

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบโครงสร้างในการศึกษาครั้งนี้ โดยรวบรวมจากคำরাบทความ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย รู้สีกว่าตัวเองไม่มีค่า ดำเนินตัวเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นระยะเวลานาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวช แห่งประเทศไทย, 2536) ศรีวรรณ ดันศิริ (2535, หน้า 17) กล่าวว่า ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกหม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย เป็นความเศร้าที่ยังไม่อาจเรียกว่าเป็น โรคจิตหรือโรคประสาทในผู้สูงอายุ แต่ภาวะเศร้านี้สามารถนำไปสู่โรคประสาทได้รอว์ลินซ์ และฮีคอก (Rawlins & Heacock, 1988, p. 133) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นความแปรปรวนของอารมณ์ที่เป็นพยาธิสภาพ มีความผิดปกติของความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น บุคคลจะมองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกสูญเสีย หดหู่ ห่วงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มองคุณค่าในตนเองด้อยค่า มีความรู้สึกผิด คาดหวังผู้อื่น มีความประหวั่นพรั่นพรึง โดยที่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคล้ายกับความเสียใจอันเกิดจากสถานการณ์มาตุคาม เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก ถ้าผู้สูงอายุปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงก็ย่อมเกิดภาวะซึมเศร้ายิ่งขึ้น

ดังนั้นจึงสามารถสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ว่าเป็นความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่เศร้าสร้อย ไม่มีความสุข ท้อแท้ เบื่อหน่าย ส่งผลให้เห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดในสามด้าน คือ มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และมีการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวต่าง ๆ

อุปติการณ์ ความซึมเศร้าถือว่าเป็นความผิดปกติในด้านอารมณ์ ที่เป็นปัญหาทางจิตที่รุนแรงปัญหาหนึ่งและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งมักถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นโรคจากความชรา แต่ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกำลังได้รับความสนใจเนื่องจากมีปริมาณความชุกเพิ่มสูงขึ้น

จากรายงานการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 29 เนื่องจากมีการกำหนดปัจจัยและมีหลักการจำแนกแตกต่างกัน รวมถึงลักษณะเครื่องมือและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ในต่างประเทศจากการศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (The National Institutes of Health) ในปี ค.ศ. 1996 พบว่าตลอดระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 17 และมีอุบัติการณ์ของโรคถึงร้อยละ 13 ต่อปี (Butter et Al., 1997, p. 38) และมีการคาดการณ์จากองค์การอนามัยโลกว่าอีก 20 ปีข้างหน้า (ปี ค.ศ. 2020) อารมณ์ซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่ง (WHO, 1996 อ้างถึงใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543, หน้า 23)

สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุไทยจากการศึกษาประชากรสูงอายุในชุมชนเมืองและชนบทเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด 1,052 คน จากชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) 370 ราย และชุมชนชนบท (ระนอง, บุรีรัมย์) 682 ราย โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้า (TGDS) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชุมชนเมือง ชุมชนชนบท เท่ากับร้อยละ 35.1 และ 17.1 (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ, 2542) และในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความซึมเศร้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจดั้งเดิม และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน ซึ่งไม่เหมือนกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาการทางด้านสังคมในผู้สูงอายุจะแตกต่างกันดังที่ (Erikson) นักจิตวิทยาพัฒนาการกล่าวว่า วัยชราเป็นวัยที่อาจจะมีการพัฒนาทางจิตและสังคมไปในลักษณะใดก็ได้ ระหว่างความสำเร็จสมบูรณ์และความหมดหวังท้อแท้ (นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2537) นั่นคือ ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวในวัยนี้ก็จะมีความสุขพึงพอใจในชีวิตและมีความพร้อมเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ตรงข้ามกับผู้ที่มีปัญหาในพัฒนาการช่วงวัยนี้จะรู้สึกหดหู่หม่นหมอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าและมักจะมีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากสาเหตุและปัจจัยหลายประการร่วมกัน ในปัจจุบันนี้มีทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎีหลัก (Blazer, 1982, pp. 55-100) ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีชีววิทยา (Biological Theories)

ทฤษฎีในแนวนี้นี้มาจากการผสมผสานข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยในด้านการเจ็บป่วยทางจิตในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา โดยทฤษฎีชีววิทยานี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของอายุ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบและโครงสร้างหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถสรุปออกได้เป็น 4 ทฤษฎีย่อยดังนี้

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลเนื่องจากพันธุกรรมนั้น ได้มาจากการศึกษาในฝาแฝดและครอบครัวของ

สเลเตอร์ และ โควี (Slater & Cowie, 1971 cited in Blazer, 1982, p. 56) ซึ่งปรากฏว่าอัตราเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ คือ พ่อแม่ร้อยละ 14.3 ลูกร้อยละ 14.8 พี่น้องท้องเดียวกันร้อยละ 12.9 ส่วนในฝาแฝด หากคนหนึ่งเป็น ฝาแฝดอีกคนหนึ่งมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นด้วยถึงร้อยละ 68 สำหรับฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน และร้อยละ 23 ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ นอกจากนี้ วินอคอร์, เคลย์ตัน, และ ไรช์ (Winokur, Clayton, & Reich, 1969 cited in Blazer, 1982, p. 56) ยังพบอีกว่าเพศของลูกทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติ ทางอารมณ์ได้เท่า ๆ กัน แต่ในหมู่พี่น้องท้องเดียวกัน เพศหญิงจะมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าเพศชายถึง 3 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบโครโมโซมเอ็กซ์เป็นยีนเด่น (X Chromosome-Linked Dominant)

นอกจากนี้องค์ประกอบทางพันธุกรรมอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าทางอารมณ์ได้ เช่น จากการศึกษาของ บัสส์ และบลาลเซอร์ (Buse & Blazer, 1980 cited in Blazer, 1982, p. 56) พบว่ามีการลดน้อยลงของเซลล์ประสาทในซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ (Cerebral Cortex) โลคัส เซอรูเลียส (Locus Ceruleus) และสมองน้อย (Cerebellum) ซึ่งการถูกทำลายของเซลล์เหล่านี้ มีผู้ศึกษาพบว่า อาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โบรดี (Brody, 1960, p. 261) ศึกษาพบว่าเกิดขึ้นเนื่องจากการสะสมของของเสียภายในเซลล์ ส่วน เบอร์เนต (Burnet, 1970, p. 358) พบว่าเกิดจากกลไกภูมิคุ้มกันของตนเองและการสูญเสียโครโมโซม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนลสัน และคณะ (Nielson et al., 1968, p. 309) ที่พบว่า ผู้หญิงสูงอายุที่มีอาการทางจิตนั้นจะมีจำนวนโครโมโซมหายไปมากกว่าในคนปกติ

1.2 ทฤษฎีเคมีประสาท (Biogenic Amine Theory) เนื่องจาก โลคัส เซอรูเลียส เป็นส่วนประกอบโครงสร้างหลักในระบบนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine System) การสูญเสียเซลล์จากโลคัส เซอรูเลียสทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นและหน้าที่ของสารสื่อประสาทแคเทคโคลามีน (Catecholamine Neurotransmitters) ซึ่ง ชิลด์เคราท์ (Shildkraut, 1976, p. 695) ได้กล่าวถึงสมมติฐานแคเทคโคลามีน ว่า ภาวะความซึมเศร้านั้นเกี่ยวข้องกับการพร่องของสารสื่อประสาทแคเทคโคลามีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่รีเซพเตอร์ไซต์ (Receptor Site) ในสมอง โดยมีสิ่งซึ่งสนับสนุนสมมติฐานแคเทคโคลามีนดังนี้

1.2.1 ยาที่ทำให้เกิดการลดของแคเทคโคลามีน (Catecholamine) ในสมอง เช่น ยาริเซอรัปปีน (Reserpine) จากการศึกษาของ กูดวิน และบันนี่ (Goodwin & Bunny, 1973 cited in Blazer, 1982, p. 57) พบว่า ทำให้นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ในสมองลดลงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในมนุษย์

1.2.2 ยาที่ใช้รักษาภาวะซึมเศร้าจะทำให้ระดับแคเทคโคลามีนในสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ เมนเดล, สเตอรัน, และฟราเซอร์ (Mendels, Stern, & Frazer, 1976, p. 4)

1.2.3 ยาที่เพิ่มระดับแคทีโกลามีนในสมองสามารถเพิ่มกิจกรรมและความตื่นตัวในสัตว์ทดลองได้ ซึ่งพบจากการศึกษาของ ชิลด์คราท์ (Shildkraut, 1965, p. 510)

นอกจากนี้ ซาโมราจสกี, รอดสเตน และออร์ดี (Samorajski, Rodsten, & Ord, 1971, p. 168) ยังศึกษาพบว่า ระดับของนอร์อิพิเนฟริน ซีโรโตนิน และอะเซทิลโคลีนจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย และจากการศึกษาสารสื่อประสาทในสมองของ ฟินช์ (Finch, 1973, p. 261) อ้างถึงใน กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ, 2542) ก็พบว่า ระบบแคทีโกลามีนนั้นแปรเปลี่ยนไปตามอายุมากที่สุด โดยความเข้มข้นของโดปามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนฟรินทั้งในคอร์ปัส สเตรียตัม (Corpus Striatum) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะลดต่ำลงในสัตว์ที่แก่กว่าอย่างมีนัยสำคัญ

1.3 ทฤษฎีต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory) จากการศึกษพบว่า ในคนที่มีการหลั่งของคอร์ติโซน (Cortisone) เพิ่มขึ้นมักมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงพบว่าผู้ป่วยโรคคุชชิงซินโดรม (Cushing's Syndrome) มักจะมีอาการของภาวะซึมเศร้าและมีความผิดปกติทางอารมณ์ นอกจากนี้ความไม่สมดุลของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของการเมตาโบลิซึมของแคลเซียม และแม้แต่น้ำที่การหลั่งของโปรแลกติน (Prolactin) ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้าขึ้นในระยะที่มีประจำเดือนได้

นอกจากนี้ยังมีสมมติฐานต่อมไร้ท่อ ซึ่งเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้าและสภาพแวดล้อม โดยเป็นความสัมพันธ์ของสารสื่อประสาทที่ปลดปล่อยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior Pituitary Gland) นั้นนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่ง ซาซาร์, ฟินเคิลสไตน์, และเฮลล์แมน (Sachar, Finkelstein, & Hellman, 1971, p. 267) ได้อธิบายว่า การเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการตอบสนองของโกรท ฮอร์โมน (Growth Hormone) ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งโดยปกติโกรท ฮอร์โมนนั้น บราวน์ และไรชลิน (Brown & Reichlin, 1972, p. 386) ก็ศึกษาพบว่าระดับของฮอร์โมนโปรแลกตินที่เพิ่มขึ้นในช่วงก่อนที่จะมีประจำเดือนและการหลั่งของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ของสตรีในวัยหมดประจำเดือนก็เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าสำหรับในผู้สูงอายุ ดิลแมน (Dilman, 1971, p. 1211) ศึกษาพบว่าอวัยวะในระบบสืบพันธุ์จะลดการหลั่งฮอร์โมนลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของไฮโปทาลามัสที่ควบคุมการปลดปล่อยของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง อีกทั้งฮอร์โมนโปรแลกตินที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นลดน้อยลง ซึ่งมีผลทำให้แคทีโกลามีนในสมองลดน้อยลง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้ ไมตส์, ฮวง, และไรเกิล (Meites, Huang, & Reigle, 1976, pp. 3-20) ยังทดลองพบว่า ในหนูทดลองที่มีอายุมากไทรอยด์ สติมูเลติง ฮอร์โมน (Thyroid Stimulating Hormone: TSH) จะตอบสนองต่อไทรอยด์รีลีสซิง ฮอร์โมน (Thyroid Releasing Hormone: TRH)

ลดน้อยลงเมื่อเทียบกับหนูที่มีอายุน้อย ซึ่งได้มีผู้สังเกตพบว่าผู้ที่มีการซึมเศร้า TSH จะตอบสนองต่อ TSH ลดน้อยลงเช่นกัน ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของต่อมได้สมองและต่อมไทรอยด์ จึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้จากสาเหตุนี้

1.4 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Theory) หน้าที่การทำงานของร่างกายคนเราเกือบทุกอย่างจะดำเนินไปอย่างมีจังหวะ รวมทั้งการทำงานของสารสื่อประสาทและวงจรการนอนหลับ (Sleep Cycle) โดยระดับของนอร์อิพิเนฟรินและซีโรโตนินในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน จากการศึกษาของ สชิลเกน และทอลล์ (Schilgen & Tolle, 1980, p. 267) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Rhythms) เช่น การนอนเป็นครั้งคราวนั้น อาจใช้เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีการซึมเศร้าได้ จึงทำให้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีหลักฐานยืนยันแน่นอนว่ามีการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับอาจเกิดอาการซึมเศร้าได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวันนั่นเอง

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

2.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) เซลิกแมน (Seligman, 1974 cited in Blazer, 1982, pp. 73-74) ได้อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้สมมติฐานการเรียนรู้ความสามารถในการเรียนรู้ (Learned Helplessness) ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งก่อน ๆ ในสภาพแวดล้อมทางสังคมนั้นว่าไม่เกิดประโยชน์อันใด ซึ่งรูปแบบของพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้านี้ เกิดจากการต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูญเสียคนรักหรือหน้าที่การงาน ซึ่งเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เหล่านี้ทำให้นบุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ ซึ่งก็ทำให้นบุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึ่งความรู้สึก ไร้ประโยชน์ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความเจ็บป่วย และความตาย จะทำให้นบุคคลนั้นเกิดอาการซึมเศร้าได้ และ การ์เบอร์, มิลเลอร์, และซีแมน (Garber, Miller, & Seaman, 1979, pp. 335-363) ได้กล่าวว่า ประสบการณ์ที่มีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้นั้นจะนำไปสู่การบกพร่องขั้นต้น 2 ประการ คือ การขาดแรงจูงใจในการตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่และการเสียความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพหรือเงื่อนไขในสถานการณ์ใหม่ ซึ่ง เซลิกแมน และไมเออร์ (Seligman & Maier, 1967, p. 1) กล่าวว่า ทำให้เกิดผลต่าง ๆ 3 ด้าน คือ การขาดแรงจูงใจ (Motivation Deficits) การบกพร่องด้านความคิด (Negative Deficits) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Emotion Change) ซึ่งโดยสรุปแล้ว ภาวะซึมเศร้านั้นจะทำให้เกิดการขาดแรงจูงใจ เกิดความคิดทางด้านลบ และมีภาวะอารมณ์ไม่สมดุลนั่นเอง

2.2 ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory) เบค (Beck, 1967) ได้เสนอการรู้คิดและความผิดปกติทางอารมณ์ (Cognitive Theory and the Emotional Disorders) ว่ารูปแบบทางด้านการคิดของภาวะซึมเศร้ามีหลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

2.2.1 มีความคิดทางด้านลบ (Negative Automatic Thoughts) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะแสดงตนเองและประสบการณ์ที่ได้รับปัจจุบันและอนาคต ในลักษณะวิถิทางที่เป็นลบ โดยผู้นั้นจะมีความเชื่อว่าตนเองพกร่อง ซึ่งประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ถือว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องขึ้น และทำให้รู้สึกว่ตนเองนั้นไร้ค่า ไม่ได้รับการช่วยเหลือและสิ้นหวัง โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถฝ่าฟันอุปสรรคไปได้ และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้อื่นและสภาพแวดล้อมนั้นถูกตีความเป็นความบกพร่อง และในที่สุดก็เป็นการทำลาย นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะคิดว่าภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่มีที่สิ้นสุดและไม่มีสิ่งใดที่จะทำให้เกิดความพอใจได้อีก ในรูปแบบทางด้านการคิด (Cognitive Model) ถือว่าอาการของภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลมาจากลักษณะของความคิด (Cognitive Triad) ซึ่งเป็นความคิดทางด้านลบทั้งต่อตนเอง โลกหรือสภาพแวดล้อม และอนาคต

2.2.2 มีความบกพร่องทางความคิดที่เป็นระบบ (Systematic Logical Errors) เป็นการบกพร่องในด้านความคิด ทำให้ผู้นั้นมีความเชื่อในความคิดทางลบของตนเอง โดย เบค และคณะ (Beck et al., 1979 cited in Blazer, 1982, p. 205) คิดที่ปราศจากเหตุผล (Arbitrary Inference) เลือกคิด (Selective Abstraction) มีความคิดอ้างอิงเชื่อมโยงไปไกลกว่าความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายหรือย่อเรื่องราวจนเกินจริง (Magnification and Minimization) มีความคิดว่สิ่งต่าง ๆ เป็นเรื่องเกี่ยวกับตนเองมากเกินไป (Personalization) และมีความคิดว่สิ่งต่าง ๆ เป็นสองขั้วเท่านั้น (Absolutist Dichotomous Thinking) เช่น ถูก-ผิด-ดี-เลว

2.2.3 มีแบบแผนของภาวะซึมเศร้า (Depressogenic Schemata) ฮาร์แมทซ์ (Harmatz, 1978 อ้างถึงใน ปราณี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์, 2538, หน้า 158) กล่าวว่าโดยทั่วไปวิธีการคิดของบุคคลจะตั้งอยู่บนทัศนคติและข้อสันนิฐานที่ได้พัฒนามาจากประสบการณ์ครั้งก่อน ๆ ก่อให้เกิดกลุ่มทัศนคติ ความเชื่อและสมมติฐานที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในโลกภายในและโลกภายนอกที่เชื่อมต่อกันระหว่างสิ่งที่บุคคลรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้เรียกว่า สคีมา (Schemas) ซึ่งซ่อนอยู่ภายในเป็นระยะเวลานาน แต่ถูกกระตุ้นให้แสดงออกโดยเหตุการณ์หรือความเครียดต่าง ๆ ทำให้เกิดเป็นวิธีการคิดที่บุคคลใช้ในการตีความครั้งต่อไป เบคจึงได้ใช้แบบแผนทางด้านการคิดนี้ ในการอธิบายว่ ทำไมบุคคลที่มีความซึมเศร้า จึงยังมีความคิดเห็นทางด้านลบ ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ตรงข้าม

ดังนั้น ศูนย์กลางของภาวะซึมเศร้าก็คือ ทักษะคติของบุคคลนั้น ๆ ต่อตนเอง สภาพแวดล้อมทางสังคมและอนาคต โดยมีอัตมโนทัศน์แห่งตน (Self-Concept) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีทักษะคติต่อตนเองเป็นอย่างไร ซึ่งผู้ที่มีทักษะคติต่อตนเองในด้านลบนั้น จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกไม่มีค่า ไม่เป็นที่ต้องการ และมักจะตีความปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งอื่น ๆ ว่าเป็นสิ่งที่บกพร่อง น่าละอายใจ เมื่อบุคคลเหล่านั้นต้องเผชิญกับความเครียด เช่น การเกษียณ การเจ็บป่วย บุคคลเหล่านั้นก็จะตีความสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความพ่ายแพ้ เกิดขมขื่น รุสีกผิด และไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

2.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ปรานี วัฒนโชติ และนพดล สมบูรณ์ (2538, หน้า 157-169) ได้ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจต่อการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (Loss of Object) และความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Grief of Mourning) มีความคล้ายคลึงอารมณ์เศร้า (Melancholia) แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ความรู้สึกเศร้าเสียใจนั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตสำนึก (Conscious) และไม่มีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน แต่อารมณ์เศร้านั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious) แต่ไม่ได้เกิดการสูญเสียในความเป็นจริงและมีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน ฟรอยด์ (Freud) อธิบายถึงอาการเศร้าที่มีมากและเข้มข้นขึ้น เนื่องจากลิบิโด (Libido) หรือพลังขับทางเพศ (Sexual Drive) เข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รัก (An Object) ภายในจิตสำนึก แต่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งบุคคลก็สามารถที่จะปลดปล่อยความรู้สึกนี้ได้ เนื่องจากบุคคลสามารถที่จะรู้สึกตนและยอมรับได้ ขณะเดียวกันก็สามารถที่จะสละความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักนั้นไปอย่างช้า ๆ โดยการทำงานที่เป็นกระบวนการของความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Mourning Proceeds) แต่ถ้าลิบิโดหรือพลังขับทางเพศเข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รักภายในจิตไร้สำนึก ภาวะซึมเศร้าจะเรื้อรังอยู่เป็นเวลานานกว่าปกติจนกลายเป็นกระบวนการของความรู้สึกเจ็บปวดที่เรื้อรังและนานกว่าปกติ เนื่องจากเกิดภาวะของการถดถอย (Regression) กลับไปสู่ระยะแรกของกระบวนการลอกเลียนแบบ (Identification) คือ ระยะขั้นปาก (Oral Stage) ทำให้สิ่งอันเป็นที่รักสูญเสียไปนั้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของอีโก้ โดยบุคคลนั้นมักจะเลียนแบบทำอีโก้ให้เหมือนกับสิ่งอันเป็นที่รักที่สูญเสียไป เช่น ถ้าพ่อเสียชีวิต ลูกชายมักจะทำตัวให้เหมือนพ่อโดยรับช่วงทำงานที่พ่อเคยทำมาก่อน ปรึกษาทางและพฤติกรรมแบบเดียวกับพ่อ หรือผู้ป่วยโรคจิตคนหนึ่งได้กล่าวว่า ตนเองได้ทำความผิดที่พ่อเป็นคนก่อขึ้นทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยเองไม่เคยทำผิดในเรื่องนั้นเลย แต่เนื่องจากความคิดในอุดมคติ (Ego Ideal) หรือมโนธรรม (Conscience) ซึ่งเป็นศีลธรรมประจำใจที่ปลูกฝังมาตั้งแต่เล็กทำให้กระทำแต่สิ่งที่ดี จะกระทำการดูถูกหรือดิเคียนความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก

ภายในอีโก้ ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งอันเนื่องมาจากรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (Conflict of Ambivalence) ขึ้นภายในจิตใจ ผลที่ตามมาคือ บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกดิเคียน และกล่าวโทษตนเอง รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน (Loss of Esteem) รู้สึกดูถูกตนเอง (Self-Vilification or Delusional Belittling) รวมทั้งมีรูปแบบของการวิจารณ์และติเตียนตนเอง (Self-Criticism) ซึ่งความคิดดังกล่าวจะเป็นพลังผลักดันในทางทำลายและจะมีลักษณะคิดซ้ำ ๆ ย้อนไปย้อนมาภายในจิตใจ โดยการแสดงออกของบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าจะหมุนกลับมา กลายเป็นความรู้สึกก้าวร้าว ซึ่งจะเป็นความรู้สึกก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น แต่ในบุคคลซึ่งไม่สามารถแสดงความรู้สึกก้าวร้าวออกมาได้ ก็จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงสภาพของการย้อนเข้าทำลายตนเอง (Introjection) ของอีโก้ซึ่งสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักไป

3. ทฤษฎีทางสังคม (Social Theories)

สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีต ประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพ ปรับตัวให้เข้ากับสังคมดังกล่าวไม่ได้เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวตามมา การขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการประสบกับการสูญเสียของกลุ่มสมรส เช่น การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต (Miller, 1995)

นอกจากนี้ตามทฤษฎีสังคม (Social Theory) ที่ว่าบุคคลมีงานที่จะต้องพัฒนาไปตามวัย (Developmental Tasks) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกันไปตามแต่ละช่วงชีวิต เฮฟวิงเฮิร์ส (Havighurst, 1986 อ้างถึงใน เกษม ตันติลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 13) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีงานที่จะต้องพัฒนาใน การต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ การปรับตัวให้เข้ากับภาวะเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านการเงิน การปรับตัวต่อการตายของกลุ่มสมรส การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบของสังคมใหม่ และความรับผิดชอบในฐานะพลเมือง การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เป็นอยู่ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถพัฒนาตนเองตามช่วงชีวิตนี้ได้จะแสดงปฏิกิริยาออกมาเพื่อเผชิญกับภาวะกดดันโดยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

จากทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น แต่ละทฤษฎีพยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในบุคคล แต่ก็ยังไม่มียทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งโดยเฉพาะที่สามารถบอกได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่แท้จริงมาจากสาเหตุอะไร

การวินิจฉัยโรคและอาการ ในปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าขึ้น คือ การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fourth Edition: DSM-IV) ภายใต้หัวข้อ Major Depressive

Episode โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการที่สังเกตได้ดังต่อไปนี้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2541, หน้า 124-125)

1. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 ข้อ ใน 9 ข้อ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการหลักอาการใดอาการหนึ่ง ระหว่าง อารมณ์ซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขเกิดขึ้นร่วมด้วย อาการทั้ง 9 อย่าง ได้แก่

1.1 อารมณ์เศร้าหมอง (Depressed Mood) เกือบตลอดเวลาหรือเกือบทุกวัน ซึ่งเป็นความรู้สึกของตัวผู้ป่วยเอง หรือเป็นสิ่งที่ผู้อื่นสังเกตได้

1.2 ขาดความสนใจหรือขาดความพึงพอใจ (Loss of Interest or Pleasure) ในกิจกรรมทุกชนิด อาการเป็นเกือบตลอดเวลา หรือเกือบทุกวัน ผู้ป่วยรู้สึกเองหรือจากผู้อื่นสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีความเฉื่อยชา เชื่องซึมเกือบตลอดเวลา

1.3 น้ำหนักของร่างกายลดลงโดยที่ไม่ได้ลดน้ำหนัก หรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน (เช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิมภายในเวลา 1 เดือน) หรือมีความอยากอาหาร (Appetite) เพิ่มขึ้นหรือลดลงเกือบทุกวัน

1.4 นอนไม่หลับ (Insomnia) หรือนอนมากกว่าปกติ (Hypersomnia) เกือบทุกวัน

1.5 กระวนกระวายทั้งกายและใจ (Agitation) หรือเชื่องช้าเชื่องซึม (Retardation) เกือบทุกวัน จนเป็นสิ่งที่สังเกตเห็นของผู้อื่น (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น)

1.6 อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือพลังกายเกือบทุกวัน

1.7 รู้สึกไร้ค่า โทษตนเอง หรือรู้สึกผิดมาก (อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด) เกือบทุกวัน (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกถูกหรือสมเพชตนเองหรือรู้สึกผิดที่เป็นภาระแก่ผู้อื่นจากการป่วย)

1.8 ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ (Indecisiveness) เกือบทุกวัน (อาจเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเองหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

1.9 คิดถึงการตายซ้ำ ๆ (ไม่เพียงแต่การก่อดำชีวิตเท่านั้น) ย้ำคิดเรื่องอยากตาย โดยอาจจะวางแผนหรือไม่ได้วางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

2. อาการเหล่านี้ต้องไม่ตรงกับหลักเกณฑ์ของโรคจิตอย่างอื่น (Mixed Episode)

3. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

4. อาการเหล่านี้ต้องไม่เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือการใช้ยาหรือโรคทางกาย

5. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่ได้เป็นผลมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) นอกจากนี้จะมีอาการต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 2 เดือน หรือมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคมหรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคซึมเศร้าในวัยอื่น ซึ่งมีการแสดงออกได้หลายด้าน โดย เบค (Beck, 1967) ได้จัดหมวดหมู่ของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

1. อาการแสดงออกทางด้านร่างกาย (Physical Symptoms) ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงเฉพาะที่ (Severe Localized Pain) ซึ่งสัมพันธ์กับการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) เป็นการแสดงออกของร่างกาย โดยมีผลมาจากจิตใจ ในเรื่องการลงโทษตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกผิดบาป (Guilt) ในอดีตที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ซึมลง ไม่พูด หรือในบางรายมีอาการลูกลี้ลูกลน

2. อาการแสดงออกทางด้านอารมณ์ (Emotional Symptoms) มีอารมณ์เศร้า หรือไม่มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยมาก มีอารมณ์ มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด กังวล และอยากจะร้องไห้ รู้สึกหมดหวัง ไม่มีความหมาย รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า และว่างเปล่า ความรู้สึกนี้เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

3. อาการแสดงออกทางด้านสติปัญญา (Cognitive Symptoms) ขบวนการคิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จะถูกกระทบด้วยความคิดในแง่ลบ หรือการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ความคิดเกี่ยวกับตัวเอง และสิ่งแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนไป มีภาวะสับสน คิดหมกมุ่นแต่ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่มีสมาธิ ความจำบกพร่อง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และมีความคิดฆ่าตัวตาย

4. อาการแสดงออกทางด้านแรงจูงใจ (Volitional Symptoms) แรงจูงใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีลักษณะของการถดถอย ผู้สูงอายุมักชอบแยกตัว ลดกิจกรรมที่ตัวเองเคยปฏิบัติ ไม่อยากรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมใด ๆ จะพบว่าผู้สูงอายุมีลักษณะเฉยเมย นั่งซึม และคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเอง

ระดับความซึมเศร้า สำหรับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้จำแนกภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในบุคคล ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับอ่อน (Mild Depression) อาการซึมเศร้าอย่างอ่อน คือภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อมีเหตุการณ์ เช่น การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่มีค่า หรือมีความหมายต่อตน หรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เช่น อารมณ์เศร้าในขณะเหนื่อยมาก ๆ ขาดคนเห็นใจ แต่อาการก็หายได้เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

2. ระดับปานกลาง (Moderate Depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่รุนแรงกว่าระดับอ่อน ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีแรงจูงใจ การพูดจา เป็นไปอย่างลำบาก เชื่องช้า ซึ่งกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติภารกิจประจำวัน แต่ยังสามารถ ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3. ระดับรุนแรง (Severe Depression) คือ ภาวะอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่ว ๆ ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีอารมณ์เพื่อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน อาจมีความคิดทำลายตนเอง เนื่องมาจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนได้

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่ธรรมดา ตามความเข้าใจของคนทั่วไป เนื่องจากสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ สามารถแบ่งได้ เป็นผลกระทบทางตรงและผลกระทบทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

1. ผลกระทบทางตรง มีหลายประการ ดังต่อไปนี้

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญ ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้เกิดอันตรายต่อการแก้ไขปัญหาลักษณะที่ไม่ เหมาะสม อาจมีการฆ่าตัวตายตามมา จากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย จะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (Conwell & Brent, 1995 cited in Meddoughall, Bilixen, & Suen, 1997) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งมีถึงร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายทั้งหมด (Conwell, 1994 cited in Kurlowicz, 1997) จากการศึกษาใน ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าคนสูงอายุถึงแม้ว่าจะพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนหนุ่มสาวแต่อัตรา การฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่า (Devans, 1996) จากรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2543, หน้า 2; อรรถพรหม ทองแดง, 2542, หน้า 89) จากการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วย สูงอายุไทย ที่มีการวินิจฉัยทางโรคจิตเวชส่วนใหญ่พบว่าสาเหตุจากการมีอารมณ์ร่วมกันของ ความซึมเศร้าและวิตกกังวล และความซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงร้อยละ 42.5 และ 25 (ศิริรัตน์ นูนาค และศิริเกียรติ ชันตติลล, 2540) และจากรายงานการติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า เมื่อติดตามผล ในระยะ 2 ปี พบว่า มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 34 (Murphy et al., 1988 อ้างถึงใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543, หน้า 2)

1.2 มีการหลงลืม เพราะจะมีอาการแสดงที่สำคัญคือ การสูญเสียความจำ

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

2. ผลกระทบทางอ้อม มีหลายประการ ดังต่อไปนี้

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากไม่มีความอยากรับประทานอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหาร

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากความสนใจเรื่องต่าง ๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา (Conwell, Caine, & Olsen, 1990)

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง ลดน้อยลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรมจากการนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม แยกตัวเอง มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากบุคคลอื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า ความซึมเศร้าส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง มีผลเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Teata & Simonson, 1996 cited in Badger & Collins-Joyce, 2000, p. 238)

การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ (Multidimensional) มีการให้คำนิยามและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนี้ อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะทั่ว ๆ ไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ (Kranich, 1995) จึงมีบุคคลต่าง ๆ ได้สร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมากมาย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การประเมินความซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกตและการประเมินความซึมเศร้าโดยวิธีให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง หรือประเมินคำบอกเล่าที่ได้จากการสัมภาษณ์ แต่เนื่องจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสังเกตนั้น เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ผู้ประเมินต้องมีความรู้และความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้า รวมทั้งมีโอกาสผิดพลาดได้ง่ายเนื่องจากไม่สามารถประเมินได้ครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงนิยมใช้การประเมินโดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองหรือประเมินจากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ดังนี้ (Greist & Greist, 1979; Greist & Jefferson, 1992; Jacoby, 1997)

1. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง การใช้แบบประเมินนี้ในตอนแรกจะมีผู้สัมภาษณ์ แล้ว

ให้ผู้ป่วยตอบ หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้รอกคำตอบในกระดาษคำถามเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ

2. Zung Self-Rating Depression Scale เน้นการประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (Affect Disturbance) ด้านร่างกาย (Physiological Disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psychomotor Disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological Disturbance) เดิมเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาดสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

3. Zenssen Adjective Check List เป็นแบบประเมินที่มีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ และแต่ละข้อจะไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียดพอ มีข้อดีคือ ง่ายต่อการพิจารณาตัวเลือกต่าง ๆ ในการตอบ มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์ที่เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ โดยผู้ตอบเลือกคำคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียวให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด

4. Walkfield Self-Assessment Inventory เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถาม 12 ข้อ สะดวกต่อการนำไปใช้เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามไม่มากข้อจนเกินไปจึงได้รับความนิยมในการใช้ระยะหนึ่ง แต่ต่อมาได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีข้อจำกัดในเรื่องขาดความแตกต่างอย่างชัดเจนในเรื่องคะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับ การตัดสินใจในภาพรวม นอกจากนี้ยังไม่สามารถวินิจฉัยลักษณะทางคลินิกที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าได้ บางครั้งผู้ที่ได้คะแนนสูง อาจเกิดจากบุคคลนั้นมีปัญหาด้านอารมณ์และความเจ็บป่วยด้านร่างกายร่วมด้วย

5. Center for Epidemiological Studies-Depression Scales (CES-D Scale) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และการ์เดนอร์ (Gardner, n.d. cited in Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977) ออกแบบมาเพื่อวัดความซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าคะแนนของแบบสอบถามมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์ตัดสินของคะแนนนั้นถือว่าผู้ที่ได้ 16 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้า วิธีการให้คะแนนของ CES-D Scale ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ คะแนน 3 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นบ่อย (5-7 วันใน 1 สัปดาห์) คะแนน 2 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความก่อนข้างบ่อย (3-4 วันใน 1 สัปดาห์) คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อยมาก

(น้อยกว่า 1 วัน ใน 1 สัปดาห์) หรือไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย สำหรับข้อคำถามด้านตรงข้ามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 4, 8, 12 และ 16 ให้คะแนนตรงกันข้าม ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย และง่ายต่อการแปลผล ส่วนข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissman et al., 1977)

6. Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าจาก อารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative Will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) และการแยกตัว (Isolation) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ข้อดีคือสะดวกต่อการนำไปใช้และเข้าใจได้ง่าย มีข้อจำกัดคือไม่สามารถนำไปประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการคิดรู้ อ่านหนังสือ ไม่ออก ขาดทักษะการเขียน และบกพร่องด้านสติปัญญา หรือการรับรู้ และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินอาการที่เกิดขึ้นทั่วไป เช่น ความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหาร และไม่สามารถใช้แยกอาการซึมเศร้าที่เกิดเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุได้ (Onega & Abraham, 1998)

ในประเทศไทย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ได้รวบรวมบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คนจาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยขึ้น ใช้ชื่อว่าแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัดความซึมเศร้าของเขชนาวจ และคณะ ลักษณะของแบบวัดความซึมเศร้านี้เป็นการตอบข้อคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อคำถาม สำหรับการให้คะแนนจะเป็นระบบได้ 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะของข้อคำถามจะเป็นความรู้สึกด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ได้แก่ ข้อที่ 1,5,7,9,15,19,21,27,29 และ 30 ถ้าตอบไม่ใช่ในข้อคำถามเหล่านี้จะได้ข้อละ 1 คะแนนส่วนที่เหลืออีก 20 ข้อซึ่งเป็นความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน กลุ่มผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศไทย ซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 ราย เพศหญิง 154 ราย ผลพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาที (ค่าช่วงอยู่ระหว่าง 10-15 นาที) จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 0.93 สำหรับเกณฑ์ในการตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุไทยนั้น กำหนดค่าปกติในคนไทยสูงอายุเท่ากับ 12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีความเศร้ารุนแรงเท่ากับ 25-30 คะแนน (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง,

2537, หน้า 1-6) จึงสรุปว่า แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยฉบับนี้มีความตรงและความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดนี้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่สะดวกเข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย และมีความเที่ยงตรงสูง

การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีหลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Burnside, 1988; Lazarus, 1984; Walker & Covinton, 1984; สุตสาব্য จุลกัทัพพะ, 2540)

1. การใช้ยา (Pharmacotherapy) ยารักษาอารมณ์ซึมเศร้า (Antidepressant) ที่ใช้บ่อยประกอบด้วยยากลุ่มต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ยาด้านอาการซึมเศร้า (Tricyclic Antidepressant) เป็นยารักษาอาการซึมเศร้าที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่ Imipramine (Tofranil), Amitriptyline (Tryptanal), Clomipramine (Anafranil), Dothiepin (Prothiaden), Nortriptylin (Nortrilin) ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์รักษาอาการซึมเศร้าได้ดี แต่มีอาการข้างเคียง คือ มีผลต่อระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ออกฤทธิ์ด้าน โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic Effects) ที่ทำให้มีอาการตาพร่ามัว ท้องผูก ปากแห้ง ใจสั่น ปัสสาวะไม่ออก หุดไม่ชัด ประสาทหลอน อาจมีอาการเป็นลมหน้ามืดเวลาลุกขึ้น (Orthostatic Hypotension) และมีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน (Sedation) ผลข้างเคียงจากยาจะสูงถ้าผู้ป่วยได้รับในขนาดสูง โดยเฉพาะในรายที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้สูงอายุสามารถเกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากกว่าร้อยละ 70 ยาในกลุ่มอาการซึมเศร้านี้มี Nortriptyline ซึ่งมีฤทธิ์ ทำให้ง่วงนอนและอาการข้างเคียงไม่สูงมาก จึงใช้ได้ดีในผู้สูงอายุ ขนาดยาที่ใช้คือ 25-250 มิลลิกรัม ต่อวัน ควรเริ่มใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าก่อนแล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นอย่างช้า ๆ อาการแรกของผู้ป่วยดีขึ้นเร็วก็จะเป็นอาการนอนไม่หลับ ส่วนอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ ความไม่สนใจสิ่งแวดล้อมจะค่อย ๆ ดีขึ้น ภายในสัปดาห์ที่ 3-4 จากอาการข้างเคียงที่กล่าวแล้ว ทำให้มีการผลิตยาตัวใหม่เพื่อลดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น Mianserin (Tolvon) เป็นยากลุ่ม Tetracyclic Antidepressant จะออกฤทธิ์ด้าน โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) และออกฤทธิ์ต่อหัวใจต่ำ มีฤทธิ์ Sedation สูงจึงใช้ในผู้ที่มีปัญหานอนไม่หลับได้ดี แต่ในปัจจุบันพบว่า มี Blood Dyscrasia จึงควรตรวจ CBC อย่างสม่ำเสมอ ขนาดที่ใช้ 10-90 มิลลิกรัม ต่อวัน Trazodone เป็นยาในกลุ่ม Non-Tricyclic จะมีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง แต่จะปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ขนาดที่ใช้คือ 50-200 มิลลิกรัมต่อวัน

1.2 ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่ซีโร โดมิน (Selective Serotonin-Reuptake Inhibitor: SSRI) ได้แก่ ยา Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline จะมีผลในการรักษาอาการซึมเศร้าได้ดี และมีฤทธิ์กระตุ้นเล็กน้อย (Stimulation) ดังนั้นจะได้ผลดีในผู้ที่ไม่มีปัญหาทางด้านการนอนหลับ อาการข้างเคียงของยากลุ่ม Tricyclic จะไม่พบ หรือพบน้อย แต่จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง

ปวดหัวได้บ่อย ขนาดยาที่ใช้ควรใช้ในขนาดที่ต่ำที่สุดและควรให้ในเวลาเช้า เพื่อป้องกันการนอนไม่หลับจากฤทธิ์กระตุ้น ยกเว้น Fluvoxamine จะให้ในเวลาเย็นหรือก่อนนอนได้ ยากลุ่มนี้จะมีราคาแพง ในขณะนี้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าไม่มาก การรักษาแบบผู้ป่วยนอกสามารถทำได้แต่ควรต้องติดตามอย่างสม่ำเสมอ ยาที่ใช้กลุ่ม Tricyclic Antidepressant ยังมีส่วนใช้ได้ดี เนื่องจากราคาถูกและผู้ป่วยสามารถทนกับอาการข้างเคียงได้เนื่องจากใช้ขนาดที่ไม่สูง

1.3 ยาลดความวิตกกังวล (Anxiolytic Drugs) อาจจะใช้ร่วมในรายที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือเพื่อต้องการลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วย (Agitated Depression) หรือเพื่อใช้เป็นยานอนหลับ ยาที่ใช้ได้แก่ Lorazepam (Ativan) ในขนาด 0.5-2 มิลลิกรัม ต่อวัน ถ้าไม่มี Lorazepam อาจใช้ Diazepam ได้ แต่ขนาดที่ใช้ควรลดน้อยลงกว่าขนาดปกติที่ใช้ทั่วไป

1.4 ยานอนหลับ (Hypnotic Drugs) ยานอนหลับที่ใช้ควรใช้กลุ่มที่มี Shorter Acting Drugs เช่น Triazolam (Halcion), Temazepam (Euhypnos) ยานอนหลับจะใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเข้านอนแล้วหลับยาก และไม่ควรใช้ต่อเนื่อง

1.5 ยาค้านโรคจิต (Antipsychotic Drugs) ในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหรืออาการทางจิตร่วมด้วยการใช้ยา Antipsychotic จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นโดยเร็ว การใช้ควรคำนึงถึงอาการข้างเคียงของยาร่วมด้วย และใช้ในขนาดที่ต่ำที่สุดและค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้น ยาที่นิยมใช้ เช่น Perphenazin 2-12 มิลลิกรัม ต่อวัน Haloperidol 5-10 มิลลิกรัม ต่อวัน

1.6 ยาควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilising Drugs) ซึ่งได้แก่ ลิเทียม (Lithium) ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุเนื่องจากอาจเกิด Toxicity ได้ง่าย ยกเว้นในกรณีของผู้ที่เป็น Bipolar Mood Disorder การใช้ Lithium จะมีประโยชน์

2. การรักษาโดยใช้ไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) จะเป็นการรักษาที่เลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง มีปัญหาด้านสุขภาพ การรักษาด้วยยาใช้ไม่ได้ผล มีความคิดฆ่าตัวตาย ปฏิเสธการกินอาหารและน้ำ ในผู้สูงอายุการใช้ไฟฟ้ารักษาจะค่อนข้างปลอดภัยและทำให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้นได้เร็ว ดังนั้นควรส่งต่อให้พบจิตแพทย์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและมีอันตรายต่อตนเอง

3. การรักษาทางจิตใจและทางสังคม (Psychosocial Approaches) การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าในปัจจุบันไม่เน้นการรักษาทางกายโดยการให้ยาอย่างเดียว ผู้รักษาควรที่จะให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดี การรักษาทางจิตใจและสังคมที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

3.1 การให้คำปรึกษา (Counseling Skill) เป็นการให้คำปรึกษา โดยที่จะเน้นที่ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งการปรับตัว เช่น การให้คำปรึกษาในบุคคล

ที่พบความสูญเสีย (Bereavement Counseling)

3.2 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจ เป็นวิธีที่ไม่นิยมใช้ในผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ใช้เวลาในการดูแลนานและเกิดภาวะฟุ้งฟิงได้ง่ายซึ่งเป็นอุปสรรคในการรักษา การใช้การทำจิตบำบัดเป็นกลุ่ม (Group Psychotherapy) จะได้ผลการรักษาดีในผู้สูงอายุ

3.3 การบำบัดแนววิธีคิดและตัวบุคคล (Cognitive Therapy and Interpersonal Therapy) เป็นการรักษาที่ใช้กันมากในปัจจุบัน โดยมีหลักคือ เพื่อแก้ไขปรับปรุง (Modified) พฤติกรรม (Behavior) และแนววิธีคิดของผู้ป่วย (Modes of Thinking) วิธีปฏิบัติคือ จัดตารางบันทึกส่วนที่ดีและไม่ดีของความคิดและมอบหมายงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข โดย Cognitive Therapy จะปรับปรุงความคิดที่เกิดขึ้นในด้านลบเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ส่วนการบำบัดตัวบุคคล (Interpersonal Therapy) จะเน้นการปรับปรุงในด้านความคิดหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดซึมเศร้าจากความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Close Relationships) เช่น การฝึกทักษะภายในตัวบุคคล (Interpersonal Skill Training) การแสดงบทบาทสมมุติ (Role Playing)

3.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) คือ การใช้หลักการเรียนรู้ (Learning Process) มาใช้แก้ไขอาการซึมเศร้า โดยให้บุคคลรู้ถึงปัญหาของตนและวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลได้รับประสบการณ์ในด้านบวกในชีวิตเพิ่มขึ้น เช่น การให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยมีอาการ ความคิด หรือการกระทำในด้านดีต่อตนเอง เช่น การชม การยิ้ม ของแพทย์ พยาบาลและบุคคลในครอบครัวจะช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้เร็ว

3.5 การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล (Stress and Anxiety Management) จะใช้ได้ดีใน Agitated Depression เพื่อลด Anxiety ของผู้ป่วย ตัวอย่างวิธีการที่ใช้คือ การฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง (Progressive Relaxation)

3.6 การใช้ครอบครัวในการบำบัด (Family Therapy) การประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ควรที่จะหาข้อมูลทางครอบครัวร่วมด้วย เช่นความสัมพันธ์ ความถ้อยห่างในการเยี่ยมผู้ป่วย นอกเหนือจากการวินิจฉัยทางจิตเวชเพียงอย่างเดียว เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งเวลาที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดี การทอดทิ้งผู้สูงอายุ การขาดการเอาใจใส่ และการไม่เข้าใจผู้สูงอายุ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีอาการกลับเป็นซ้ำหรือไม่หายจากการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นการพบญาติและสมาชิกในครอบครัวเพื่ออธิบายและหาแนวทางในการป้องกันและดูแลเป็นสิ่งที่ควรทำ ซึ่งการใช้ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) จะสามารถช่วยได้

3.7 การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคมให้ผู้สูงอายุ (Social Treatment) เพื่อลดอาการแยกตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การใช้กลุ่มบำบัด (Group Therapy) โดยให้ผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้ ควบไว้ซึ่งการมีกิจกรรมที่สนุกสนาน เพลิคเพลิน จะช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ (Recreation) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) การใช้บริการการดูแลจากโรงพยาบาลในช่วงกลางวัน (Day Care-Hospital) การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ เป็นต้น

3.8 การทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง (Life Review and Reminiscence) โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงชีวิตของตน เรื่องราวในอดีตที่อยู่ในความทรงจำและประทับใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Self-Esteem)

ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

กมลพรรณ หอมนาน (2539, หน้า 37) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

กิบสัน (Gibson, 1980, p. 8) ที่ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรักความเป็นเจ้าของแล้วบุคคลจะรู้สึกว่าตนเอง มีประโยชน์ และต้องการแสดงความสามารถต่างๆ ที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความสามารถที่จะบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ

คูเปอร์สมิท (Coppersmith, 1967) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแสดงออกในแง่ของการยอมรับและไม่ยอมรับตนเอง แสดงให้เห็นถึงขอบเขตของความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ใน 4 ด้าน คือ 1) ความสำคัญ (Significant) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังเป็นที่รักซึ่งพิสูจน์ได้โดยการ ให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของตนเอง 2) ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่พิจารณาถึงความสำคัญโดยการกระทำ 3) คุณความดี (Virtue) เป็นการบรรลุซึ่งมาตรฐานตามศีลธรรมและจริยธรรม และ 4) พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเองและผู้อื่น

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกยอมรับ นับถือตนเองและรับรู้คุณค่าของตนเอง (Self - Worth) มาสโลว์ (Maslow, 1970)

ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมี
ความสามารถ พารেন্ট และวอลล์ (Parent & Wall, 1984) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง
ว่าเป็นการที่บุคคลจะประเมินตนเองว่าพอใจหรือไม่พอใจตัวเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็น
บุคคลสำคัญ ประสบความสำเร็จในหลาย ๆ ด้าน และเป็นผู้ที่มีคุณค่า

กล่าวโดยสรุป การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานสุขภาพจิตของมนุษย์ เป็นทักษะหรือ
ความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเอง ขอมรับตนเองว่ามีความสำคัญสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบ
ความสำเร็จได้ และได้รับการยอมรับนับถือจากคนอื่น ๆ มีความจำเป็นมากต่อการดำเนินชีวิตอย่าง
ปกติสุข จะเกิดและพัฒนาขึ้นหลังจากที่บุคคลนั้นได้รับการตอบสนองทางร่างกาย มีความปลอดภัย
ได้รับความรักและเป็นเจ้าของ และเมื่อบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงแล้วก็จะทำให้บุคคลนั้น
พึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ เพลิดเพลินโลกใต้อย่างมั่นใจ แต่ถ้าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ก็
จะทำให้รู้สึกต่ำกว่าตนเองไร้ค่า หมดความสามารถ ท้อแท้ หมดกำลังใจ และไม่สนใจดูแลตนเอง สูญเสีย
การพึ่งพาตนเอง ไม่มั่นใจและอาจส่งผลต่อจิตใจให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยทางร่างกาย
และจิตใจตามมาได้

องค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเอง บาร์รี่ (Barry, 1989, pp. 90-100) ได้แบ่ง
ออกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (The Body Self) หมายถึง บุคลิกภาพ ความรู้สึกต่อรูปร่าง
และหน้าที่ของร่างกายตลอดจนความสามารถขั้นพื้นฐานของร่างกาย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (The Interpersonal Self) หมายถึง การที่
บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับวิธีที่ตนมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนที่สนิทสนม คู่เนยหรือ
บุคคลที่พบโดยบังเอิญ
3. ความสำเร็จของตนเอง (The Achieving Self) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับความ
สามารถของคนที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การทำงาน
4. ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (The Identification Self) เป็นความรู้สึกของบุคคล
ทางนามธรรมและพฤติกรรมแสดงความสนใจทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ

นอกจากนี้ ทาฟท์ (Taft, 1985, p. 79) ได้กล่าวถึงกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการเห็น
คุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินตนจากการยอมรับในสังคม กระบวนการนี้มีพื้นฐานมาจาก
แนวคิดการมองตนเองของคูเลย์ (Cooley) โดยอาศัยกระจกมองตนเอง (Looking Glass Self) ซึ่ง
ประเมินจากการยอมรับของผู้อื่น นับว่าเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองจากภายนอก (Outer - Self
Esteem) การประเมินความรู้สึกตนเองต่อการยอมรับเกี่ยวกับผลสำเร็จของตน ซึ่ง ประเมินตนจาก

ผลของการกระทำและความสำเร็จ นับว่าเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองจากภายใน (Inner - Self Esteem)

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำนั้น คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1967) กล่าวว่าบุคคลสามารถแสดงการเห็นคุณค่าในตนเองจากลักษณะท่าทาง น้ำเสียง คำพูด กิริยา และการกระทำซึ่งอาจจะแสดงออกอย่างรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ โดยบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความสอดคล้องกลมกลืนกันในลักษณะทั้งหมดของ “ตน” รับรู้คุณค่าของตนตามความเป็นจริง พร้อมทั้งสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม มีความกระตือรือร้นเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการทำงานได้ประสบความสำเร็จ รับผิดชอบและสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้ ส่วนบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่ไม่สอดคล้องกลมกลืนกันของ “ตน” มักจะใช้กลไกในการป้องกันตัวเอง รับรู้ว่าตนเองด้อยค่า หรือมีคุณค่าเกินความเป็นจริงส่งผลให้คนเหล่านี้รู้สึกเป็นปมด้อย กังวล เก็บตัว แสวงหาการยอมรับจากบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง หวั่นไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้

เคอรา (Khera, 1998, p. 99) มีความเห็นว่าลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำนี้จะมีการแสดงออกมาให้เห็นและแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่ง เคอราได้รวบรวมลักษณะและพฤติกรรมที่แสดงถึงการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำไว้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ
- พูดในสิ่งที่ตนเองคิด (Talk about Ideas)	- พูดคุยเกี่ยวกับผู้อื่น (Talk about People)
- มีทัศนคติเกี่ยวกับการห่วงใยดูแล (Caring Attitude)	- มีทัศนคติเกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Attitude)
- มีความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility)	- มีความเย่อหยิ่ง จองหอง (Arrogance)
- เคารพในอำนาจ (Respects Authority)	- ต่อต้านอำนาจ (Rebels Against Authority)
- เคารพในการพิสูจน์ความคิด (Confidence)	- ก้าวต่อไปเพื่อแสวงหาสิ่งที่ต้องการ (Goes Along to Get Along)
- ความมั่นใจ (Confidence)	- มีความสับสน วุ่นวายใจ (Confusion)
- เกี่ยวพันกับลักษณะเฉพาะตัว (Concerned about Character)	- มีความเกี่ยวข้องกับการมีชื่อเสียง (Concerned about Reputation)
- มีความกล้าแสดงออก (Assertive)	- มีความก้าวร้าว รุนแรง (Aggressive)
- มีความรับผิดชอบ (Accept Responsibility)	- มักตำหนิหรือโทษสิ่งอื่น (Blames the Whole World)
- มีความสนใจในตนเอง (Self-Interest)	- มีความเห็นแก่ตัว มีความละโมภ (Selfish)
- มองโลกในแง่ดี (Optimistic)	- เชื่อถือในโชคกลาง (Fatalistic)
- มีความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ (Understanding)	- เชื่อว่ารู้ทุกสิ่ง (Know it All)
- ชอบการเรียนรู้ (Willing to Learn)	- โกรธง่าย อารมณ์เสีย ใจน้อย (Touchy)
- อ่อนไหว ไวต่อความรู้สึก (Sensitive)	- มีความโดดเดี่ยวเดียวดาย (Lonely)
- มีความสันโดษ (Solitude)	- ชอบการโต้แย้ง (Argue)
- ชอบการอภิปราย (Discuss)	- เชื่อถือในคุณค่าของทั้งหมด (Believe in Net Worth Only)
- เชื่อถือในคุณค่าของตนเอง (Believes in Self-Worth)	- บิดเบือนความรู้สึกอิสระเสรี (Distorted Sense of Freedom)
- แนะนำไปในทางที่ดี (Guided)	- ชักนำไปในทางที่ผิด (Misguided)
- อยู่ในระเบียบวินัย (Discipline)	- มีแรงจูงใจจากภายนอก (Externally Driven)
- มีแรงจูงใจภายใน (Internally- Driven)	- ชอบดูถูกเหยียดหยามผู้อื่น (Look Down on Others)
- เคารพและยอมรับผู้อื่น (Respect Others)	- พฤติกรรม แสดงความหยาบคาย (Enjoys Vulgarly)
- มีความรู้สึกราบเรียบร้อย (Enjoy Decency)	- ไม่รู้จักขอบเขต (Everything Goes)
- รู้จักขอบเขต (Know Limit)	- เป็นผู้รับ (Taker)
- เป็นผู้ให้ (Giver)	

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิตที่เกิดจากการที่บุคคลพิจารณา และประเมินตัวเองจากการกระทำและการประสบความสำเร็จในสถานการณ์ต่าง ๆ แล้วก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (ภคมิช ต่วนชะเอม, 2545; กมลพรรณ หอมนาน, 2539) มูห์เลนแคมป์และเซย์เลส (Muhlenkamp & Sayless, 1998, p. 334) กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปรากฏการณ์ของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงอายุขัย นอกจากนี้ไคร์ฟเวอร์ (Drieve, 1984) ยังกล่าวว่ากระบวนการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นตามอายุซึ่งจะเปลี่ยนแปลงมากในช่วงวัยรุ่นจนถึงผู้ใหญ่ตอนต้นและเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงน้อย และจะเปลี่ยนแปลงอีกครั้งเนื่องจากเข้าสู่วัยสูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากร่างกายอยู่ในวัยเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบต่าง ๆ นอกจากนี้ยังเปลี่ยนไปตามบทบาททางสังคมอีกด้วย ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหาคำแนะนำที่ความรับผิดชอบทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ ความรู้สึกที่เคยได้รับการยอมรับในบทบาทมีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดอำนาจ หมดความสามารถ เกิดความคับข้องใจ ไม่พอใจในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง โดยจะลดลงจากอายุ 50-80 ปี (Hooyman & Kiyak, 1988) เอิร์สท์ และเมทคาล์ฟ (Hirst & Metcalf, 1984, p. 74) ได้อธิบายถึงภาวะการณ์ที่ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปมีดังนี้

1. บทบาท (Role) เมื่อบุตร ธิดาบรรลุนิติภาวะและสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง บทบาทความเป็นบิดา มารดาจะลดลง บทบาทในการทำงานหมดไป และบทบาทของสามีหรือภรรยาหมดไปจากการเสียชีวิตของคู่สมรส สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งในปัจจุบันสังคมยังไม่สามารถสร้างบทบาททดแทนให้กับบทบาทที่เสียไปของผู้สูงอายุ
2. การสัมผัส (Touch) เป็นปัจจัยพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาของหลาย ๆ ท่านพบว่าผู้สูงอายุต้องการการสัมผัส (Touch Hungry) เนื่องจากผู้สูงอายุสูญเสียแหล่งของการสัมผัส เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต ขาดการใกล้ชิดกับบุตรหลาน
3. สัมพันธภาพที่มีความหมาย (Meaningful Relationship) การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลมีการยอมรับตนเอง และเป็นการฝึกปฏิบัติทักษะทางสังคม การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การจากไปของคู่ครอง ญาติหรือเพื่อน และการห่างไกลของบุตรหลาน ทำให้ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นลดลง
4. เพศ (Sexuality) ในที่นี้มีความหมายมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมั่นคง เมื่อรับรู้ว่าคุณค่าตนเองยังเป็นคนที่มีความหมาย และเป็นที่ต้องการทางเพศของผู้อื่น

5. การพึ่งตนเอง (Independence) หมายถึง การที่สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยากจะเลือกมีชีวิตช่วงปลายให้เหมือนกับชีวิตที่ผ่านมา แต่มักจะเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการควบคุมตนเอง และเสี่ยงต่อการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6. ขอบเขตของความรู้สึกเป็นส่วนตัวของบุคคล (Space) หมายถึง ความสัมพันธ์ของ 3 ส่วน ได้แก่ อาณาเขต (Territory) ขอบเขตเฉพาะของบุคคล (Personal Space) และความเป็นส่วนตัว (Privacy) อาณาเขต คือ บริเวณทางด้านกายภาพ ที่อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้เป็นเจ้าของ ส่วนขอบเขตเฉพาะของบุคคล ไม่สามารถมองเห็นด้วยตา และมีการเปลี่ยนแปลงตามความต้องการ และอารมณ์ สำหรับความเป็นส่วนตัว หมายถึง สิทธิอันชอบธรรมที่บุคคลจะรักษาข้อมูลส่วนตัว ไม่ให้คนอื่นรับรู้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและภาวะของโรค ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความรู้สึกที่เป็นส่วนตัว รู้สึกตัวเองถูกรุกราน ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง

หากองค์ประกอบเหล่านี้ถูกรบกวนกระเทือนมากการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะลดลง ในทางตรงข้ามหากองค์ประกอบเหล่านี้ถูกรบกวนกระเทือนน้อยผู้สูงอายุก็น่าจะรักษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้

การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ วิกกินส์ และกิลส์ (Wiggins & Giles, 1984, p. 18 cited in Wiggins et al., 1971) มีความเห็นว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุนั้นสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงให้เพิ่มมากขึ้นได้และจะเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีความเชื่อมั่นว่าจะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มองโลกในแง่ดีและเป็นผู้ที่มีสมรรถภาพในการทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1967, pp. 37-38) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการที่จะทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น 4 ประการ ดังนี้

1. การได้รับการยอมรับนับถือ ความสนใจใส่ใจจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต
2. การประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งจะทำให้เป็นที่รู้จักและมีผลต่อสถานภาพและตำแหน่งในสังคม โดยมีปัจจัยที่จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณประสบความสำเร็จคือการมีอำนาจ การมีความสำคัญ การมีคุณงามความดี น่าเชื่อถือศรัทธาและการมีความสามารถ
3. การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนา
4. การไม่ใส่ใจต่อสิ่งที่ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองของบุคคลลดลง เช่น การไม่ใส่ใจต่อข้อวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการวัดความรู้สึกพึงพอใจในตนเองของบุคคลจึงกระทำได้ค่อนข้างยาก แต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้สร้าง

แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้หลายแบบ ดังต่อไปนี้

1. การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าโดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย 2 ตำแหน่งบนเส้นตรงที่กำหนดให้ (Graphic Descriptive of Self - Esteem) (Makay & Gaw, 1975 cited in Rosenberg, 1979) ตำแหน่งแรกแทนตัวตนที่แท้จริงหรือตัวตนที่เราคิดว่าเป็นอยู่ (Real Self) และตำแหน่งที่สองแทนตัวตนที่เราอยากเป็น (Ideal Self) ผลการประเมินได้จากการพิจารณาคำแห่งของเครื่องหมายทั้งสอง ถ้าตำแหน่งทั้งสองห่างกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

2. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith Self-Esteem Inventory: SEI) เป็นแบบวัดที่ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยวิธีการรายงานตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านทั่วไป ด้านสังคม ด้านการงาน และกลุ่มเพื่อน

3. แบบวัดที่ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยวิธีการรายงานตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) แบบวัดความรู้สึกมีค่าดังกล่าวประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ สร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 (Rosenberg, 1965) ได้มีการนำมาใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งปรากฏว่าเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ (Mercer & Ferketich, 1988; Mercer, Ferketich, & DeJoseph, 1990 cited in Mercer, 1990) แบบวัดชุดนี้ได้ถูกทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นด้วยวิธีการต่าง ๆ หลายครั้งกับกลุ่มประชากรต่าง ๆ พบว่าแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับ 0.84-0.87 (Rosenberg, 1979)

สำหรับประเทศไทยนั้น พบว่า ได้มีผู้นำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยที่ดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการสูญเสียแขนขา พบว่าความตรงและความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) อยู่ระหว่าง 0.70 - 0.91 (กมลพรรณ หอมนาน, 2539; ดาริกา ธารบัวสวรรค์, 2540; สุพรรณิ สุ่มเล็ก, 2538) เขวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ได้นำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กมาแปลและดัดแปลง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.87 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กที่แปลและดัดแปลงโดย เขวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เคยนำมาใช้กับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีกทั้งจำนวนข้อคำถามมีไม่มากจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุ

ความหมายของการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) มีผู้ให้ความหมายดังนี้

สอ เสถบุตร (2533, หน้า 1219) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังหมายถึง การพูด หรือ การคิดถึง เหตุการณ์ต่างๆ ที่ล่วงมาแล้ว

สาธิตา ไควบุญงาม (2533, หน้า 17) กล่าวถึงการระลึกถึงความหลังว่า เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ที่อาจแสดงออกได้หลายทาง เช่น ทางความรู้สึกนึกคิด หรือการแสดงออกเป็นถ้อยคำ และภาษา

จกรม ทองจันทร์ (2544, หน้า 23) กล่าวว่า การระลึกความหลัง หมายถึง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุนำเหตุการณ์ในอดีตที่น่าสนใจมาย้อนคิด โดยมีขั้นตอนและเป้าหมายของการกระทำ

บัทเลอร์ (Butler, 1963, p. 65) ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังว่า การระลึกถึงความทรงจำในอดีตที่ผ่านมาของบุคคล เป็นกระบวนการพิจารณาการกระทำในอดีตของตนในหลายๆ ด้าน หลายๆแง่มุม และเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต (Life Review)

คิง (King, 1982 cited in Snyder, 1998) ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังว่า เป็นความทรงจำในอดีตที่ซึมผ่านการเวลา และมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

เบิร์นไซด์ และไฮท์ (Burnside & Haight, 1992, p. 855) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลัง เป็นพฤติกรรมธรรมชาติของผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มของพฤติกรรมที่จะหวนคิดที่ผ่านมานานมาก ๆ และเหตุการณ์นั้นต้องมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับตัวบุคคล

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, 1985 cited in Burnside & Haight, 1992) ได้ให้ความหมาย การระลึกถึงความหลังไว้ว่าเป็นการเรียกความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือความเป็นจริงที่ลืมมานานกลับมา (Recall to Mind a Long-Forgotten Experience or Fact) กระบวนการในการคิดหรือบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา (The Process or Practice of Thinking or Telling about that Experience) การระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา (A Remembered Experience) การระลึกถึงประสบการณ์ที่ไม่เคยลืม (An Account of a Memorable Experience often used in Plural) บางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายใต้จิตสำนึก (Something so Like Another as to Regarded as an Unconscious Repetition, Imitation, or Survival)

โควาช (Kovach, 1991) ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังว่า เป็นกระบวนการทางความคิดในการเรียกเหตุการณ์ในอดีตซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้บนพื้นฐานของความจริง

ฮาร์แรนด์ และบอลลัสเตเตอร์ (Harrand & Bollstetter, 2000, p. 19) ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังว่า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่มาจากความคิดที่มีความสัมพันธ์กับ

ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และเหตุการณ์นั้นต้องมีความสำคัญกับบุคคลนั้น

โดยสรุป การระลึกถึงความหลัง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เรียกความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิต มีการคิดถึงประสบการณ์ที่ผ่านในชีวิตทั้งในด้านบวกและด้านลบคือสิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และทำให้เกิดความผิดหวัง ท้อแท้ใจ การระลึกถึงความหลังเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น เป็นการนั่งคิดถึงเหตุการณ์ในอดีตเงียบๆคนเดียว การพูดเล่าให้ผู้อื่นฟัง ฯลฯ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง

1. ทฤษฎีขั้นตอนพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Stage of Development) ของ อิริคสัน (Erickson) โดยเป็นการอ้างถึง ระยะพัฒนาการขั้นสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นขั้นของความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์กับความรู้สึกสิ้นหวัง (Integrity Versus Despair) อธิบายว่าเมื่อคนสูงวัยขึ้น มักชอบมองย้อนกลับไปในอดีต เพื่อที่จะตรวจสอบและตัดสินใจว่า ชีวิตที่ผ่านมาทั้งหมดเขาได้ทำอะไรบ้าง ได้รับความสุข ความสำเร็จ และได้รับความสนใจอะไรบ้าง เขาได้ใช้ชีวิตให้มีค่าอย่างไรบ้างไหม ถ้าเขามีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่า ได้ทำทุกอย่างที่ตนควรกระทำ มักจะรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง รู้จักปล่อยวางอดีต รู้จักหาความสุข พึงพอใจกับชีวิตในวัยชรา ยอมรับสภาพความเป็นอยู่ตามสภาพความเป็นจริง เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ในทางตรงกันข้ามกับ ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตที่ผ่านมาอย่างไร้ค่า จะรู้สึกเศร้าและขมขื่นอยากกลับไปเริ่มต้นชีวิตใหม่ มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความสิ้นหวังทั้งตนเองและบุคคลรอบข้าง กลัวความตาย มองโลกและสังคมในแง่ลบ (นวลละออง สุภาพผล, 2527, หน้า 97)

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพจิตดี คือคนที่สามารถผสมผสานเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต กล่าวคือ เหตุการณ์ในอดีตของใคร่ยอมกำหนดชีวิตปัจจุบันของผู้นั้น สภาพปัจจุบันที่เพิ่มขึ้นและทุกข์ยากคือภาพสะท้อนที่เป็นไปในอดีต (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

3. ทฤษฎีการทบทวนชีวิต (Life Review) ของบัทเลอร์ (Butler, 1963, pp. 65-76) ที่กล่าวว่า โดยธรรมชาติแล้วจิตใจของคนจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ ก็โดยการย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกในจิตสำนึกที่เป็นประสบการณ์ในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคับข้องใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้และในขณะเดียวกันก็จะสำรวจใหม่อีกครั้งเพื่อแก้ไขความคับข้องใจนั้นและทำให้สมบูรณ์ขึ้น ซึ่งจะช่วยรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง บัทเลอร์ (Butler, 1963) แพทย์ทางชราวิทยา (Gerontology) กล่าวว่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีธรรมชาติชอบคิดและพูดถึงอดีต พฤติกรรมเช่นนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุสร้อยเศร้า จนถึงขั้นฆ่าตัวตายก็ได้ หรือรู้สึกปลื้มใจ พึงใจในตนเองก็ได้ หรือช่วยให้สามารถปรับตัวในช่วงชีวิตสูงวัยก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องราวที่เขานึกถึง

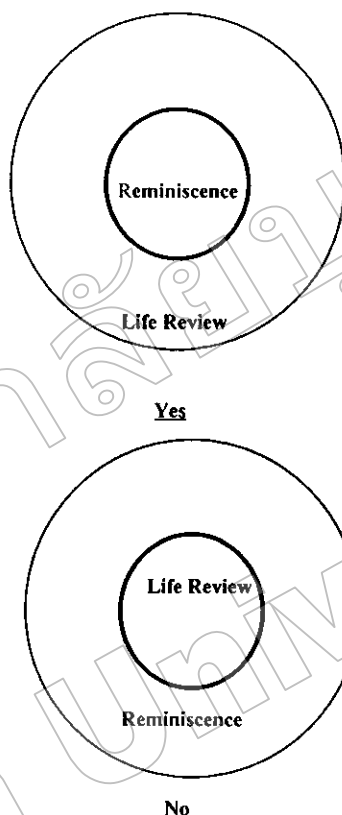
บัทเลอร์ยังนำธรรมชาติของการคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุมาสร้างกระบวนการรักษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เรียกว่า “Planned Reminiscence” นายแพทย์บัทเลอร์และคณะ พบว่า วิธีการทำจิตบำบัดแบบนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเองดีขึ้น ปรับตัวได้ดีขึ้น ยอมรับ และกล้าเผชิญความตายมากขึ้น รู้สึกสงบสุขทางกายและใจมากขึ้น (Lefrancosis, 1993; Papalia & Olds, 1995 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

4. แนวคิดการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) การระลึกถึงความหลัง มีรากฐานมาจากทฤษฎีการทบทวนชีวิต ซึ่งบัทเลอร์ (Bultler, 1963 cited in Burnside & Haigh, 1994) เป็นคนเสนอแนวคิดนี้เนื่องจากแนวคิดการระลึกถึงความหลังมีความคล้ายคลึงกับการทบทวนชีวิตและไม่มี ความชัดเจน จึงทำให้มีความสับสนในการนำไปใช้ เบิร์นไซด์ (Burnside, 1983) จึงได้อธิบายถึงคุณลักษณะของการทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง ดังนี้

ลักษณะของการทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง

1. การทบทวนชีวิต กระทำโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น ทางด้านจิตวิทยา ส่วนการระลึกถึงความหลัง เป็นบทบาทอิสระพยาบาล ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ
2. การทบทวนชีวิต เป็นการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytically Based Intervention) ส่วนการระลึกถึงความหลัง เป็นการส่งเสริมทางจิตสังคม
3. การทบทวนชีวิตเป็นเรื่องที่เข้าใจยากกว่าการระลึกถึงความหลัง การระลึกถึงความหลัง เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต
4. การทบทวนชีวิตเป็นการย้อนคิดในเรื่องที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผิด หรือขัดแย้ง เพื่อช่วยแก้ความรู้สึกเหล่านั้น และเพื่อช่วยให้มีความรู้สึกพร้อมในการตาย ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นการคิดย้อนหลังเพียงบางส่วนของชีวิต และเน้นความทรงจำที่มีความสุข
5. การทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง จะเริ่มจากการย้อนคิดถึงอดีตเหมือนกัน แต่ขณะย้อนคิดถึงอดีต การทบทวนชีวิตจะมีการวิเคราะห์ และประเมินผล ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นเพียงสรุปสั้น ๆ
6. การทบทวนชีวิตจะกระทำเป็นรายบุคคล ส่วนการระลึกถึงความหลังกระทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม
7. การทบทวนชีวิตมักจะกระทำในผู้ที่มีความจำดี ส่วนการระลึกถึงความหลังกระทำได้ทั้งผู้ที่มีความจำดี และผู้ที่มีความจำเสื่อม
8. การทบทวนชีวิตสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการบำบัดได้เหมือนกับการระลึกถึงความหลัง

จากความแตกต่างของการทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลังที่กล่าวมา สามารถนำเสนอด้วยแผนภาพเพื่อช่วยให้เข้าใจง่ายดังนี้



ภาพที่ 2 ความแตกต่างของการทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง

ชนิดของการระลึกถึงความหลัง เมอร์เรียม (Merram, 1989 cited in Jones, 1998) ได้แบ่งการระลึกถึงความหลัง ออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การระลึกถึงความหลังแบบธรรมดา (Simple Reminiscence) หมายถึง การย้อนคิดถึง ความหลัง โดยปราศจากการวิเคราะห์และประเมิน ซึ่งอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่นการได้กลิ่น หอมของดอกไม้ที่เคยประทับใจในอดีต ก็เกิดการย้อนคิดถึงอดีต หรืออาจเกิดขึ้นจากการร้องขอ เช่น “บอกฉันเกี่ยวกับงานครั้งแรกของคุณได้มั้ย” ก็เกิดการย้อนคิดได้เช่นกัน
2. การระลึกถึงความหลังเพื่อให้ข้อมูล (Informative Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึง ประสบการณ์ และความรู้ในอดีตของผู้สูงอายุ และเล่าสู่บุคคลรุ่นหลัง โดยการพูด หรือเขียน เช่น การเขียนชีวประวัติของตนเอง

3. การทบทวนชีวิต (Life Review) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังที่แตกต่างจากการระลึกถึงความหลังที่แตกต่างจากการระลึกถึงความหลังแบบธรรมดา และการระลึกถึงความหลังเพื่อให้ข้อมูล ทั้งวัตถุประสงค์และรูปแบบการทบทวนชีวิตเป็นการย้อนคิดถึงความหลังเพื่อแก้ปัญหาหรือความขัดแย้งในอดีต

การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ในอดีต เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล พยาบาลสามารถกำหนดหัวข้อ จัดกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลัง พยาบาลสามารถนำกระบวนการมาประยุกต์ใช้ในการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลัง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลัง พยาบาลสามารถกระทำได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย กระทำได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน กระทำได้ทั้งรายบุคคล หรือเป็นกลุ่ม (Hamilton, 1992; Snyder, 1998) การให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลัง เป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม ควรพิจารณาความเหมาะสม ดังนี้

1. การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล (One - to - One Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังของผู้สูงอายุเฉพาะราย ที่พยาบาลพยาบาลจะไม่กำหนดหัวข้อ หรือกำหนดหัวข้อ ซึ่งการกำหนดหัวข้อมักจะเป็นไปตามพัฒนาการของชีวิต เริ่มจากวัยเด็ก วัยรุ่น ชีวิตการทำงาน และวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น หากไม่ได้กำหนดหัวข้อในการระลึกถึงความหลัง จะให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวในอดีตไปเรื่อย ๆ ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุบางคนที่ไม่ทราบว่าจะเริ่มค้นตรงไหน สิ่งสำคัญในการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังรายบุคคล คือพยาบาลต้องเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) ไม่ขัดจังหวะ (Don't Interrupt) ให้การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ (Unique Human Being) และยอมรับด้วยการแสดงออกทางสีหน้าและความรู้สึก จำนวนครั้งของการระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคลหลากหลายขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุแต่ละคน จำนวนครั้งและระยะเวลาในการระลึกถึงความหลัง ประมาณครั้งละ 30-60 นาที และจำนวนครั้งประมาณ 6-10 ครั้ง (Snyder, 1998 ; Osborn, 1989) ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สถานที่ในการระลึกถึงความหลัง ต้องมีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการระลึกถึงความหลัง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น เงียบและมีแสงสว่างเพียงพอ มีความเป็นส่วนตัว การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางความคิด หรือเป็นคนเก็บตัวไม่กล้าบอกเล่าความหลังของตัวเองให้ผู้อื่นฟัง

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ดำเนินกิจกรรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายुरายบุคคล สรุปได้ดังนี้ (Burnside, 1988, pp. 625-653)

1.1 ต้องแน่ใจว่าผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สะดวกสบายบนเก้าอี้ (ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายก็ไม่สามารถจะทำการระลึกถึงความหลังได้)

1.2 ควรเลือกสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้สูงอายุ

1.3 ควรตรวจสอบความรู้สึกตัวและประสาทสัมผัส เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสับสนหรือไม่

1.4 ควรมีการประสานสายตากับผู้สูงอายุเป็นระยะ

1.5 ควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

1.6 ควรให้ความนับถือและใส่ใจผู้สูงอายุตลอดกระบวนการในเรื่องความอ่อนล้า ความเจ็บปวด หรือความวิตกกังวล

1.7 ควรระลึกถึงความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุเสมอ

1.8 อาจต้องใช้อุปกรณ์กระตุ้นความทรงจำของผู้สูงอายุ

1.9 ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มองสังคมในทางลบเป็นผู้ที่เข้มแข็งขึ้น

1.10 ควรให้การบำบัดอย่างช้า ๆ เหมาะกับความต้องการของผู้สูงอายุและปล่อยเวลาให้ผู้สูงอายุคิดและตอบสนองอย่างเพียงพอ

1.11 ควรระลึกว่าทุกอย่างเป็นการตัดสินใจของผู้สูงอายุเอง

1.12 ควรชี้แจงผู้สูงอายุอย่างกระจ่างและช้า ๆ และเขียนข้อความลงในกระดาษเพื่อเตือนความจำให้ผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุรู้ว่าการพบกันครั้งหน้าจะทำอะไรกันบ้าง มีจุดมุ่งหมายอย่างไร สถานที่และเวลาที่จะพบกัน

2. การระลึกถึงความหลังเป็นกลุ่ม (Group Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังเป็นรายกลุ่ม โดยมีสมาชิกประมาณ 4-10 คน (McMordie & Blom, 1979; Hamilton, 1992; Ebersole, 1976 a) ซึ่งสมาชิกมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุ หากสมาชิกกลุ่มมากไป ผู้สูงอายุบางคนอาจจะไม่เกิดความรู้สึกระลึกถึงความหลัง และหากสมาชิกน้อยเกินไปจะไม่มี ความหลากหลาย จำนวนครั้งในการทำกลุ่มประมาณ 6-10 ครั้ง (Ebersole, 1976 a; Osborn, 1989) ความถี่ในการทำกลุ่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จากการศึกษาของแลป (Lappe, 1987) พบว่า การทำกลุ่ม ระลึกถึงความหลัง 1 ครั้ง/สัปดาห์ และ 2 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่อประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สถานที่ในการทำกลุ่มนั้นควรกว้างเพียงพอสะดวกสบายใน การเข้าห้องน้ำ รวมทั้งควรมีอาหารหรือเครื่องดื่ม

กระบวนการระลึกถึงความหลัง

การเข้าใจกระบวนการระลึกถึงความหลังนั้นมีความสำคัญ คือ เพื่อความสะดวกและการเข้าใจที่ตรงกันสำหรับผู้เริ่มต้นใช้กิจกรรมการระลึกถึงความหลัง ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ (Hamilton, 1992)

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) คือ การเลือกเหตุการณ์ ความคิด และความรู้สึกที่พึงพอใจในอดีตและความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องตลอดมา

2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) คือ ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้นและบอกความรู้สึกได้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรจึงทำให้บุคคลนั้นเก็บความทรงจำนั้นตลอดมาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน

3. ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Self Interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่บุคคลมีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังและยังถือว่าเป็นการช่วยส่งเสริมการมีสัมพันธในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (Self Expression)

การเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังตามกระบวนการ การระลึกถึงความหลังพยาบาลต้องนำหลาย ๆ เทคนิคมาใช้ ได้แก่ เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เทคนิคการฟัง โดยพยาบาลต้องฟังในสิ่งที่ผู้สูงอายุพูดอย่างตั้งใจ เข้าใจ ยอมรับ มีการโต้ตอบ และจดจำในสิ่งที่ผู้สูงอายุพูด

การระลึกถึงความหลังเป็นกิจกรรมทางจิตสังคมมากกว่าที่จะเป็นการทำจิตบำบัด ดังนั้นบุคคลที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการระลึกถึงความหลังได้จึงต้องเป็นบุคคลที่มีระดับการรับรู้ที่ปกติ เบรินไซด์ (Burnside, 1988, p. 670) ระบุว่ากระบวนการระลึกถึงความหลังไม่สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับบุคคลที่มีลักษณะ ดังนี้

1. บุคคลที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และคิดฆ่าตัวตาย
2. บุคคลที่อยู่ในสภาพตกใจกลัวมาก
3. บุคคลที่มีความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง
4. บุคคลที่มีอาการหมกมุ่นอยู่ตลอดเวลา
5. บุคคลที่ยึดมั่นถือมั่น ไม่ยืดหยุ่น
6. บุคคลที่หลีกหนีปัจจุบัน
7. บุคคลที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร พูดไม่ได้ หรือสูญเสียการได้ยิน

ผลของการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุ

การระลึกถึงความหลังเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติซึ่งมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ของผู้สูงอายุ และการระลึกถึงความหลังนั้นมักก่อให้เกิดผลในทางบวกมากกว่าในทางลบ คือ กระบวนการระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการทบทวนเป็นการสะท้อนกลับเกี่ยวกับชีวิตตนเองในอดีต โดยผ่านกระบวนการระลึกถึงความหลังที่แต่ละบุคคลจะใคร่ครวญถึงความรู้สึกนึกคิดของตน และสร้างสรรค์สัญลักษณ์เฉพาะในเหตุการณ์ที่น่าจดจำนั้น แล้วประเมินออกมาเป็นคุณค่า ซึ่งจะถือได้ว่าการระลึกถึงความหลังมีคุณค่าในแง่ของการบำบัดรักษาได้ด้วย หากบุคคลได้คิดถึงสิ่งต่าง ๆ ในอดีตทางบวก คิดถึงความสำเร็จ สมหวังในด้านต่าง ๆ ของตนก็ย่อมจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเป็นสุข รับรู้ในคุณค่าของตน (Parker, 1995) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สตีเวน-แรชฟอร์ด (Steven-Ratchford, 1993) ที่ได้ทำการศึกษาผลการระลึกถึงความหลังกับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 24 คน โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มระลึกถึงความหลัง 6 ครั้ง พบว่าการระลึกถึงความหลังมีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แต่ข้อค้นพบที่ได้จากการทำกลุ่มระลึกถึงความหลังบอกเป็นนัย ๆ ว่าการเข้าร่วมกลุ่มระลึกถึงความหลังนี้สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้นและยังเป็นกิจกรรมที่คุ้มค่าสำหรับผู้สูงอายุซึ่งแสดงว่า เมื่อผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังจะมีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและยังพบว่าการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้คิดถึงเรื่องราวในอดีตจะสามารถไปกระตุ้นจุดกำเนิดของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในอดีตให้ฟื้นฟูลงมาอีกครั้ง ถ้าหากเหตุการณ์ที่หววนคือนั้นเป็นประสบการณ์แห่งความสำเร็จ ความน่าภาคภูมิใจก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุสร้างความเข้มแข็งให้กับชีวิตพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิตได้ (Neugarten, 1964) และจากการศึกษาของ โซลทิส และ โคทส์ (Soltys & Coats, 1995) ที่พบว่าการศึกษาที่มีโอกาสในการแบ่งปันเรื่องราวความภาคภูมิใจที่ตนเก็บรักษาไว้นั้น ช่วยเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญา โดมานะ และระวีวรรณ ศรีสุชาติ (2548) ที่พบว่าความภาคภูมิใจกับความสำเร็จในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของมอร์ (Moore, 1984 cited in Bumside, 1988) พบว่าการทำกลุ่มระลึกถึงความหลัง และการสัมผัส เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แลป (Lappe, 1987) ได้ศึกษา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการระลึกถึงความหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ จงกรม ทองจันทร์ (2544) ที่ศึกษาผลการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบต่อ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับรายงานการวิจัยของจอนส์คอตไทร์ และคณะ (Jonsdottir et al., 2001) ที่พบว่าการระลึกถึงความหลังในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังระยะสุดท้าย ช่วยลดภาวะซึมเศร้าเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้การระลึกถึงความหลังยังมีผลต่อภาวะซึมเศร้า ดังรายงานการวิจัยของพิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าการระลึกถึงความหลังช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับรายงานการวิจัยของ โจนส์ (Jones, 2003 cited in Cook, 1998) ที่ทำการศึกษาระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงจำนวน 30 รายที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย ให้ทำการระลึกถึงความหลัง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามาน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังจะมีผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับ หยางและเรห์ม (Yang & Rehm, 1993) ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้ย้อนคิดถึงความสุข มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะซึมเศร้า ดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การระลึกถึงความหลังนั้นมีผลต่อภาวะซึมเศร้า

สรุปได้ว่า การระลึกถึงความหลังมีผลต่อการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาการระลึกถึงความหลังรายบุคคลที่บ้าน เพื่อทดสอบผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรมในหลายการศึกษาพบว่า ผลของการระลึกถึงความหลังช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Parsons, 1986; Youssef, 1990; Sellers & Stok, 1997; Harrand & Bollstetter, 2000; Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003; Hsieh & Wang, 2003) และช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Baker, 1985; Lappe, 1987; Sellers & Stok, 1997; Harrand & Bollstetter, 2000; จงกรม ทองจันทร์, 2544; ภคนิช ต่วนชะเอม, 2545) และจากการศึกษาของ จอนส์คอตไทร์ (Jonsdottir et al., 2001) พบว่า การระลึกถึงความหลังช่วยลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความผาสุก ให้กับผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาผลดังกล่าวกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ซึ่งมีอุปการคุณความซุกของภาวะซึมเศร้าสูง เช่นกัน (กนกรัตน์ สุขดวงละ และคณะ, 2542) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อทดสอบผลของการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังรายละเอียดในบทที่ 3