting of information)
- 5) ความรู้สึกเสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective

recapitulation of the primary family group member)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม ประกอบด้วย

- 1) ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis)
- 2) การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning)
- 3) พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socializing technique)
- 4) ความรู้สึกเกื้อกูล (Altruism)

5) การได้เลียนแบบ (Imitative behavior)

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ในระยะนี้จะเกิดการเห็นความจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential factors)

4.5 ปัจจัยบำบัด (Curative Factors)

ตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1995) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัด (Curative Factors) ว่าเป็นกลไกที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด ความรู้สึกที่เหมาะสม และเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน มี 11 ข้อ มีความเกี่ยวข้องกันใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินถึงผลสำเร็จของการทำกลุ่ม เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการเลือกใช้เทคนิคหรือขั้นตอนของผู้นำกลุ่ม ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดทำให้การรักษาได้ผลดี ปัจจัยบำบัดจะค่อยๆ พัฒนาและเกิดขึ้น ซึ่งจะทำงานพร้อมๆ กันไป ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับระยะเวลาและชนิดของผู้ที่เข้ากลุ่ม หรืออาจปรากฏแบบรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกลุ่ม (Hasting-vertino et al. 1996) ซึ่งยาลอมได้สรุปปัจจัยบำบัดไว้ดังนี้

1.การให้ข้อมูล (Imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้นภายในกลุ่ม ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระชับ การให้ข้อมูลที่เป็นจริงจำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อเตรียมสมาชิกกลุ่มและสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่มด้วย

2.การรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้เห็นสมาชิกซึ่งเป็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มก็มีปัญหาและอุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญ และกล้าเผชิญกับปัญหาของเขานั้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น ช่วยให้สมาชิกคงไว้ซึ่งความศรัทธาในการรักษา มองโลกในแง่ดีและเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น ซึ่งทำให้สมาชิกมีการติดต่อกับกลุ่มเป็นระยะๆ ปัจจัยนี้สามารถสร้างได้โดยผู้นำกลุ่ม ต้องบอกถึงความมั่นใจแก่สมาชิกตั้งแต่ครั้งแรกที่พบกัน เพื่อให้เกิดความแน่ใจในการเข้ากลุ่ม มีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดีนำไปสู่ความหวังได้

3.การมีความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกตระหนักกับความจริงว่า ตนเองมิได้มีปัญหาก็เพียงคนเดียว ไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น เมื่อสมาชิกรู้สึกว่าคุณทุกคนในกลุ่มต่างมีปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ว่า เขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และมีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ในการ

สร้างเสริมปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดข้อนี้ ทำได้โดยผู้นำกลุ่มจัดกลุ่มปัญหาให้เป็นกลุ่มเดียวกัน ทำให้สมาชิกรู้สึกมีความเห็นเหมือนกันของชีวิต หรือเกิดความรู้สึกอันเป็นสากล

4. การรู้สึกเกื้อกูล (Altruism) เป็นกระบวนการที่สมาชิกมีการช่วยเหลือคนอื่น ทำให้เขามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะของผู้ให้ โดยผู้บำบัดต้องให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและให้ความเป็นเพื่อนต่อสมาชิกด้วยกัน การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่นๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

5. ความรู้สึกเสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of primary family group member) สถานการณ์จำลองในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัวซึ่งจะทำให้สมาชิก ซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม นึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะ พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมที่เหมาะสม และเรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆ อย่างถูกต้อง

6. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิก เกิดทักษะการยอมรับ การสะท้อนกลับ (feed back) เกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล ทำให้สมาชิกมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้เรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิก เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป เช่น มีการข่มขู่ ทักทาย พูดคุยกันก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม

7. การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และลอกเลียนแบบพฤติกรรมจากสมาชิกคนอื่น และผู้นำกลุ่ม ทั้งการนั่ง การพูด การเดิน ซึ่งนำมาประยุกต์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แต่ถ้าสมาชิกทำตามผู้อื่นโดยไม่รู้ตัวอาจทำให้เขาเกิดสับสนได้ กลุ่มต้องนำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น มาวิเคราะห์ร่วมกัน ซึ่งบางพฤติกรรมไม่ต้องแก้ไขในกลุ่มอาจทำให้เป็นการส่วนตัวได้

8. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกต่อผู้อื่น (Transference) คือบุคคลมักจะรับรู้เกี่ยวกับบุคคลอื่นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ผู้นำกลุ่มต้องให้สมาชิกมองปัญหาหลายๆด้าน เทคนิคนี้ต้องทำตั้งแต่ระยะแรกๆ โดยประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกด้วย ให้ความวิตกกังวลลดลงแล้วสมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้และมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆเพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้สามารถอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

9.ความรู้สึกร่วมใจ(Catharsis) การให้สมาชิกได้ระบายออก (Ventilation)และแสดงออกถึงอารมณ์ต่างๆ ทั้งทางบวกและทางลบในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกมีความสุขและคลายความวิตกกังวล การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ระบายออกในสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มให้ได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้ระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี มีแนวทางในการแก้ปัญหา

10.ความรู้สึกร่วมใจเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดที่สุด เป็นประโยชน์เป็นที่พึงประสงค์ต่อกระบวนการกลุ่ม หน้าที่พื้นฐานของความรู้สึกร่วมใจเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม คือการสนับสนุนปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดอื่นๆ ในกลุ่ม และสนับสนุนส่งเสริมความรู้สึกร่วมใจคุณค่าของตนเองของสมาชิก (Beeber and Schmitt, 1986) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มนี้ เป็นการที่สมาชิกรู้สึกเป็นพวกเรา รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม มีความหมายต่อกลุ่ม การผูกพันจิตใจต่อกัน การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป การสร้างความรู้สึกร่วมใจเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มนี้ ผู้นำกลุ่มต้องให้ร่วมตัดสินใจ ช่วยแก้ปัญหา ให้พูดถึงประสบการณ์เดิมที่เหมือนกัน ให้ความสนใจและให้ข้อมูลแก่สมาชิกที่เข้าและออกจากกลุ่มด้วย

11.การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่มีภาวะซึมเศร้าได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่า บางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมีการแยกจากกัน ซึ่งสมาชิกจะได้ตระหนักถึงปัญหาบางอย่างที่สามารถช่วยกันแก้ไขได้ แต่มีปัญหบางอย่างที่ต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยไป จะทำให้สมาชิกที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม สามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกการไม่มีคุณค่าในตนเอง ท้อถอยกับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นโดยไม่หลีกเลี่ยงและมีความทุกข์น้อยลง

5. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง

ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคับประคองต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุ มักมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ สมาธิลดลง ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ละเลยการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เบื่อชีวิต มีความคิดอยากตาย ซึ่งลักษณะของกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง จะส่งผลต่อการรับรู้ว่าคุณค่า มีประโยชน์ต่อผู้อื่น (altruism) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่มีโอกาส

แสดงความคิดที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงอายุอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ และเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นในฐานะผู้ให้ การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีค่าและมีความหมายต่อกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวหมดไป การมีความเป็นสากล (universality) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ตระหนักว่าตนเองมิได้มีปัญหาค้นเดียว ทุกคนมีปัญหาเช่นกัน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากคนอื่น ความรู้สึกที่ตนเองมีทุกข้ออยู่คนเดียวจะลดลง รู้สึกสบายใจขึ้น และเกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก แต่ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน (Muller and Barash, 1998) การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ (interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น รู้ว่าตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรกับตนเอง และการสะท้อนกลับของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับคนอื่น ลดความวิตกกังวล เปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความเชื่อถือไว้วางใจคนอื่น

การให้ข้อมูล (imparting of information) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ป่วยสูงอายุ หรือจากผู้นำกลุ่มไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระชับ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่ต้องให้ในระยะเวลาของการทำกลุ่มเพื่อเป็นการเตรียมกลุ่ม และสร้างความไว้วางใจของผู้ป่วยสูงอายุต่อกลุ่ม การได้ระบายออก (catharsis) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พูดระบาย (ventilate) และแสดงอารมณ์ลึก ๆ เป็นสิ่งที่ดีและไม่ดีออกมาให้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุได้รับฟัง ถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พูดระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย การได้ระบายออกนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความสบายใจ คลายกังวล ทำให้เข้าใจชีวิต (สุมาลี สัตยเสถียรพานิชย์ และคณะ, 2541) และมีพัฒนาการด้านจิตใจ และมีอารมณ์ในทางที่ดี พร้อมทั้งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้ การเลียนแบบพฤติกรรม (imitative behavior) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีโอกาสเรียนรู้ และเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนพอใจ ทั้งจากผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมของคนอื่นที่ตนพอใจ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้

การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (development of socializing or interpersonal learning output) การเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น, การรู้สึกมีความหวัง (instillation of hope)

การเข้ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เคยท้อแท้ หมดความหวังในชีวิต ได้รับกำลังใจจากการเห็นว่า ผู้อื่นมีปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตที่ต้องเผชิญทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น มองโลกในแง่ดี และเชื่อว่าตนเองจะดีขึ้น เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ (อรวรรณ ลีทองอินทร์, 2543) การได้เรียนรู้ความจริงของชีวิต (existential factor) การเข้ากลุ่มช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตระหนักถึงปัญหาบางอย่างที่ต้องเผชิญตามลำพัง และถ้าปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ต้องปล่อยไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุทุกคนสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคได้ เกิดความเชื่อมั่น และความพึงพอใจในตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกค่าด้วยเสียใจ ท้อแท้ลดลงหรือหมดไป ผู้ป่วยสูงอายุดำรงอยู่ได้ด้วยความสุข ซึ่งทั้งหมดของปัจจัยบำบัดของกลุ่มบำบัดประคับประคอง ที่สามารถส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า

6. งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยและงานศึกษาที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาถึงผลการทำจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ดังนี้คือ

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

Evans and connis (1995) ได้ทำการวิจัยเปรียบเทียบผลของการทำกลุ่มประคับประคองโดยใช้ทฤษฎี Cognitive Behavioral Therapy และทฤษฎีทางสังคมศาสตร์กับผู้ป่วยสูงอายุซึมเศร้าที่เป็นมะเร็ง ผลของการเปรียบเทียบโดยใช้ทั้งสองทฤษฎี พบว่า ทั้งสองทฤษฎีที่ใช้ในกลุ่มประคับประคองลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.007$) และพบว่าการใช้กลุ่มประคับประคองทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งได้ปรับปรุงหน้าที่ทางด้านจิตสังคมได้ดีขึ้น เมื่อมีการติดตามผลหลังการเสร็จสิ้นการทำกลุ่มไปแล้วภายใน 6 เดือน

Chaisson (อ้างในZerhusen, 1991) ได้รายงานการศึกษาการทำกลุ่มประคับประคองในผู้สูงอายุซึมเศร้า 33 คน โดยใช้ Cognitive Therapy โดยใช้ระยะเวลาในการทำ 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ทำในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนใน New York แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม ถึงแม้ว่าทั้ง 4 กลุ่มจะไม่แสดงนัยสำคัญในการลดความซึมเศร้าแต่พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้ามีนัยสำคัญกับค่าสหสัมพันธ์ในเชิงบวก ($r = .91$) กับทักษะของผู้บำบัดรักษา

Zerhusen (1991) ได้ทำกลุ่มประคับประคองในผู้สูงอายุซึมเศร้า โดยใช้ทฤษฎี Cognitive Therapy กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานพักฟื้นผู้สูงอายุใน Miami Chriotel ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 60 คน 30 คน เป็นกลุ่มทดลองโดยใช้กลุ่มประคับประคองทฤษฎี Cognitive Therapy อีก 30 คน ให้เข้ากลุ่มฟังดนตรี การทำกลุ่มใช้เวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง

ผลของการศึกษาพบว่า กลุ่มระดับประคองที่เป็นกลุ่มทดลองที่ใช้ Cognitive Therapy ในผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อวัดโดย The Beck Depression Inventory ระดับของความซึมเศร้าลดลงในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเห็นได้จากการสังเกตกระบวนการของกลุ่มปฏิสัมพันธ์

นงคราญ ผาสุข, จิตวิมลค์ ธรรมไพโรจน์ และวัลลีย์ กนกวิจิตร (2533) ได้ศึกษาถึงผลของการทำจิตบำบัดกลุ่มต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 18-50 ปี จำนวน 24 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เดือนมีนาคม 2533 พบว่าการทำกลุ่มจิตบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

พรรณวิภา ถาวรประเสริฐ (2533) ได้ศึกษาผลการทำกลุ่มบำบัดแบบระดับประคอง ที่มีต่ออึดทนโนทัศน์ และการติดยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 20 ราย ผลการวิจัยปรากฏว่า อึดทนโนทัศน์ เกือบทุกด้านของผู้ติดยาเสพติดสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบระดับประคอง มีอึดทนโนทัศน์เกือบทุกด้านสูงกว่ากลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการติดตามผลภายหลังการบำบัด 30 วันพบว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ได้เข้ากลุ่มบำบัดแบบระดับประคอง มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ได้เข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุดคนึง ฤทธิธัชชัย (2541) ได้ศึกษาผลการกลุ่มระดับประคองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของมารดาที่ดูแลบุตรตามลำพัง ณ หมู่บ้านโนนม่วง อ.เมือง จ.ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คนพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดมากที่สุดคือความรู้สึกมีความหวัง ความเห็นเหมือนกันของชีวิต พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม จากผลการศึกษาของสุมาลี สัชชะสิทธิพานิชย์, ชลธิชา ลิ้มวงษ์, ทิพสมัย จันทรมานนท์, แววดาว วงศ์สุรประภิต (2541) ได้ศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิงจำนวน 164 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กระบวนการกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับประคองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ระบายความคับข้องใจ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้นในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ปัจจัยบำบัดที่พบบ่อยที่สุด คือ การได้ระบายออก การมีความเป็นสากล การได้รับการชี้แนะแนวทางและการผูกพันจิตใจต่อกัน ซึ่งเกิดผลดีต่อการรักษาและผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2543) ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า(รายงานผู้ป่วย 1 ราย) การศึกษาผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เป็นการศึกษาเชิงกึ่งปฏิบัติการในผู้ป่วยนอกหญิง อายุ 35 ปี จำนวน 1 ราย ที่อยู่ในเขต

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมองเห็นเป้าหมายในชีวิตตนเอง ระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง

สุจรรรยา แสงเขียวงาม (2545) ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยาอายุ 20-40 ปีจำนวน 22 คนผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในด้านลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงานและความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าการได้รับยาต้านทานโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิมและเข้าร่วมจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เขาวณี ล่องชูผล (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบแนวคิด

แผนกิจกรรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ศึกษาตามแนวคิดของ Yalom (1995) ประกอบด้วยการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ

- คัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุและประเมินภาวะซึมเศร้าที่มารักษาโดยใช้แบบประเมิน TGDS และประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบ MMSE-T

- สุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 13-24 คะแนน และไม่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน

- แนะนำตัวระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุ

ด้วยกันเองและบอกวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการกลุ่ม

ขั้นดำเนินการ มีการจัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง แต่ครั้งมีพัฒนาการ

กลุ่ม 3 ระยะ คือระยะเริ่มต้น ระยะทำงานร่วมกัน

และระยะยุติกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่อนคลาย สร้าง

แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 ให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึกเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะ

ซึมเศร้าและกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มองเห็น

คุณค่าของกันและกัน

กิจกรรมที่ 3 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุเสนอปัญหา แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ อภิปรายและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเอง

และของสมาชิกในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุเสนอปัญหาเกี่ยวกับ

สัมพันธภาพในครอบครัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายและ

ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองและของสมาชิกในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุเสนอความภาคภูมิใจและ

ความสำเร็จในชีวิตของตนเอง ร่วมกันอภิปรายและให้กำลังใจซึ่งกัน

และกัน

กิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยสูงอายุแสดงความรู้สึกในการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ

ซึ่งกันและกัน ความประทับใจในการเข้ากลุ่ม และยุติกลุ่ม

ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที

ภาวะ
ซึมเศร้า