

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการให้ความรู้และปรับประคอง ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
 - 1.1 แนวคิดและความหมายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.2 สาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.7 การรักษาโรคซึมเศร้า
2. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม
 - 3.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
4. แนวคิดในการให้ความรู้และปรับประคองแก่ผู้ป่วย
 - 4.1 ความหมายของการให้ความรู้และปรับประคอง
 - 4.2 แนวคิดการให้ความรู้และปรับประคอง
 - 4.3 จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และปรับประคอง
5. โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ที่มนุษย์ต้องประสบ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความเสื่อมสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542) ในภาคพื้นเอเชียจะถือเอา 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันระหว่างประเทศให้ยึดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) โดยมีการให้ความหมาย ผู้สูงอายุ 2 ลักษณะ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุดังนี้ วัยสูงอายุเริ่มต้น (young old age) อายุ 65 - 74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (middle old age) อายุ 75 -84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (old old age) อายุมากกว่า 85 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุ 60 ปี และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วง คือ วัยสูงอายุตอนกลาง (middle old age) อายุ 75 - 84 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (old old age) อายุมากกว่า 35 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ของผู้สูงอายุ โดยเริ่มที่อายุ 60 ปี และแบ่งอายุเป็น 3 ช่วงคือ วัยสูงอายุตอนต้น (elderly) คือ บุคคลที่มีอายุ 60 -74 ปี วัยสูงอายุ ตอนกลาง (old) คือ ผู้ที่มีอายุ 75-90 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (very old) คือ บุคคลที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (World Health Organization (WHO), 1988) สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.1 แนวคิดและความหมายโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบได้ทั่วไป และเป็นความผิดปกติที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Okawumabua, Baker, Wong, and Pilgram cited in Berroa and Philipps, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Mental Health's Epidemiology Catchment Area Program) ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตในผู้สูงอายุที่พบบากที่สุดคือโรคซึมเศร้า (อรพรรณ ลีบุญวัชชัย, 2543) ซึ่งบ่อยครั้งที่โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกละเลย วินิจฉัยผิดพลาดและได้รับการรักษาไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดการป่วยและการตายโดยไม่จำเป็น (Reugg, Zisook and Swerdlow cited in Kurlowicz, 1993)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของร่างกายการทำหน้าที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง สิ่งที่เคยมีอยู่แต่เดิมอ่อนแอ ความบิบบั่นในชีวิต ภาวะทศพโภชนาการ น้ำหนักลด ภาวะกดดันทางจิตใจ การสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคซึมเศร้าได้ (Ever and Marin, 2002) เยชาเวจ และบริงค์ (Yesavage and Brink cited in Rush, et al., 2000) ให้มุมมองโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในด้าน

ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การรู้คิด (cognitive aspects) มากกว่าอาการที่ปรากฏทางกาย โดยกล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความสนใจเรื่องเพศลดลง เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและไม่ใช่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบกับเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจทำให้การเคลื่อนไหว และกระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุได้ แต่สิ่งสำคัญทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือ การคิดถึงความตาย และความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต

1.2 สาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางด้านร่างกาย (physical factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางด้านสังคม (social factors)

1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) พันธุกรรม (genetic predisposition) ปัจจัยทางพันธุกรรม มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุน้อยกว่าวัยก่อนสูงอายุ หรือวัยหนุ่มสาว จากการศึกษาของ Hopkinson พบว่าในผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดอาการซึมเศร้าจากพันธุกรรม ร้อยละ 20.1 การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท (Aging changes in neurotransmitter) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นจากการลดลงของ norepinephrine dopamine และ serotonin และมีการเพิ่มของ acetylcholine อย่างไรก็ตามบทบาทของการเปลี่ยนแปลงการทำงานของต่อมไร้ท่อ (norepinephrine changes) เป็นที่ทราบกันมานานแล้ว ฮอร์โมนเกี่ยวข้องกับสภาพอารมณ์ เช่นเดียวกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร cortisol จากระบบ Hypothalamic – Adrenal (HPA) Axis ทำให้วัดได้ระดับของ cortisol ในปัสสาวะที่รวบรวมในเวลา 24 ชั่วโมงสูงกว่าปกติ ซึ่งมีรายงานจำนวนมากที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการเพิ่มการหลั่งสาร cortisol ในวัฏจักร 24 ชั่วโมงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสมอง (structure brain changes) การได้รับอันตรายที่ทำให้เนื้อสมองถูกทำลาย จะมีผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ มีการศึกษาที่พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองแตก (stroke) เท่ากับร้อยละ 30-50 โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่บริเวณซีกซ้ายของสมองและจากการศึกษาของ Krishnan โดยการทำให้ magnetic resonance imaging (MRI) พบว่า จะมี patchy lesions ในบริเวณ frontal deep white matter และ basal ganglia ในผู้สูงอายุซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุปกติหรือวัยอื่น

1.2.2. ปัจจัยทางด้านร่างกาย (physical factors) โรคทางกาย (specified disease) การเจ็บป่วยทางกายหลายๆโรค สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น โรคต่อมไร้

ท้อ โดยเฉพาะ hypothyroidism , hyperthyroidism , Cushing s disease โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น parkinsonism s disease , multiple sclerosis , Alzheimer s disease เป็นต้น ความเจ็บป่วยทางกายที่เรื้อรัง (chronic medical condition) การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และบางโรคต้องอาศัยเวลานานในการรักษา ซึ่งก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพ และขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการซึมเศร้า การสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย (loss of physical function) เมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายก็จะมี การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรงและความว่องไวในการตอบสนอง ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทหย่อนสมรรถภาพลง การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดกับอวัยวะทุกระบบในร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนคือการลดความสามารถของระบบประสาทสัมผัส โดยเฉพาะปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณต้องถูกแยกออกมา ขาดโอกาสในการร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ การใช้ยา (exposure to drugs) วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพกายหลายอย่าง ดังนั้นจำนวนและความถี่ของยาที่ใช้รักษาปัญหาสุขภาพทางกายก็จะเพิ่มขึ้นด้วย และผู้สูงอายุที่ได้รับผลข้างเคียงจากยา ซึ่งมีจำนวนมากที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่นยารักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นยาที่ใช้บ่อยมากในผู้สูงอายุ

1.2.3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) ความขัดแย้งภายในจิตใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (unresolved conflict) นักจิตวิทยา อธิบายว่า อารมณ์เป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด Freud ได้ อธิบายผลซึ่งเกิดขึ้นจากการมีภาวะซึมเศร้าว่าจะทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นคนที่ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่อยากร่วมกิจกรรมใดๆในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และมีความรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปไม่มีความหมาย และนำไปสู่การลงโทษตัวเองอย่างผิดๆ ในขณะที่ Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัว เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าส่วน Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (lover object) โดยเชื่อว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากอาการขาดความรัก หรือจากการสูญเสียหรือพรัดพราก ความต้องการพึ่งพิงไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางด้านจิตใจ จากการศึกษาของ Aaneresson และคณะพบว่า ประสบการณ์ในช่วงชีวิตวัยเยาว์ของผู้สูงอายุกับพ่อแม่ ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมาก ในรูปของการขาดความรัก ความผูกพันกับบุคคลใกล้ชิดในปัจจุบัณ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ลักษณะบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (personality disorder) โดยเฉพาะบุคลิกภาพผิดปกติ ชนิดหลีกเลี่ยง (avoidant) และชนิดพึ่งพาคนอื่น (dependent) จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.2.4. ปัจจัยทางด้านสังคม (social factors) สภาพแวดล้อมและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตผู้สูงอายุจะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่รุนแรงจะถือว่าเป็นปัจจัยที่เข้ามากระตุ้นภาวะซึมเศร้า ได้มีการศึกษาพบว่าความเครียดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสโดยตรงกับการดำเนินชีวิตของบุคคลปฏิกิริยาของสังคมจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ซึ่งสภาพความเครียดทางสังคมของผู้สูงอายุที่สำคัญมีดังนี้ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม ซึ่งเป็นในลักษณะของสังคมอุตสาหกรรม ทำให้บุคคลในสังคมต่างแข่งขันมากขึ้น ต่างมองเห็นประโยชน์ตนเอง การพึ่งพาอาศัยกันลดลง ผู้สูงอายุก็ไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรม การเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้รับมาจากสังคมภายนอก ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญไป การยอมรับนับถือก็ลดลงไปในที่สุดก็พบกับความโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งทางจิตใจ ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การปลดเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาททางสังคม การเป็นผู้นำ การขาดจากตำแหน่งหน้าที่การงาน รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ และสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง ทั้งด้านความเป็นอยู่ ความคิด และการเลี้ยงดูตนเอง การลดความสัมพันธ์กับชุมชน จากบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยแต่เดิมลดลง เปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อน เกิดความเครียดได้สูง ความเครียดดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าในที่สุด การสนับสนุนทางสังคม (social support) สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงตามลำดับและแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น เหลือเพียงครอบครัว เพื่อนและวัดเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงของสังคมนี้เป็นความสูญเสียที่มากที่สุดอย่างหนึ่งของชีวิต มีผู้ทำการศึกษา พบว่าการขาดความก้าวหน้าทางสังคม ในขณะที่สุขภาพไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า Blazer (1991) ได้ทดสอบสมมุติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 331 คน ที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับการขาดการสนับสนุนทางสังคม 30 เดือนต่อมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีชีวิตอยู่ และมีการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น จะมีอาการดีขึ้นประมาณ 3 เท่าของผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมเช่นเดิม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถเป็นตัวทำนายในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมได้

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา ในด้านปัญหาภายในจิตใจ การมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักมองตัวเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง (Kaplan and Sandock, 1993) และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การขาดแรง

สนับสนุนทางด้านสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในชุมชน มองเห็นคุณค่าผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้ค่า น้อยใจ ท้อแท้ และเบื่อหน่ายชีวิต (วิจิตร บุญยะโทตระ, 2538; อาภา ใจงาม, 2533) ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างจากที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย ลักษณะที่เด่นชัด คือผู้ป่วยจะมี อาการไม่สบายทางกายมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์ไม่มากหรือไม่ชัดเจน อาการที่สำคัญมีดังนี้

อารมณ์เศร้า ความรู้สึกที่แสดงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย เมื่อมาพบแพทย์ไม่พูดถึงอารมณ์เศร้าเลย อาจเป็นเพราะในขณะนั้นผู้ป่วยไม่มีอารมณ์เศร้า หรืออาจมีแต่คิดว่าไม่สำคัญจึงไม่บอก ด้วยเหตุนี้จึงควรถือเป็นหลักว่าถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ต้องถามถึงอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ แต่อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนาน หรือมีอารมณ์ขันได้ แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดเวลา บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีเวลาเศร้ามากที่สุดตอนเช้า และจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าตามเวลาเช่นนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของผู้มีภาวะซึมเศร้า

อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย อาการนี้เป็นอาการสำคัญ พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้อยู่ใกล้ชิดก็มักจะไม่สบายใจเช่นกัน เพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่ายบ่อย และต่างก็ไม่รู้สาเหตุ ผู้ป่วยมักจะเล่าให้ฟังว่า ไม่มีใครเข้าใจว่าตนไม่สบาย และตนก็ไม่อยากเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่ทราบจะควบคุมอย่างไร

ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่างๆที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจดังเช่นเคย

อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบาย การรู่รสจะเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหาร แม้นจะเคยชอบ แต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2 - 5 กก. เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก ผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่ง เรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ซึ่งเป็นอาการสำคัญ ลักษณะดังกล่าวคือเมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก เช่น ดิหนึ่ง ดิ

สอง แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้ยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้บ่อย หรือทุกคืนจนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้น และจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเชากว่าปกติ (early morning awakening) ซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกันผู้ป่วยจะหลับได้ดี แต่ตื่นเชากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง เช่นปกติตื่นหกโมง เมื่อไม่สบายจะตื่นตีสี่หรือตีห้า

อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น อาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายได้ เช่น แขนหรือขา ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็นโรคหัวใจ เพราะเหนื่อยง่าย ทำให้เกิดความกังวล และถ้ามีอาการใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกจะยิ่งกังวลมาก

ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ แรกๆจะสังเกตว่าผู้ป่วยเจ็บและซึมลง ความสนใจต่างๆลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเอง โดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่างๆ ผู้ป่วยจะไม่กระตือรือร้นในชีวิตไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่างๆจะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูดการแต่งตัวการทำงานหรือการอ่านหนังสือ ทั้งนี้เพื่อให้เหมือนปกติ แต่ก็ทำไม่ได้

สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ โดยจะปรากฏขึ้นตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก จำไม่ได้ หรือทำสมาธิปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลมาก เพราะทำงานไม่ได้ดี หรือทำไม่ได้และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมอง และความจำ บางรายเกิดอาการหลงผิดคิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ผู้ป่วยส่วนมากรู้สึกที่ตัวเองไม่มีค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา หรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยคิดอยากตาย และฆ่าตัวตายได้ เพราะผู้ป่วยจะมองตัวเองในด้านไม่ดี และไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ครุ่นคิดแต่ว่าตัวเป็นคนไม่มีค่า เป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากมาให้ ถ้าไม่มีคนทุกคนก็สบาย ดังนั้นจึงควรตายไปเสีย

ความรู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่เศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิด และตำหนิตนเองโดยที่ไม่มี ความผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนี้ ยิ่งเศร้ามาก ความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด เป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ทำให้ผู้ป่วยอยากตายและคิดฆ่าตัวตาย

ความคิดอยากตาย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามากๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอาการเศร้ามากๆ และความคิดอยากตายมีส่วนสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยเศร้ามากๆ อาการไม่สบายจะมีมาก และรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความทรมาน และความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยส่วนมากนึกถึงเป็นอันดับแรก ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานจะมีมาก และความคิดอยากตายจะรุนแรงขึ้นปรากฏว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเศร้ามากๆ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายจะไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ถ้าแพทย์ไม่ถามจึงควรถือเป็นหลักว่าเมื่อพบผู้ป่วยเศร้า ต้องถามถึงอาการนี้ทุกราย

ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลไปต่างๆ เช่น กังวลว่าทำไมเป็นเช่นนั้นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย กลัวจะวิตกกังวล กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวเมื่ออยู่คนเดียว หรือกลัวจะทำอันตรายตนเอง ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้ จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วยทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืดเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย เวลาพบแพทย์ไม่แสดงอารมณ์เศร้าเลยลักษณะดังกล่าวพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปเรียกว่า masked depression

อาการหลักของภาวะเศร้า รุนแรง คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่

1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิดความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) มีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้ายตำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่า ตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

2) ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพมอง

ปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่า ร่างกายมีความผิดปกติขึ้น

3) ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่นตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองไปในลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้ามักมีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่าง ๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ายุนแรง และเกิดขึ้น ต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3) ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ายุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจเป็นอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร่าดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ฟังพาวผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

2) ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

3) ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปไม่ได้

1.4.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหารแบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลางแทบจะไม่อยากรับประทานอาหารหรือสืมรับประทาน อาหารตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

3) ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลดนอนหลับได้ 4 - 5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้

1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

1.5.1 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 สำหรับการศึกษาศึกษาในการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมากในการประเมินความรุนแรงของอาการแสดงภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้ใช้ข้อความง่ายๆเหมือนแบบของเบคแต่ไม่ครอบคลุม

2) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดยเบค (Beck, 1961) แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกในวัยรุ่น

และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดอันดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงได้จากกลุ่มผู้ป่วยนี้ 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 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอแบบ ทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะพบว่า เมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 และเมื่อใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.90 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัด รักษาและมีความเที่ยงตรงสูงสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

3) Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้พัฒนาแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีรากฐานมาจาก Geriatric Depression Scale ของเฮซาเวจ 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 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุซึ่งสามารถตอบข้อคำถามสั้นๆและเข้าใจง่าย โดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที

1.6 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (American Psychiatric Nurse Association, 2000)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ข้อบ่งชี้ หรือหลักเกณฑ์ DSM-IV ในการวินิจฉัย ต้องมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 5 อาการ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอาการเหล่านี้ต้องมีอารมณ์ซึมเศร้า และหรือ ขาดความสนใจยินดีกับสิ่งต่าง ๆ ที่เคยสนใจ ร่วมเป็นหนึ่งในอาการเหล่านี้ด้วย

1.6.1 มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ เกือบทั้งวันหรือเกือบทุกวัน โดยได้รับจากการบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น รู้สึกเศร้า หรือว่างเปล่า หรือจากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้ หมายเหตุ ในเด็กและวัยรุ่น อาจพบเป็นลักษณะอารมณ์หงุดหงิด

1.6.2 ความสนใจหรือความสุขใจ ในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างมากเป็นทั้งวันหรือเกือบทุกวันหรือเกือบทุกวัน

1.6.3 น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เกิดจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญเช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน หรือเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารจนน้ำหนักเปลี่ยนไปมาก หมายเหตุ ในเด็ก น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่ควรจะเป็น

1.6.4 นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป

1.6.5 มี psychomotor agitation หรือ retardation (จากการสังเกตของผู้อื่น ไม่ใช่เพียงความรู้สึกของผู้ป่วยว่า กระวนกระวาย หรือช้าลง

1.6.6 รู้สึกอ่อนเพลีย ล้า หรือไม่มีแรง

1.6.7 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผล

1.6.8 สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้

1.6.9 คิดถึงเรื่องความตายบ่อยครั้ง คิดอยากตาย โดยไม่ได้วางแผนแน่นอนนอนหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

1.7 การรักษาโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภทคือการรักษาทางร่างกายและการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภักย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

1.7.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยารักษาอาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

ก) กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยกเว้นเช่น imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

ข) กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด re-versible Inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

ค) กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline และ citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

ง) กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุด ได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine ซึ่งยาซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ / หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ / หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2 - 3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6 - 12 สัปดาห์เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4 - 9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปีเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine ขนาด 25 มิลลิกรัม amitriptyline ขนาด 25 มิลลิกรัม ยกเว้นกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัม ยกเว้นกลุ่ม new generation ได้แก่ยา mianserin ขนาด 30 มิลลิกรัม trazodone ขนาด 100 มิลลิกรัม

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง (major mental disorder) การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษา โรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง แม้ว่าการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลงหลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิต และยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ในปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิผลสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (modified ECT) การศึกษาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆ ของ neurotransmitter, neuropeptides และ

neuroendocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ไม่รับประทานอาหารและน้ำ

1.7.2 การบำบัดทางจิต สังคม (Psychosocial Treatments)

1) การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short - term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้น มีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้าเป็น ผู้มีความต้องการพึ่งพิงสูงจิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาอกเอาใจและคำยกย่องชมเชยอย่างมาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง (narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เมื่อ ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจและสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยน โครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วยเพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคลเรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ในระหว่างการรักษาสวนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาหลายปี

2) การบำบัดด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเป้าหมายการรักษาเพื่อลดอาการซึมเศร้า และเป็นการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิด แนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธ์ที่ดี กับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

3) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือ คิด เอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่างคือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck (1979) เป็น ผู้ก่อตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิดว่า ผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเองมองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่าลักษณะหรือความคิดยึดมั่นดังกล่าวกลับเป็น “แกน” (core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์และอาการอื่นๆของความเศร้า เป็นผลจากการคิดว่าล้มเหลวในทุกๆ สิ่ง อาการหมดคำลึงใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุก สิ่งในด้านลบ และรู้สึก หมดหวังมีเป้าหมายการรักษาคือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ Diactic - aspects, Cognitive technique และ Behavior technique

4) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferter (1965) เป็นผู้ริเริ่มนำเอา พฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถาน การณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือ เป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และว่าการขาดทักษะทางสังคม (social skill) ทำให้ ขาดโอกาสที่จะได้จากแรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมาย เพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริม ด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆ จะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

2. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ต้องใช้ความรู้และ ทักษะ ทางพยาบาล ซึ่งสิ่งสำคัญต้องยึดหลักกระบวนการพยาบาล เป็นสาระสำคัญของ แนวคิดในการกำหนดทิศทางการพยาบาลคือเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการ ที่ช่วยให้พยาบาล สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการ พยาบาลที่มีประสิทธิผล เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่อภาวะซึมเศร้า โดย แสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้อธิบายพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผิดปกติดังที่กล่าวมาแล้ว มีอาการแสดงออกหลายระดับและมีความเชื่อมโยงและเป็นผลซึ่งกัน และกัน อันมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ทำให้ชีวิตขาดความสุข แต่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแบบอื่นๆ ตรงที่ผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า ยังรับรู้ว่ามีอะไรมากระทบตนเอง และพยายามต่อสู้แก้ไขสภาวะนั้น ซึ่งอาการแสดง ต่างๆ เป็นผลจากไม่สามารถแก้ไข หรือจัดการกับผลกระทบเหล่านั้นได้ สำหรับข้อมูลที่พยาบาล ควรสนใจ และนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย นอกจากอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ควรศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาล โดย ดูแลครบทุกขั้นตอนโดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในด้านดังนี้

1. ด้านความคิดและการรับรู้ การรับรู้ตนเองในด้านต่างๆ เช่นภาพลักษณ์ ความ ภาควุฒิใจในตนเอง เอกลักษณ์ส่วนบุคคล ลักษณะอารมณ์ การเคลื่อนไหว การสบตา น้ำเสียง สำเนียง และจังหวะของการพูด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการ เปลี่ยนแปลงในชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ ยังอยู่ในความเป็นจริง (contact with

reality) แต่อาจมีการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ แปรปรวนไปเนื่องจากภาวะซึมเศร้า เช่น สนใจในการเจ็บป่วยของตนเองมาก ขาดสมาธิ หวาดกลัวผิปกติ หรือรับรู้สิ่งแวดล้อมมากเกินไป

2. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ส่วนมากรับรู้ปัญหาของตนเองแต่ไม่สามารถจัดการให้ตนเองสงบลงได้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ภาวะภูมิใจในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ตกอยู่ในสภาพท้อแท้ เบื่อหน่ายตนเอง ผู้ป่วยบางคนอยากตายเพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลต่างๆ บางคนหันไปใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้สารกระตุ้น เช่น เหล้า ยาเสพติด ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม

ซึ่งจากข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในทุกๆด้าน พบว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาคือต้องการความช่วยเหลือ ที่สำคัญดังต่อไปนี้ เช่น มีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น hyperventilation หรือหัวใจทำงานผิดปกติ นอนไม่หลับพบมากในผู้ป่วยกลุ่ม PTSD อ่อนเพลีย อาการไม่ย่อย ตึงเครียด ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง หวาดกลัวในบางสิ่งบางอย่างจนทำอะไรไม่ได้ ขาดความมั่นใจในตนเอง แยกตัวจากสังคม กลัวสังคม การจัดการปัญหาบกพร่อง เช่น ใช้สารเสพติดหรือใช้ยาระงับประสาท การรับรู้ ความคิด และสมาธิบกพร่อง มีความรู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ (helplessness) การทำหน้าที่ตามบทบาทบกพร่อง อารมณ์ซึมเศร้า และพยายามทำร้ายตนเอง ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมากำหนดการวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อการกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

2.1.1 การวินิจฉัยทางการแพทย์ ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ต้องให้ความช่วยเหลือ มีดังต่อไปนี้

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
2. บกพร่องในการดูแลความต้องการของร่างกาย
3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง
4. บกพร่องในด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ
5. การจัดการปัญหาบกพร่อง

2.1.2 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล การช่วยเหลือหลักมีเป้าหมาย เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่ออาการซึมเศร้า โดยแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ อาการที่สะท้อนว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้านั้นเป็นแรงกระตุ้นมาจากความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตใต้สำนึก (Unconscious) หรือไม่ ฉะนั้นตัวผู้ป่วยเองก็ไม่เข้าใจว่าอะไรทำให้ตนเองเป็นเช่นนี้ พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจเรื่องความขัดแย้งของจิตใจ และความหมายของภาวะที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีแบบต่างๆ กัน แต่เป้าหมายในการพยาบาลคล้ายกัน คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้อาการซึมเศร้า ของตนเอง และ

ฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการซึมเศร้า สิ่งที่ดีควรให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรียนรู้ได้แก่ ยอมรับสภาพอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เพิ่มการรับรู้ตนเองถึงระดับของอาการซึมเศร้า ลดความอายเมื่อเกิดอาการที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า เรียนรู้วิธีการต่างๆ ที่จะทำใหตนเองสงบ เมื่อเกิดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา และทักษะการเผชิญปัญหา การวางแผนการพยาบาล กำหนดเป้าหมายเป็น 2 ระยะคือ

1. เป้าหมายระยะสั้น ลดภาวะซึมเศร้าจนถึงปกติ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้
2. เป้าหมายระยะยาว เน้นถึงการรู้เหตุและผลของอาการซึมเศร้า รู้วิธีการลดภาวะซึมเศร้า ลดความถี่การเกิดภาวะซึมเศร้า ปรับบุคลิกภาพและใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม จัดความขัดแย้งและบรรเทาประสบการณ์ที่เจ็บปวด

2.1.3 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า(American Psychiatric Association, 2000) จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ คือ

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักไม่สนใจดูแลตนเองทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย แม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้นดังนี้

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
2. ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุมีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ
3. ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
4. ขจัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ดาบ หนังสติ๊ก กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลับตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยสูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้าเพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา

5. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นการให้ยาผู้ป่วยสูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยา หรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆ เพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้

6. พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกผิด หรือคำหินตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ

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

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็วปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุ โดย

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

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด คำหินตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอึดอัด กระวนกระวาย ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

1.3 รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุเช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้ป่วยอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

2.1 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสถานการณ์ และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่า เหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยสูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งดีๆในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาหารห่วยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

2.3 ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆให้น้อยลงและให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.4 ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมาย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3. ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่ว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

3.4 ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3.5 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

3.6 ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาด้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานต่อไป เพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะกั่งใน กระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาด้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ด้วย โดย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2. ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3. จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

4. ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

5. บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆเหล่านี้ จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แวนตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ดันไม้และสตัว์เลียงเพื่อให้พลิกพลิก เกิดความรู้สึกกรักและผูกพัน เป็นต้น

2.1.4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวชี้วัด Jones (1993) อ่างในสำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ (2547) การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็นได้ชัดเจน ตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่ได้จากการได้รับบริการพยาบาล ผู้รับบริการสามารถทำหน้าที่ตามบทบาท ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ราคาที่เหมาะสม และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิผล

1. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome indicators) เป็นการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อการบำบัดทางการพยาบาลและการรักษา สามารถลดอาการซึมเศร้า ลดการป่วยซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ

2. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านหน้าที่ (Functional outcome indicators) เป็นการดำรงไว้หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ต่างๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา สามารถเผชิญสถานการณ์ดังเคียดได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขเพื่อกงคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น

3. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction outcome indicators) เป็นการรับรู้ หรือ ความรู้สึกที่พึงพอใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านการเงิน (Cost outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยลดการพึ่งยาและการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา การทำกิจกรรมกลุ่มลดขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงงบประมาณของของประเทศชาติระยะยาว

สรุป การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ต้องให้การดูแลตามกระบวนการการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งต้องมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบ ที่สำคัญเพื่อช่วยให้พยาบาลมองเห็นปัญหาได้กว้างและช่วยเหลือครบทุกด้าน สามารถวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยได้ ควรมีการกำหนดเป้าหมาย เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่อภาวะซึมเศร้า โดยแสดงออกในพฤติกรรมที่เหมาะสม (Suinn ,1990 อ้างถึงในกนกวรรณ ทาสอน. 2545)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.1 ความหมาย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) การดูแลตนเองเป็นบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ดังนี้

Penter (1987) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง ความต้องการโดยทั่วไปของการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำโดยตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำและความสามารถที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการกระทำโดยตรงที่หลีกเลี่ยงการทำลายสุขภาพ การบำรุงรักษา การปรับปรุงและการเจริญเติบโต

สุมณฑา บุญชัย (2545) กล่าวว่า กิจกรรมต่างๆที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก

Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ปัจจุบัน Orem (2001) ยังได้เน้นถึงจุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้บุคคลมีความผาสุก

สรุป พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคล ตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

3.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม

จากแนวคิดข้างต้น การดูแลตนเองเป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลเพื่อการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีมีสุขซึ่งเป็นการจำเป็นที่บุคคล ต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อกองไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และพัฒนาการตลอดจนความผาสุกที่จะเกิดขึ้น โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (Orem อังโน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

2.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1) คงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ (maintenance of sufficient intakes of air , water, food)

1.1) บริโภคอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ แล้วคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอก

1.2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.3) หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่มน้ำและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ (proision of care associated with eliminative processes and excrements)

2.1) จัดการให้มีการขับถ่ายปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม

2.2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

2.3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2.4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (maintenance of balance between activity and rest)

3.1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา แลการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

3.2) รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

3.3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (maintenance of balance between solitude and social interaction)

4.1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

4.2) ปฏิบัติต่อตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

4.3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ (prevention of hazards to life, functioning and well being)

5.1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่เกิดขึ้น

5.2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

5.3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

5.4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

ภาพ

6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

6.1) พัฒนาและรักษาระบบ วัชระอัตโนมัติที่เป็นจริงของตนเอง

6.2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

6.3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษา วัชระโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

6.4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (development self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการเช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไปเป็นต้น เพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วิวัฒนาการในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคลที่ป้องกัน มี 2 ลักษณะ คือ 1) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น 2) การบรรเทาหรือเอาชนะอาการที่เกิดขึ้น และการที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถ ในการป้องกันผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากการขาดการศึกษา การมีปัญหการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดี หรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ความกดดันและเผชิญความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

2.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพหรือความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค และอยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม หรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เบื่อหน่ายชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ถ้าบุคคลที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถประยุกต์ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเอง ได้ เช่นเดียวกับ Orem (1991, อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีดังนี้

- 1) การแสวงหาและคงไว้ ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม
- 2) การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟู อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการ และความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่บกพร่องไป

4) การรับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค กระบวนการที่เป็นขั้นต้น คือ การคาดการณ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

5) การปรับปรุงตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

6) การเรียนรู้ที่มีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่

3.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมีผลต่อการกระทำหน้าที่และ กระบวนการพัฒนา หรือสนับสนุนให้มีความผาสุก เป็นการกระทำที่ลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำงานที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem , 2001: 43)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป คือความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ของบุคคลอย่างแท้จริงประกอบด้วย กระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

John (1985, อ้างใน ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) กล่าวว่า การที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. การสอนผู้ป่วยด้านสุขภาพอนามัย (Patient education)
2. การสร้างการยอมรับในผู้ป่วย (Patient compliance)
3. ผู้ป่วยต้องมีการช่วยเหลือตนเอง (Self help)

ในผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัว การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งการดูแลตนเองนั้นต้องครอบคลุมในทุกๆด้าน ตั้งแต่การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จึงจะทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขได้ แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามผู้ป่วย มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านใดด้านหนึ่งแล้ว ย่อมทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและมีผลกระทบในด้านอื่นๆ ตามมาอย่างแน่นอน ดังนั้นการศึกษาถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเอง จะช่วยให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ได้รับความทุกข์ทรมานทางจิตใจและทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผลกระทบ ทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด สังคมและพฤติกรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวันเบื่อหน่าย หดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีความรู้สึกในแง่ลบต่อตนเอง ท้อแท้ หดหวัง รู้สึกชีวิตไร้ค่า และมักมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับหรือคิด หมกมุ่น ในเรื่องต่างๆ ไม่สนใจในการดูแลตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ส่งผลถึงการดำเนินชีวิตของบุคคล ก่อให้เกิดภาวะ และปัญหาแก่ครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม โรคซึมเศร้านี้ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคทางกาย ทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดของโอเรมมีดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกายประกอบกับความอ่อนแอของสภาพ จิตใจทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าคือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในเรื่อง การดูแลตนเองให้ ได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การดูแลตนเองให้มีความสมดุล ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น(จงภักดี พร้อมเพ็ญบุญ, 2541) ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี อีกทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Stolleman,G.H.,1994) ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ควรสามารถดูแลตนเองในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

1.1 การได้รับ อาหาร น้ำ อากาศ

1.1.1 อาหารผู้ที่ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักมีความบกพร่องในการรับประทาน อาหารเนื่องจากอาการของโรคทั้งด้านบวก และด้านลบ เช่น แยกตัว หรือไม่สนใจกิจกรรมใด ๆ ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักลดลง เกิดภาวะทุพโภชนาการ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคทางกาย ทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้น

1.1.2 น้ำ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุควรดูแลให้ตนเองได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย คือ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หรือประมาณ 2000-2500 ซีซี เพื่อ ป้องกันท้องผูก และเป็นการช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย

1.1.3 อากาศ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุควรดูแลตนเองให้ได้รับอากาศที่ บริสุทธิ์ และหลีกเลี่ยงอากาศที่เป็นพิษ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก บริเวณบ้าน ควรมีต้นไม้ เพื่อให้เกิดความร่มรื่น และได้รับอากาศที่ดี ควรงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ กับผู้ที่สูบบุหรี่ หรืออยู่ในที่แออัดมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

1.2 การขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

ในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระนั้น อาการท้องผูก เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักมีอาการทางด้านลบ เช่น ซึม เฉย ไม่กระตือรือร้น ขาดการออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหว รวมทั้งเกิดอาการข้างเคียงของยา ทางจิตที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการท้องผูก ดังนั้นผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุจะต้องรับประทานอาหารพวกผัก และผลไม้ให้มากขึ้น ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน พยายามดื่มน้ำในปริมาณที่มากขึ้นรวมทั้งมีอาการออกกำลังกายร่วมด้วย ถ้ายังมีปัญหาท้องผูก รุนแรงต้องการใช้ยาระบายควรมีการปรึกษาแพทย์ และมีการดูแลตนเองในการชำระล้างอวัยวะ เกี่ยวกับการขับถ่ายให้สะอาด

1.3 การดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ ไม่ดูแลตนเองในเรื่องกิจกรรมประจำวัน พยาบาลจึงควรช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในการดูแลตนเองเรื่องความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำ ฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมด้วยแชมพู หรือยาสระผม สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ดัดเล็บสัปดาห์ละครั้ง หรือเมื่อเห็นว่าเล็บยาว โกนหนวดเคราสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ควรล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง และหลังจากเข้าห้องน้ำ สำหรับการแต่งกายควรเลือกใช้เสื้อผ้าในเวลาอันควร ควรมีการสวมรองเท้าทุกครั้งที่ยกนออกบ้าน

1.4 การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ควรมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เช่น การเดิน การวิ่ง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และผ่อนคลายความเครียด มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอโดยมีการจัดเวลานอนให้เหมาะสม คือ กลางคืนนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงควรหลีกเลี่ยงการนอนดึก กลางวันให้พักผ่อนได้ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง มีการพักผ่อนหย่อนใจ โดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวตามสถานที่พักผ่อนหย่อนใจกับบุตรหลาน หรือทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ตกปลา ปลูกผักสวนครัว เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ารู้สึกผ่อนคลายจากความกดดันหรือความเครียดที่ได้รับ และเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

1.5 การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่น

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าควรมีการพูดคุยกับผู้อื่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม หรือชุมชนของตนไม่ควรอยู่บ้านเฉยๆ หรือเก็บตัวแยกตัวอยู่ตามลำพัง พยายามที่จะให้เวลากับผู้อื่นด้วยการช่วยเหลือในสิ่งที่ตนทำได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ วัยสูงอายุเป็นวัยช่วงต่อของการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกาย ความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง ขาดการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียบทบาทหน้าที่ ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกเหงา กลัวตาย หดหู่ใจ ไม่มั่นใจหมดหวัง ท้อแท้ในชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ประกอบกับลักษณะสังคมรอบข้างของ

ผู้สูงอายุบางรายไม่เกือหนทางด้านกำลังใจ ทำให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้า คิดว่าตนเองหมดคุณค่า สิ้นหวังในอนาคต จนอาจคิดฆ่าตัวตายได้ (รณรุทธ์ บุตรแสนคม, 2540) พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีการดูแลตนเองในเรื่องการปรับตัวให้อยู่กับการมีโรคได้อย่างมีศักยภาพ โดยต้องยอมรับความจริงเกี่ยวกับสภาพของตนเองว่าจะต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการในระยะที่มีอาการส่งเสริมการหายจากอาการทางจิต ปรึกษาประคับประคองให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Kaplum & Sadock, 1995) ยอมรับตนเองในเรื่องความเจ็บป่วย การพึ่งพาผู้อื่น การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตน การปรึกษาประคับประคองทางอารมณ์ การระงับความวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งการปรับตัวจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งการปรับตัวจากเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียญาติมิตร เพื่อปรึกษาประคับประคองให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าผ่านช่วงวัยนี้ไปได้อย่างมีความสุข

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดใน

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นภาวะทางสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพปกติกล่าวคือมีความรู้สึกเศร้าเกือบตลอดเวลา ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจความรู้สึกผิด การคาดว่าจะถูกลงโทษ การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แสดงออกทางพฤติกรรมโดย การร้องไห้ การหงุดหงิด การแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจของตนเอง การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ดังต่อไปนี้

2.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ คือพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพ สอนให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นอาการเตือนต่าง ๆ ก่อนอาการทางจิตจะกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หมกมุ่นกับความคิดของตนเอง เครียด หงุดหงิด และซึมเศร้า เป็นต้น เมื่อมีอาการเหล่านี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าควรมารับการรักษาโดยเร็ว นอกจากนี้ต้องเรียนรู้ สิทธิต่าง ๆ ในการใช้บริการจากระบบบริการสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง การติดต่อสอบถามข้อมูล และแหล่งบริการที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ และการไปรับการตรวจรักษาที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (Orem, 1991)

2.2 มีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพการดำเนินของโรค เช่นมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกระตุ้นให้เกิดอาการจากสาเหตุเหล่านั้นการทราบระยะเวลาในการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าทราบระยะเวลาของการรักษา และช่วยให้ทราบเหตุผลของการต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการได้ทราบ

อาการและอาการแสดงของโรคจะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงความผิดปกติของตนเองที่อาจจะแตกต่างไปจากผู้อื่น ช่วยให้เข้าใจผลการรักษาของยาในการจัดการกับอาการเหล่านั้น

2.3 การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ

2.3.1 การปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นการรักษาที่ใช้เวลานาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การไม่เปลี่ยนแปลงการรับประทานยาจากแผนการรักษาของแพทย์หรือการมารับการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

2.3.2 การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วย ควรรับรู้ว่า ถึงแม้อยู่ในระยะอาการที่ดีแล้ว แต่ยังคงจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่ง และรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา นอกจากข้อดีข้อยาแล้วผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้ายังต้องรับรู้ข้อเสียของการรับประทานยา ถ้าสังเกตเห็นอาการผิดปกติเหล่านี้ต้องรีบมาปรึกษาแพทย์

2.3.3 การหลีกเลี่ยงจากการใช้ยาเสพติด เช่น สุรา ยาเสพติด และบุหรี่ เป็นต้น โดยให้เหตุผลว่าใช้เพื่อลดอาการข้างเคียงของยา ลดอาการซึมเศร้า และลดอาการวิตกกังวล (Crawford as cited in Gafoor & Rassool, 1998)

2.3.4 การสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเบื้องต้น เมื่อมีอาการเครียดเกิดขึ้นผู้ที่ เป็นโรคซึมเศร้าควรทบทวนสาเหตุว่าเกิดจากอะไรถ้าเกิดจากสถานการณ์ ควรหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้น ถ้าต้องเผชิญพยายามสงบสติอารมณ์ รู้จักให้อภัยมีการฝึกใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจ การออกกำลังกาย เป็นต้น แต่เมื่อมีอาการมากขึ้นได้แก่ มีกลัว ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป กิจกรรมประจำวันเปลี่ยนไป ซึมลง แยกตัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เมื่อมีอาการเหล่านี้ต้องรีบปรึกษา ญาติ หรือคนใกล้ชิด ให้รีบมาพบแพทย์โดยเร็ว

จะเห็นได้ว่าถ้าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าหาก มีการดูแลตนเองทั้ง 3 ประการนี้อย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ จะไม่เป็นภาระแก่สังคมในปีนปลายของชีวิต

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษา การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดย Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนริเริ่มและกระทำ ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

4. แนวคิดในการให้ความรู้และระดับประคอง

4.1 ความหมายของการให้ความรู้และระดับประคอง

การให้ความรู้และระดับประคอง หมายถึงกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ อันมีผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีเป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ จากการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)

4.2 แนวคิดการให้ความรู้และระดับประคอง

Orem (1991) กล่าวว่า ระบบการพยาบาล (nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ของผู้ป่วย ระบบพยาบาล จะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ และลงมือกระทำเพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเอง รวมทั้งปรับการใช้ และ พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล แบ่งตามความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ (Control of movement and manipulatim) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ

- 1) การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)
- 2) การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)
- 3) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system)

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ความสามารถที่จะปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบ ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) ดังนี้

4.2.1 การชี้แนะ เป็นวิธีการที่พยาบาลชี้แนะให้ผู้ป่วยเลือก เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ โดยที่พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วย เป็นเพียงแต่ให้ในรูปแบบต้องการแนะนำ การบอกแนวทาง การให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับการสนับสนุน

4.2.2 การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติ กิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้มักอยู่ในภาวะเครียด หรือ ความทุกข์ทรมานจากโรค สามารถควบคุมหรือจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ด้วยวิธีการสนับสนุนด้วย คำพูด กิริยา ท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ โดยพยาบาลต้อง เลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย พัฒนาการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเหมาะสม

4.2.3 การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้ และได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง การปรับเปลี่ยน เจตคติ คุณค่า การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยน อุดมโนทัศน์ และพัฒนาทางด้านร่างกาย โดยพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้รับคำแนะนำ และสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การจัดทำ เอกสารหรือ หนังสือ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอ่านที่บ้าน

4.2.4 การสอน วิธีนี้เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะ บางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเอง การสอนสิ่งต่างๆ เพิ่มให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดรวมถึงให้ผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ต้องตัดสินใจ กระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หลักในการสอนผู้ป่วยดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล . 2534)

- 1) ควรสอนในสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องเรียนรู้ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนมักจะมีการเรียนรู้ การดูแลตัวเองบางอย่างมาแล้ว
- 2) เนื้อหาที่จะสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้อง ดัดแปลง หรือเสริมสร้าง ความรู้สึกนึกคิด และการกระทำ
- 3) ความพร้อมของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการที่จะเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรค มีอาการอ่อนเพลีย ได้ยากลำบากประสาท มีภาวะเครียดมากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้
- 4) การเรียนรู้จะมีเพิ่มมากขึ้นควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการให้ ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งจะกระทำได้โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อเพิ่มการเรียนรู้ พยาบาลไม่เพียงสอน หลักการให้ผู้ป่วย แต่จะต้องให้ผู้ป่วย ทราบว่าจะต้องทำอะไร ให้ผู้ป่วยได้ฝึก และเรียนรู้ความ ผิดพลาดว่า ผิดตรงไหน เพราะเหตุใด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้

5) การประเมิน โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะช่วยในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและปรับพฤติกรรม โดยผู้ป่วย และพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายในการเรียนรู้ และการให้คำชม และการให้กำลังใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น ส่วนในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจงและแก้ไข พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตีตื้น หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ

6) เนื้อหาที่จะสอน ต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย แต่ละคนซึ่งแตกต่างกันการประเมินความเข้าใจ และการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7) สัมพันธภาพที่ดี และอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ความไว้วางใจตัวพยาบาล และความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อ สื่อสารร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและเพื่อเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

4.3 จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และระดับประคอง

จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และระดับประคอง(อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพที่ดี ต้องการให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติ และมีรูปแบบการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาพอนามัย สามารถใช้วิจารณญาณและความรอบรู้ในการเลือกใช้บริการต่างๆ ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการตัดสินใจร่วม เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง

โดยสรุป จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ คือ การพัฒนาบุคคลโดย

1. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วม ในวิถีทางการดำเนินชีวิตของชุมชนอย่างสร้างสรรค์และมีเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่ดี
3. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเชื่อมั่นในการพัฒนา และพึ่งพาตนเอง
4. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูล ความรู้ ทางสุขภาพอยู่ตลอดเวลา
5. ให้ความรู้ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความต้องการของประชาชนและชุมชนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพ และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และชุมชนได้

นอกจากนี้จุดมุ่งหมายของพยาบาล ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีนั้น มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ความรู้ด้านสุขภาพ(Health Knowledge) หมายถึง การสอน การแนะนำให้ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องที่ต้องเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน

2. เจตคติด้านสุขภาพ(Health Attitude) หมายถึง การสอน อธิบาย การให้เหตุผล ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้ประชาชนมีเจตคติและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม

3. การปฏิบัติด้านสุขภาพ(Health Practice) หมายถึง การนำเสนอแนวทาง วิธีการ และการกระทำ เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5. การให้ความรู้และกระตุ้นประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้ศึกษาได้ปรับปรุง โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้จากการศึกษาของ กนกวรรณ พูนพานิชย์ (2549) ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเรียนรู้เข้าใจโรค อารมณ์ซึมเศร้า พัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการจัดการกับปัญหา โดยมีผู้ศึกษาช่วยกระตุ้นประคองให้เกิดการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองเกิดกำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลตนเองซึ่งจะส่งผลถึงลดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน ดำเนินการเป็นรายบุคคล ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1-2 ตามการศึกษาของกนกวรรณ พูนพานิชย์ (2549)ไว้ แต่มีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 3-5 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง โดยจำแนกกิจกรรมออกเป็น 5 ครั้ง คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า 3) การฝึกทักษะด้านการสื่อสาร 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา 5) การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งกิจกรรมทั้ง 5 ระวังดังกล่าว มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการมีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง สามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถเสริมสร้างกำลังใจและความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้และเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องมองเห็นความสามารถในตน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ลดภาวะซึมเศร้าและการกลับป่วยซ้ำ สามารถ

ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ โดยเนื้อหาแต่ละในกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ช่วยให้ได้เรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นมีความเชื่อถือว่าไว้วางใจบุคคลอื่น ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และแนวทางการดูแลตนเองเบื้องต้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยเป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยเกิดความภูมิใจ รู้สึกว่าคุณค่าในตนเอง ความซึมเศร้าที่มีอยู่ก็จะลดลงได้ (กาญจนา พุ่งไพศาล, 2539)

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร (communication skills) ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544)

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนฝึกให้สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องมีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการใช้กลไกในการเผชิญที่เหมาะสม สร้างความมั่นใจและเพิ่มคุณค่าในตนเอง เพราะการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และรักษาความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในการดำรงไว้ซึ่งความคิดถึงตนเองในแง่บวก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามลดลง (Miller, 1992)

ครั้งที่ 5 การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง กับความสำเร็จในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ความภาคภูมิใจจะเกิดได้โดยบุคคลกระทำในสิ่งที่สังคมพึงพอใจ และตอบสนองให้เห็นว่าทำในสิ่งที่ถูกต้องดีงาม ผลที่ได้รับคือ ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นศักยภาพและความสามารถของตน รู้จักและเข้าใจตนเอง ช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง (Ebersol, 1976) เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง(พิณลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548)

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกวรรณ พูนพานิชย์ (2549) ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พชญา ชันลา (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรสวรรค์ พูลกระจ่าง (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1991) พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคอง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กมลทิพย์ ภูมิศรี (2547) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ สระพังทอง จังหวัดสกลนคร จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย พบว่าผลคะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและ

ให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังจากได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศุภมิตรา เดชพิทักษ์ (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการมองในแง่ดีต่อความซึมเศร้าและการมองเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 25 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 12 คนและกลุ่มควบคุม 13 คน หลังการทดลองพบว่านักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการมองในแง่ดี มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุเมธธา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่าย ร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

จันทนา ทองชื่น (2545) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ที่ดีขึ้น

วันวิสาข์ ชูจิต (2543) ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และควบคุมกลุ่ม 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรายบุคคลตามโปรแกรม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.001 และการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานหลังใส่ท่อระบายทรวงอก วันที่ 2 และ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วรัญญา มุรินทร์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จำนวน 149 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดาริกา ธารบัวสวรรค์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยชาตัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยชาตัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเลือดผู้ใหญ่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ จำนวน 60 ราย พบว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยชาตัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

โสภิต สุวรรณเวลา (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดบุตรคนแรก 6-8 สัปดาห์ จำนวน 100 คน พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากผลการศึกษาของ Tinko และคณะ (อ้างใน รุจา ภูโพบูลย์, 2541) เพื่อเปรียบเทียบผลทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างผู้ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล กับผู้ได้รับการดูแลที่บ้าน ในผู้ป่วย 294 คน ของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก และสถานบริการสุขภาพที่บ้าน 52 แห่ง ผลการวิเคราะห์ผลงานในช่วง 12 เดือน ของพยาบาลประจำตึก 43 คน และพยาบาลเยี่ยมบ้าน 9 คน พบว่าโดยทั่วไป พยาบาลในโรงพยาบาลที่ให้บริการในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน จะไม่ใช่พยาบาลที่ถูกฝึก

เฉพาะทางจิตเวช แต่ผลการดูแลในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี มีความพึงพอใจสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง

จากผลการศึกษาของ Coopersmith (1967, อ้างในพิสมัย แสนยอด, 2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองโดยศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กชายวัยรุ่นชาวอเมริกาได้จำนวน 85 คน พบว่าเด็กที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีลักษณะข้อเท้า ซึมเศร้า แยกตัว ไม่เป็นที่รัก ไม่กล้าแสดงออก และไม่มีการต่อสู้กับอุปสรรค มีความรู้สึกหวั่นไหวต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์และหมกมุ่นกับปัญหา เมื่อต้องออกสังคมเด็กเหล่านี้มักจะยืนอยู่ข้างหลังและเป็นผู้ฟังมากกว่าที่จะแสดงความคิดเห็นในกิจกรรม

Twerski (2002) ได้กล่าวว่า ความซึมเศร้าความซึมเศร้าที่เป็นผลจากการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำนั้นเรียกว่า “Characterological depression” เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ มีทักษะหรือการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนกับบุคคลอื่นและคาดว่าผู้อื่นจะปฏิเสธตน มีความคาดหวังและความเชื่อมั่นและความเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับตนนั้นจะจบลงโดยมีผลลัพธ์ที่ตนเองไม่พอใจหรือไม่สบายใจ รวมทั้งรู้สึกว่าตนเองไม่สมควรที่จะได้รับสิ่งดีๆ และโลกนี้ไม่ยุติธรรมสำหรับตน ทำให้กลายเป็นคนระมัดระวังตัวและไม่เชื่อความสัมพันธ์ของเขากับผู้อื่นซึ่งจะผลักดันให้พวกเขาอยู่อย่างโดดเดี่ยว และทำให้รู้สึกซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น

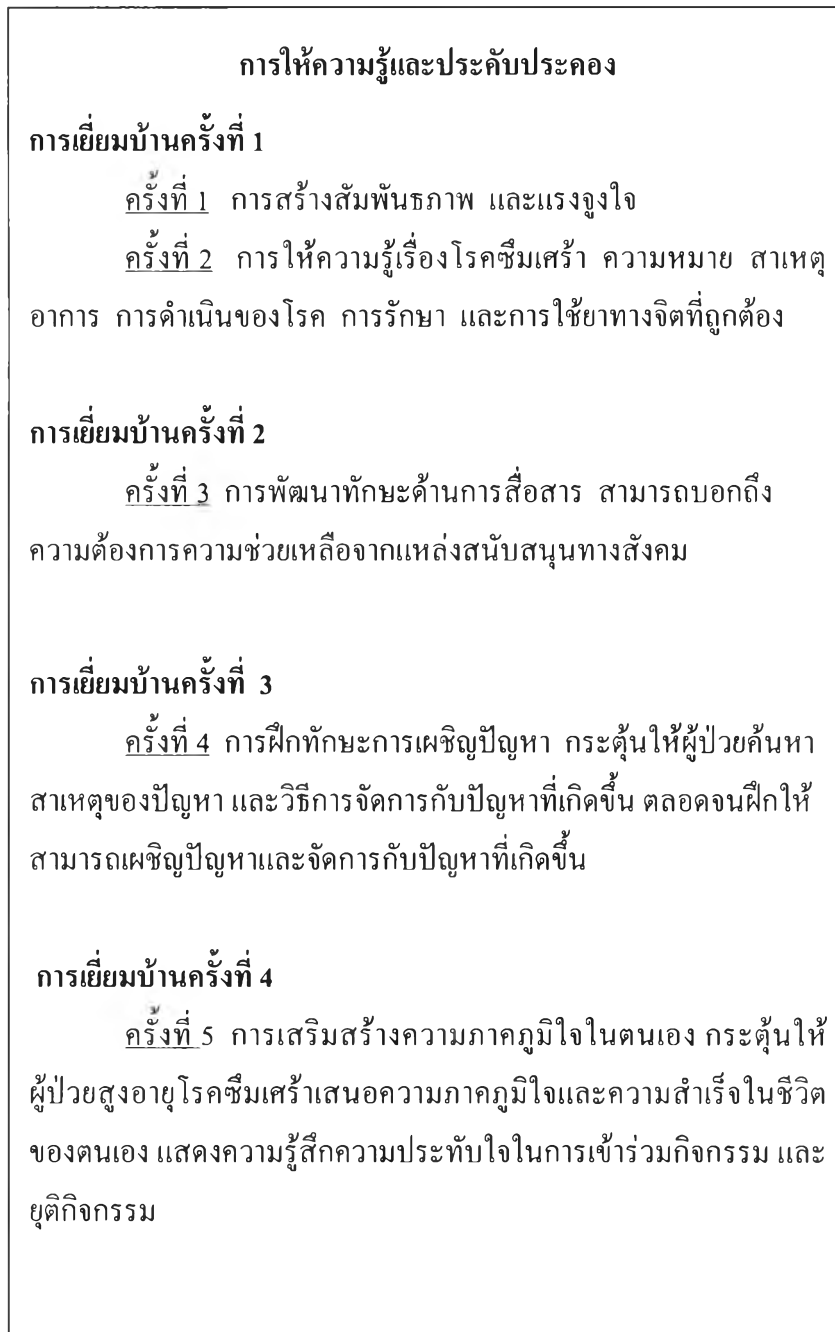
Boarman et al. (1999) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 2 แห่ง วิธีการโดยการ Admit ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงไปยังหอผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน (n=110) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่ Admit ที่ Acute Ward ทำการประเมินผลอาการทางคลินิก และทางสังคม โดยประเมินทุก 6 และ 12 เดือน สำหรับการวัดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ จะทำการประเมินเมื่อครบ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในชุมชน เกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Doherty (1998) ได้เขียนรายงานการศึกษาเกี่ยวกับองค์กรต่างๆ ที่ได้จัดบริการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการบริการผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในอีก พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มอบบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบใน

การดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้ประสบการณ์การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ก็จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น โดยธรรมชาติแล้วการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความสุขอย่างมากที่ได้รับการดูแล เพราะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านที่แวดล้อมด้วยญาติพี่น้อง การจัดระบบนี้เป็นสิ่งที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการได้ทั่วโลก และจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นในอนาคต

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้และปรับประคับประคองส่งผลให้ผู้ป่วยมีการพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เนื่องจากกิจกรรมต่างๆในการให้ความรู้และปรับประคับประคองเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเอง การสอนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติ การประเมินย้อนกลับ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้ศึกษาคาดว่าการให้ความรู้และปรับประคับประคอง จะสามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ส่งผลถึงความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองและนำมาสู่การลดภาวะซึมเศร้า นำมาเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดการศึกษาดังนี้

กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาวะซึมเศร้า