

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมและสรุปสาระสำคัญในประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

1. โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิต
4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง
5. โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุ

โรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานของหน่วยไตลดลงอย่างถาวร โดยหน่วยไตจะค่อย ๆ ถูกทำลายจนกระทั่งหน่วยไตที่เหลือไม่สามารถขจัดของเสียหน่วยไตส่วนที่เสียไปได้ ซึ่งสามารถตรวจพบว่ามีอัตราการกรองที่ไตหรือมีค่าโกลเมอรูลาร์ (Glomerular Filtration Rate, GFR) ต่ำกว่าปกติ (ค่าปกติประมาณ 120 มิลลิลิตรต่อนาที) และมีระดับครีเอตินิน (Serum Creatinine) สูงกว่าปกติ (ค่าปกติประมาณ 0.6-1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ติดต่อกันเป็นเวลานานาน 3 เดือน (ไตรรักซ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543) และอาจแน่นชัดยิ่งขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอาการร่วมคือ มีอาการของภาวะซีดเรื้อรัง มีการสะสมของระดับยูเรียในโตรเจน ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนเกิดความเสื่อมของกระดูกเนื่องจากโรคไต ตรวจปัสสาวะพบว่ามีมากกว่าความยาวของเม็ดเลือดขาวสามตัวเรียงติดต่อกัน (ไตรรักซ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543) และขนาดของไตเล็กลง เมื่อดูจากการถ่ายภาพรังสี

อาการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเกิดทุกข้อในผู้สูงอายุ แต่อาจพบอาการข้อใดข้อหนึ่งขึ้นกับความรุนแรงของโรค หากมีอาการ แสดงว่าผู้สูงอายุอยู่ในระยะโรคไตวายเรื้อรังที่รุนแรงแล้ว (ไตรรักซ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง

สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง แบ่งได้หลายวิธี โดยอาจแบ่งตามลักษณะกายภาพและโครงสร้างของไตร่วมกับสาเหตุของโรคที่มีผลกระทบต่อไต ดังนี้ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2550)

1. โรคไตโกลเมอรูล่า (Glomerular Disease) เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายประมาณร้อยละ 50 ของทั้งหมด มีการทำลายโกลเมอรูล์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น เมื่อโกลเมอรูล์ถูกทำลายผู้สูงอายุมักมีอาการที่เห็นเด่นชัด คือ มีอาการปัสสาวะเป็นเลือด มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะ ตรวจเลือดมักพบอัลบูมินในเลือดต่ำ มีอาการบวมทั้งร่างกาย (สุจิตรา ลิมอำนวนยลาภ, 2550) นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของการทำงานของระบบเรนิน แองจิโอเทนซินและอัลโดสเตอโรน (Rennin Angiotensin-aldosterone System) ทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะยูริเมียได้ในที่สุด

2. โรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติในส่วนหลอดฝอยไต (Tubular System) โดยเฉพาะหลอดฝอยไตส่วนต้น (Proximal Tubular) ทำให้ความสามารถในการควบคุมความสมดุลของสารอิเล็กโทรลิตส์ กรด-ด่าง เสียไป ทำให้ไตเสียหายที่

3. โรคที่ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตตีบแคบ หรือขรุขระ (Vascular Disease) ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ อัตราการกรองที่ไตลดลงไปเรื่อย ๆ ทำให้ไตค่อย ๆ เสียหน้าที่

4. การอักเสบที่เนื้อเยื่อแทรกระหว่างหลอดฝอยไต (Interstitial Disease) ทำให้เกิดการอุดตันที่หลอดฝอยไตและหลอดเลือดจากเนื้อไตถูกทำลาย โรคที่พบบ่อยคือ กรวยไตอักเสบซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง

5. มีการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ (Obstructions) ตั้งแต่ไตลงมาถึงท่อปัสสาวะ ซึ่งอาจเกิดจากนิ่ว ก้อนเนื้องอก มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด การอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดการอุดตันทางเดินปัสสาวะ แต่ทำให้เกิดการติดเชื้อซึ่งอาจจะลุกลามไปถึงกรวยไต ทำให้มีความดันย้อนกลับไปถึงเนื้อไต ตรวจพบว่ามีไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) เลือดไปเลี้ยงไตลดลง และอัตราการกรองที่ไตลดลงทำให้ไตเสียหายที่ (สุจิตรา ลิมอำนวนยลาภ, 2550)

6. Collagen-related Disease เช่น SLE, Polyarteritis และ Systemic Sclerosis โรคเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีผลต่อไตเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อหัวใจ หลอดเลือด ปอด กล้ามเนื้อ-กระดูก และระบบประสาท

7. ความผิดปกติในเชิงโครงสร้างและเสียหายที่ (Metabolic Disorders) ความผิดปกตินี้มีผลทำให้ไตมีความผิดปกติโครงสร้างและเสียหายที่ไปในที่สุด สาเหตุที่พบบ่อยคือ โรคเบาหวาน ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดและท่อไต และโรคอมาลอยโดสิซ (Amyloidosis) ทำให้ส่วนเบสเมมเบรน (Basement Membrane) ในโกลเมอรูล์หนาขึ้นเนื่องจากมีแคลเซียมมาเกาะ

8. Congenital disease ได้แก่ Renal Agenesis, Renal Aplasia ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายทันที นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ทำให้ไตวายเรื้อรังจากโรคไตพิการแต่กำเนิด คือ Polycystic Kidney และ Medullary Cystic Disease

9. Nephrotoxin-induced Disorders ผู้สูงอายุอาจมีโอกาสดำรับสารพิษต่อไต เช่น สารเคมี ยาฆ่าแมลงที่ทำลายพืช เห็ดที่เป็นพิษ และคนที่ชอบใช้ยาแก้ปวดที่ประกอบด้วย เฟนาเซติน (Phenacetin) เป็นเวลานาน ๆ

ระยะการดำเนินของโรคไตวายเรื้อรัง

การดำเนินของโรคไตวายเรื้อรังแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพพิกุล และพิสมมณฑ์ คุ่มทวีพร, 2542; ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

1. ระยะที่ 1 ระยะที่กำลังสำรองของไตเริ่มลดลง (Renal Impairment) หมายถึง ระยะที่มีค่าโกลเมอรูล่า (Glomerular Filtration Rate, GFR) ประมาณร้อยละ 50 ของค่าปกติ ระยะนี้ผู้สูงอายุมีระดับครีเอตินิน (Serum Creatinine) ประมาณ 1.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระยะนี้ผู้สูงอายุยังไม่มีอาการผิดปกติ เนื่องจากเป็นระยะแรกที่มีการทำลายเนื้อไตอย่างค่อยเป็นค่อยไป ร่างกายยังคงรักษาภาวะสมดุลไว้ได้ หน้าที่โดยรวมของไตลดลงเพียงเล็กน้อย (ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

2. ระยะที่ 2 ระยะไตเสื่อม (Chronic Renal Insufficiency) หมายถึงระยะที่มีค่าโกลเมอรูล่า (Glomerular Filtration Rate, GFR) ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของค่าปกติ ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะมักเพิ่มขึ้นมาก อาจสูงถึง 1 กรัมหรือมากกว่า มีระดับครีเอตินิน (Serum Creatinine) ประมาณ 1.5-3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการผิดปกติ คือ มีปัสสาวะกลางคืนเพิ่มขึ้นอีก 1-2 ครั้ง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2542)

3. ระยะที่ 3 ระยะไตวายเรื้อรัง (Renal Failure) หมายถึง ระยะที่มีค่าโกลเมอรูล่า (Glomerular Filtration Rate, GFR) ต่ำกว่าร้อยละ 20 ของค่าปกติ ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะมักเพิ่มขึ้นมากเกิน 1 กรัมต่อวัน มีระดับครีเอตินิน (Serum Creatinine) ประมาณ 4-8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้สูงอายุมักมีความดันโลหิตสูงและมีภาวะโลหิตจางชัดเจน ผู้สูงอายุมักเริ่มสังเกตว่าตนเองมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะกลางคืนบ่อย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด (ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543) เป็นระยะที่มีการสูญเสียการทำงานของหน่วยไตเกินกว่าร้อยละ 70 หน่วยไตที่เหลือไม่สามารถปรับตัวทำงานทดแทนหน่วยไตที่เสียไปได้ การกรองปัสสาวะลดลง ปริมาณปัสสาวะน้อยร่วมกับการคั่งของโซเดียมในร่างกาย จึงอาจพบอาการบวมร่วมด้วย

4. ระยะที่ 4 ระยะสุดท้ายหรือระยะยูรีเมีย (End Stage Renal Disease or Uremia)

หมายถึง ระยะที่มีค่าโกลเมอรูล่า (Glomerular Filtration Rate: GFR) ประมาณร้อยละ 5 หรือน้อยกว่ามีระดับครีเอตินิน (Serum Creatinine) เกิน 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จึงมีการคั่งของของเสียในร่างกาย เกิดอาการปัสสาวะออกน้อยหรือไม่ออกเลย (Anuria) อาจมีอาการกลุ่มยูรีเมีย (Uremia Syndrome) โดยจะพบยูเรียในเลือด 200-300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2542) อาการที่พบ ได้แก่ ชีต ผิวหนังสีคล้ำ มีเลือดออกง่าย หายใจค่อนข้างเร็วลึก ลมหายใจมีกลิ่นแอมโมเนีย มีหลอดเลือดที่คอโป่งพอง ความดันโลหิตสูง ปวดกระดูก กระดูกเปราะหักง่าย เบื่ออาหาร คิดเชื่อง่าย สมรรถภาพทางเพศเสื่อม มีต่อมธัยรอยด์โต และมีอาการทางระบบประสาท คือ สับสน วุ่นวาย มีประสาทหลอน การรับรู้เปลี่ยนแปลง เป็นต้น (ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

แนวทางการรักษาโรคไตวายเรื้อรัง

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค และระดับความรุนแรงของโรค โดยมีแนวทางในการรักษา 2 ประการ คือ การรักษาแบบประคับประคอง และการบำบัดทดแทนภาวะไตวาย ดังต่อไปนี้

1. การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative Treatment) เป็นการรักษาด้วยการจำกัดอาหาร น้ำ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้การเสื่อมของไตมากขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของหน่วยไตที่เหลืออยู่ (นันทกา คำแก้ว, 2547) การรักษาวินิจฉัยนี้ผู้สูงอายุจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่บ้าน

1.1 การควบคุมอาหาร (Diet Intervention) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะใดก็ตามจำเป็นต้องมีการควบคุมและจำกัดสารอาหาร เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่การขับของเสียออกจากร่างกาย โดยเฉพาะสารยูเรีย จุดมุ่งหมายของการรักษานี้เพื่อป้องกันการสลายของโปรตีน โดยให้สารอาหารทดแทน และพลังงานที่เพียงพอต่อร่างกาย (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549)

1.1.1 การจำกัดโปรตีน การรับประทานอาหารโปรตีนต่ำ หรืออาหารโปรตีนต่ำมากร่วมกับกรดอะมิโนจำเป็น โดยการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง หมายถึง โปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์ทุกชนิด จำนวน 0.6 กรัมของโปรตีนต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน โดยไม่ต้องให้กรดอะมิโนจำเป็น หรือคีโต (Keto Acid) เสริม เพราะอาหารโปรตีนในปริมาณดังกล่าวให้กรดอะมิโนจำเป็นในปริมาณที่เพียงพอต่อร่างกาย (ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549)

1.1.2 การจำกัดโซเดียม ต้องขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของไตในการขับโซเดียมได้มากน้อยเพียงใด ในระยะที่ไตสามารถขับปัสสาวะออกได้มาก เช่น ระยะที่ปัสสาวะกลางคืนระยะนี้อาจไม่จำเป็นต้องจำกัดโซเดียม เนื่องจากมีปัสสาวะออกมากอาจจะทำให้ขาดน้ำได้ แต่ในระยะ

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ไตไม่สามารถขับน้ำออกได้ ทำให้ร่างกายบวม จำเป็นต้องจำกัดโซเดียม เหลือวันละ 2-4 กรัม (ปกติควรได้รับวันละ 8-10 กรัม) (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549) ดังนั้นควรหลีกเลี่ยง อาหารกระป๋อง ของหมักดอง อาหารทะเล อาหารที่ถูกปรุงแต่ง เช่น หมูแดง หมูเค็ม หมูหยอง ไข่พะโล้ ฯลฯ ซอส น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น

1.1.3 การจำกัดโคเลสเตอรอล ควรควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ให้เกินวันละ 300 มิลลิกรัม โดยการจำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ไขมัน จากสัตว์ กะทิ เป็นต้น อาหารบางชนิด เช่น ขาหมู หมูสามชั้น แกงกะทิ น้ำมันหมู นมสด เนย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้นเป็นอันตรายต่อหัวใจ หลอดเลือดต่าง ๆ และอาจทำให้ไตสูญเสียหน้าที่เร็วขึ้น (นันทกา คำแก้ว, 2547)

1.1.4 การจำกัดฟอสเฟต เมื่อไตทำหน้าที่ลดลง และไตสูญเสียหน้าที่จนมีการขับ ฟอสเฟตลดลง ทำให้มีการกั่งของฟอสเฟตในกระแสเลือดสูง ขณะเดียวกันไม่มีการสังเคราะห์ วิตามินดีหรือมีการสังเคราะห์น้อยลง ซึ่งวิตามินดีจะเป็นตัวช่วยในการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้ ทำให้ผู้สูงอายุมีโรคกระดูกร่วมด้วย (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549)

1.1.5 การจำกัดโปแตสเซียม ในโรคไตวายเรื้อรัง ถ้าไตสามารถขับโปแตสเซียม ออกทางไตได้อย่างเพียงพอและระดับโปแตสเซียมในเลือดไม่สูงจนเกิน ไป ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้อง จำกัดหรือควบคุมอาหารประเภทนี้ แต่เมื่ออัตราการกรองของโกลเมอรูลต่ำต่ำมากและมีปัสสาวะ ออกน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อวัน จึงควรควบคุมอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ก๋วย ลัม องุ่น พืชจำพวกมีฝัก เป็นต้น (นันทกา คำแก้ว, 2547)

1.2 การจำกัดน้ำ (Fluid Restriction) ควรมีการจำกัดน้ำเมื่อไตไม่สามารถขับปัสสาวะ ออกจากร่างกายได้ โดยปกติร่างกายจะมีการสูญเสียน้ำไปกับลมหายใจ เหงื่อ ประมาณวันละ 500-700 มิลลิลิตร แต่ร่างกายสามารถผลิตน้ำจากการเผาผลาญสารต่าง ๆ ภายในร่างกายวันละ 400 มิลลิลิตร ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัสสาวะควรดื่มน้ำวันละ 300-500 มิลลิลิตร (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549) นอกจากต้องควบคุมปริมาณน้ำในแต่ละวันแล้ว ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังต้องคำนึงถึงชนิด ของน้ำที่ดื่มด้วย น้ำที่ควรดื่ม ได้แก่ น้ำฝน น้ำประปากรอง ไม่ควรดื่มน้ำบาดาลที่มีรสกร่อย เพราะ อาจมีเกลือโซเดียมละลายอยู่ ไม่ควรดื่มน้ำแร่บรรจุขวดหรือเครื่องดื่มประเภทเกลือแร่ เพราะมี สารประกอบของโซเดียมละลายอยู่มากกว่าน้ำธรรมดา ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้คั้น เพราะมีสาร โปแตสเซียมมาก (ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549)

1.3 การรักษาโดยยา (Medication Therapy) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ให้เพื่อทดแทนสารที่ ขาดหรือขจัดสารบางตัว หรือลดจำนวนสารที่ไม่ต้องการ ดังต่อไปนี้

1.3.1 ยาขับปัสสาวะ ออกฤทธิ์เพิ่มการขับเกลือแร่และน้ำที่คั่งในผู้สูงอายุไตวาย เรื้อรังส่งผลให้ลดอาการบวมและลดระดับความดันโลหิต พบว่ายาขับปัสสาวะกลุ่มไทอาไซค์ใช้ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยที่มีระดับครีเอตินิน (Serum Creatinine) ในเลือดที่สูงกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จึงจำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะในกลุ่ม Loop Diuretics เช่น Lasix ห้ามใช้ในกลุ่มที่มีฤทธิ์ส่งวน การขับโปแตสเซียมที่ไต หรือที่เรียกว่า Potassium-sparing Diuretics เช่น Aldactone (ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549) เนื่องจากจะทำให้ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้น จนอาจถึงระดับเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.3.2 ยาลดความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิต มีความสำคัญมากในการชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไต ปัจจุบันแนะนำให้พยายามควบคุมความดันโลหิตให้เท่ากับ หรือต่ำกว่า 130/ 85 mm.Hg หรือ Mean Arterial Pressure (MAP) เท่ากับ หรือต่ำกว่า 92 mm.Hg ยาที่มีคุณสมบัติช่วยชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไต ได้โดยกลไกอื่น ๆ นอกเหนือจากลดความดันโลหิต และเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-Inhibitors) และ Calcium Channel Blocker (โศภณ นภทร, 2542 อ้างถึงใน นันทกา คำแก้ว, 2547)

1.3.3 ยาลดการดูดซึมฟอสเฟต โรคไตวายเรื้อรังทำให้มีการคั่งของฟอสเฟต ทำให้ต่อมพาราไธรอยด์หลังฮอว์โมนออกมามาก ส่งผลต่อกระดูกและอวัยวะอื่น ๆ รวมไปถึงมีผลทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ ยาลดการดูดซึมของฟอสเฟตในอาหารที่นิยมใช้ คือ เกลือแคลเซียม เช่น CaCO_3 มีผลข้างเคียง คือ อาจเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูงเนื่องจากถ้าใส่ดูดซึมแคลเซียมสูงขึ้นจึงควรรับประทานพร้อมอาหาร (ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549)

1.3.4 การรักษาภาวะโปแตสเซียมสูง นอกจากต้องจำกัดอาหารและยาที่มีโปแตสเซียมแล้ว ยังต้องใช้อาเภวิทยา คือ ให้สารเรซิน (Cation-exchange Resin) เช่น สารขับโปแตสเซียม (Kayexalate) โดยให้ทางปากหรือสวนทางทวาร มีกลไก คือ จะมีการแลกเปลี่ยนกับโปแตสเซียมแล้ว โปแตสเซียมจะถูกขับออกมากับอุจจาระ หรือให้อินซูลิน และกลูโคส มีผลทำให้กลูโคสเข้าเซลล์พร้อมกับดึงโปแตสเซียมเข้าสู่เซลล์ด้วย (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549) หรือให้แคลเซียม ไบคาร์บอเนตเป็นการช่วยให้โปแตสเซียมเข้าสู่ภายในเซลล์มากขึ้น เป็นการแก้ไขชั่วคราว

1.3.5 การให้ต่างทดแทน ภาวะเป็นกรดในร่างกายเกิดผลเสียอย่างมาก เช่น ทำให้กระดูกอ่อน สามารถแก้ไขภาวะกรดในร่างกายโดยการให้ต่างทดแทน ยาที่นิยมใช้ คือ โซเดียมไบคาร์บอเนต หรือโซดามินท์ ควรรักษาระดับไบคาร์บอเนตในเลือดไม่ต่ำกว่า 22 มิลลิโมลต่อลิตร ควรระวังการให้ยาในขนาดสูงเพราะอาจทำให้ได้รับโซเดียมมากมีผลให้หัวใจวายได้ (ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549)

1.3.6 ยารักษาภาวะซีดหรือโลหิตจาง ภาวะยูรีเมียมักพบว่าระดับฮีโมโกลบินอยู่ระหว่าง 3-4 กรัม ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะดังกล่าว ผู้สูงอายุ มักได้รับฮอร์โมนเพศชาย ได้รับเลือด หรือให้ยาสังเคราะห์อีริโทรพอยิติน (Erythropoietin) (สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ, 2550)

1.3.7 ยาลดไขมันในเลือด ผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังมักมีไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะมีผลต่อการสูญเสียหน้าที่ของไต และก่อให้เกิดหลอดเลือดตีบ ในปัจจุบันนิยมใช้ยาในกลุ่ม Statin แต่มีข้อควรระวัง คือ การใช้ยาในขนาดสูง หรือใช้ร่วมกับยาลดไขมันอื่น หรือมีการออกกำลังกายมากเกินไป อาจเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้ออักเสบ ทำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อ หากหยุดยาไม่ทันอาจเกิดการสลายของกล้ามเนื้อและปล่อยสารพิษ (ซลาทิพย์ ทองมอญ, 2549) ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้

2. การบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy)

2.1 การบำบัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องชนิดถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) คือกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำและสารละลายภายในช่องท้อง โดยมีเยื่อช่องท้องทำหน้าที่เป็นผนังกั้นระหว่าง Dialysate Fluid กับเลือด ภายหลังจากที่มีการแลกเปลี่ยนกันแล้วทำให้เลือดที่มียูเรีย น้ำ อิเล็กโตรไลต์ บางตัวซึ่งเข้มข้นกว่าน้ำลดลง มีข้อห้ามในการทำ คือ มีเยื่อช่องท้องอักเสบ มีพังผืดมากในช่องท้อง มีอันตรายรุนแรงบริเวณช่องท้อง มีลำไส้บิดอุดตัน ขาดเลือดมาเลี้ยง (ไตรรักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543) และมีภาวะบกพร่องในการแข็งตัวของเลือดอย่างรุนแรง

2.2 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) คือการที่เอาเลือดออกจากร่างกายผสมกับเฮพาริน (Heparinized Blood) เข้ามายังตัวกรองเลือด (Dialysis) โดยไหลอยู่คนละข้างกับน้ำยา (Dialysate) ซึ่งมีเยื่อที่มีคุณสมบัติยอมให้สารที่มีโมเลกุลเล็กผ่านไปได้กั้นกลางสารละลาย (Solute) จะเคลื่อนที่จากเลือดเข้าสู่ น้ำยา หรือจากน้ำยาเข้าสู่เลือด ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของส่วนประกอบของสารละลายในเลือด (นันทกา คำแก้ว, 2547) หรือน้ำยาจนกว่าความเข้มข้นทั้งสองข้างเท่ากัน เรียกวิธีการนี้ว่า การแพร่ผ่าน (Diffusion) เป็นการกรองของเสียออกจากเลือด ในขณะที่เดียวกันน้ำจะเคลื่อนที่จากส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยไปหาส่วนที่มีความเข้มข้นมาก เรียกวิธีนี้ว่า การซึมผ่าน (Osmosis) และถ้าต้องการให้น้ำออกจากร่างกายมากกว่านี้ต้องใช้วิธีที่เรียกว่า การกรองผ่านที่ละเอียดมาก (Ultrafiltration) โดยการทำให้ความดันระหว่างเลือดกับน้ำยา มีความแตกต่างกันมาก ๆ (นันทกา คำแก้ว, 2547)

2.3 การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) เป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคไต (Donor)

ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับ (Recipient) ซึ่งทั้งผู้บริจาคและผู้รับไตต้องมีการคัดเลือกร่วมกัน และต้องมีการทดสอบความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อพร้อมกับการได้รับยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะสลัดไตภายหลังผ่าตัด (ไตรรัทซ์ พิธิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543)

ผลกระทบของโรคไตวายเรื้อรังต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

เมื่อไตสูญเสียหน้าที่ในการขจัดของเสีย รักษาความสมดุลของน้ำ สารอิเล็กโทรลิตที่กรด-ด่าง ตลอดจนการหลั่งฮอร์โมนและการสังเคราะห์วิตามินดี จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะในระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายซึ่งต้องทำงานประสานกัน (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2550)

อาการและอาการแสดงของผลกระทบจากภาวะยูรีเมียในผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังต่อระบบต่าง ๆ มีดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว และเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2550)

1.1 ความดันโลหิตสูง พบมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังเกิดจากการที่มีการลดอัตราการไหลของเลือดมาที่ไตน้อยลง มีการกระตุ้นจังก์ตาโกลเมอรูล่าแอปพาราตัส (Juxtaglomerular Apparatus) หลั่งเอนไซม์เรนิน ซึ่งไปกระตุ้นให้สร้างแองจิโอเทนซิน I และแองจิโอเทนซิน II ทำให้หลอดเลือดปลายหดตัว และไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนเมดูลล่า (Medulla) หลั่งอัลโดสเตอโรนมีผลทำให้ร่างกายเก็บโซเดียมและน้ำมากขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว พบได้บ่อยมาก สาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำและโซเดียมในร่างกายมากเกินไป ภาวะโลหิตจาง

1.3 ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มักพบร่วมกับภาวะที่มีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ ผู้สูงอายุอาจจะไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงอาการเจ็บหน้าอกขณะหายใจเข้า อาจฟังได้ Pericardial Friction Rub มีไข้ต่ำ ๆ ร่วมกับการตรวจพบระดับยูเรียในเลือดมากกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

2. ระบบทางเดินหายใจ อาการที่พบบ่อย คือ ภาวะน้ำท่วมปอด หรือพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งมีสาเหตุจากน้ำเกิน รวมถึงปอดอักเสบจากยูรีเมีย (Uremic Pneumonitis) เยื่อหุ้มปอดอักเสบจากยูรีเมีย (Uremic Pleuritis) ร่วมกับมีภาวะกรดในร่างกายทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วลึก (Kussmaul-type Respiration) ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นคล้ายปัสสาวะ (Fetor Uremic) (วัลลาตันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ, 2543 อ้างถึงใน นันทกา คำแก้ว, 2547)

3. ระบบประสาท ความผิดปกติทางระบบประสาทอาจเกิดจากการสะสมของสารยูเรีย ซึ่งเป็นของเสียคั่งในกระแสเลือด และการเสียสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรลิต พบว่ามีการกด

การทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการปวดเวียนศีรษะ ง่วงซึมในเวลากลางวัน นอนไม่หลับ สำหรับความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย จะมีการเสื่อมหน้าที่ทั้งในการรับรู้ความรู้สึก และการสั่งการ โดยความเร็วของการนำสัญญาณประสาทในส่วนแขนขาข้างล่าง (ไตรรัทซ์ พิธิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543) อาการมักเริ่มที่ขาทั้ง 2 ข้างเท่า ๆ กันทำให้รู้สึกเจ็บ แสบปลายเท้า หรือชา ส่วนความผิดปกติของประสาทสั่งการจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และเหยียดขา เตะตก ทำเดินเปลี่ยนไป อาจมีกล้ามเนื้อสันกระดูก เป็นตะคริวที่ขาในเวลากลางคืน

4. ระบบทางเดินอาหาร ภาวะยูรีเมียมีผลต่อระบบทางเดินอาหารทุกส่วน เริ่มจากอาการเบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากและเหงือกอักเสบ มีแผลที่ปาก ภาวะอาหารและเกิดแผลอักเสบตลอดทางเดินอาหาร หากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติร่วมด้วยจะทำให้เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร การรับรสเปลี่ยน มีอาการระอึก (บุญมี แพร้งสกุล, 2545; ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549; สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2550) หากรับประทานอาหารได้น้อยจะทำให้ระดับกรดอะมิโนจำเป็นในพลาสมาลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และภาวะเสียสมดุลโปรตีน (Negative Protein Balance) (เกรียง ตั้งสง่า, 2537 อ้างถึงใน ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549)

5. ระบบเลือด จะทำให้เกิดโลหิตจาง เนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง จากการที่ไตสร้างอีริโทรพอยอิติน (Erythropoietin) ได้ลดลงร่วมกับเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง ผู้สูงอายุมีภาวะขาดสารอาหาร และมีภาวะเลือดออกง่าย โดยเฉพาะจากการเสียเลือดในระบบทางเดินอาหาร (Smeltzer & Bare, 2004 อ้างถึงใน นันทกา คำแก้ว, 2547)

6. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เนื่องจากการเสื่อมหน้าที่ของไต ทำให้ร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลของแคลเซียมและฟอสฟอรัสไว้ได้ โดยที่ไตไม่สามารถขับฟอสฟอรัสออกจากร่างกายได้ดีเท่าที่ควร และไม่สามารถเปลี่ยนวิตามินดี ให้เป็น 1,25 Dihydroxy Cholecalciferol มีผลกระตุ้นให้ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากขึ้น เกิดการหลั่งฮอร์โมนซึ่งสลายแคลเซียมออกจากกระดูก ทำให้กระดูกเปราะบางหักง่าย ถ้าระดับแคลเซียมในเลือดสูง มีผลให้เกาะตามเส้นเลือด เนื้อเยื่อและกระดูก ทำให้มีอาการปวดตามร่างกาย (จิราภรณ์ ชวงค์, 2545)

7. ผิวหนัง ผิวหนังจะแห้งและตกสะเก็ด เนื่องจากต่อมไขมัน และต่อมเหงื่อฝ่อลง ทำให้ไม่มีการขับเหงื่อ และมีเกล็ดยูเรีย (Uremic Frost) เกาะอยู่ที่ผิวหนังทำให้ผิวหนังแห้ง มีขุยขาวๆ มีอาการคันเกิดจากผิวแห้ง และมีแคลเซียมฟอสเฟตที่ผิวหนังมาก นอกจากนี้ผิวหนังจะซีดและเหลือง เกิดจากภาวะโลหิตจาง และสารยูโรโครม (Urochrome) คั่งอยู่ที่ผิวหนัง ในภาวะยูรีเมียที่รุนแรงจะมีจ้ำเลือดเกิดขึ้นจากการแตกของหลอดเลือดเล็ก ๆ (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549) นอกจากนี้เล็บและเส้นผมมีลักษณะแห้ง เปราะ และหักหรือขาดง่ายเนื่องจากขาดสารอาหารโปรตีน

8. ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อในร่างกายทำงานผิดปกติ เช่น ต่อมธัยรอยด์

ต่อมพิทูอิตารี ต่อมพาราธัยรอยด์ มีผลทำให้เด็กเจริญเติบโตช้า ตรวจพบว่าเป็นโรคคอพอก อวัยวะเพศเจริญเติบโตไม่เต็มที่ (สุจิตรา ลิมอำนวนยลาก, 2550)

9. ระบบสืบพันธุ์ ทั้งเพศหญิงและชายจะมีความรู้สึกรู้สึกรู้สึกต้องการทางเพศลดลง และอาจเป็น

หมัน ในผู้หญิงจะไม่มีประจำเดือนหรือประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากระดับโปรเจสเตอโรน (Progesterone) น้อยลง ในผู้ชายมีระดับเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ลดลงทำให้จำนวนเชื้ออสุจิ ลดลง (วาทีณี ศรีไทย, 2548)

10. ระบบภูมิคุ้มกัน ถ้าพบภาวะยูรีเมียมาก ๆ จะมีความต้านทานต่อการติดเชื้อต่ำ

เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวลดลง (จิราภรณ์ ชูวงศ์, 2545)

11. ตา มักพบว่ามีตาแดง (Red Eye Syndrome) เกิดเนื่องจากมีแคลเซียมไปเกาะที่

เยื่อบุตา แล้วทำให้เกิดการระคายเคืองตา นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการผิดปกติของตา (Retinopathy) (สุจิตรา ลิมอำนวนยลาก, 2550)

12. ความไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรลิตส์ และความเป็นกรด พบว่ามีความเป็นกรดสูง

มีโปรแตสเซียมสูง แคลเซียมต่ำ ฟอสฟอรัสสูง แมกนีเซียมสูง หรืออาจมีอาการโซเดียมสูงหรือต่ำ เกิดเนื่องจากไตไม่สามารถรักษาความสมดุลในการขับหรือดูดซึมกลับของสารอิเล็กโทรลิตส์ได้ (สุจิตรา ลิมอำนวนยลาก, 2550)

ผลกระทบของโรคไตวายเรื้อรังต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผลของโรคไตวายเรื้อรังด้านสังคม พบว่าโรคไตวายเรื้อรังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต (วาทีณี ศรีไทย, 2548) เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาที่ยาวนาน เป็นต้น ร่วมกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงาน ได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งยังเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมลดลงไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ รวมไปถึงบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาให้แก่สมาชิกในครอบครัวลดลงได้ (บุญศรี นุเกตุ, 2545 อ้างถึงใน นันทกา คำแก้ว, 2547) และหากผู้สูงอายุต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาส่วนใหญ่กับเครื่องไตเทียม ทำให้ไม่มีเวลาสังสรรค์กับเพื่อนหรือญาติ และมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง (สุจิตรา ลิมอำนวนยลาก, 2550)

ผลของโรคไตวายเรื้อรังด้านเศรษฐกิจ พบว่าการรักษาโรคไตวายเรื้อรังต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากโรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง วิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ การรักษาด้วยยา

การล้างของเสียทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไตใหม่ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2550) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสัปดาห์ละอย่างน้อย 2 ครั้งนั้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงประมาณ 20,000-30,000 บาทต่อเดือน หรือปีละ 250,000 บาท ซึ่งต้องรักษาตลอดชีวิต ส่วนการรักษาโดยการล้างของเสียทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อปี เท่ากับ 154,234 บาท และคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอีกปีละกว่า 4,000 ราย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ทำให้รัฐต้องจัดสรรงบประมาณรองรับเพิ่มขึ้นทุกปี

ผลกระทบของโรคไตวายเรื้อรังต่อด้านจิตใจและอารมณ์

โรคไตวายเรื้อรังไม่เพียงแต่มีผลกระทบด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ คือ ในระยะแรกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยเริ่มสูญเสียหน้าที่การทำงานของไต ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกไม่สบาย รู้สึกเจ็บป่วย หรืออาจจะไม่รู้สึกรู้หาได้ แต่ในรายที่เริ่มมีอาการแสดงชัดเจนพบว่าผู้สูงอายุจะมีการแสดงอารมณ์มากขึ้น โดยเฉพาะในระยะที่ต้องเผชิญกับการคุกคามของภาวะยูรีเมียอยู่ตลอดเวลา (นันทกา คำแก้ว, 2547) ผู้สูงอายุจะมีความผิดปกติทางด้านความคิดและจิตใจ เกิดภาวะ Uremic Encephalopathy ได้แก่ สมาธิลดลง ความจำเสื่อม สับสน ช่วงความจำสั้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น อารมณ์ไม่คงที่ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย หรืออาจเฉยเมยและซึมเศร้า ซึ่งทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น (นันทกา คำแก้ว, 2547) รวมถึงเกิดภาวะเครียดอันเกิดจากการที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ได้ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามแผนการรักษาซึ่งภาวะที่เกิดขึ้นทำให้ระดับยูเรียในโตรเจนและครีเอตินินในร่างกายสูงขึ้น ส่งผลให้มีอาการเหนื่อยง่าย ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นตามมา (นันทกา คำแก้ว, 2547) ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาหลายอย่าง เช่น การทำไตอะไลซีส การผ่าตัดเปลี่ยนไต เป็นต้น และต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุต้องแยกจากครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ รวมทั้งมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง ส่งผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้ลำบาก และมีทัศนคติต่อสังคมเป็นไปทางลบ ก่อให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ว้าเหว่ เจ็บเหงา และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (วาทีณี ศรีไทย, 2548) นอกจากนี้เมื่อการรักษาไม่ได้ผล ผู้สูงอายุมักมีความวิตกกังวล หมดหวัง ท้อแท้ และอาจไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาอื่นต่อไป ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องปรับตัวกับการเป็นผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลาทำให้เครียด ซึ่งมีผลต่อการหลั่งของฮอร์โมนผิดปกติ โดยเฉพาะระดับซีโรโทนิน (Serotonin) ลดลง ระดับเมลาโทนิน (Melatonin) สูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงของระดับโดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2537) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่า มักมีอาการแสดงออกของความหม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย เป็นต้น ซึ่งการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำได้ยาก เนื่องจากแพทย์มักจะคิดว่าเป็นอาการปกติของผู้สูงอายุทั่วไป และให้ความสำคัญเฉพาะภาวะความเสื่อมทางกาย เช่น การอ่อนกำลัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แต่ไม่ได้ตระหนักว่าอาการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอาการที่แสดงออกของภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต่ำหนืดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นระยะเวลาสั้น และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

Rawlins and Heacock (1988 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเป็นความแปรปรวนของอารมณ์ที่เป็นพยาธิสภาพ มีความผิดปกติของความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อที่มีต่อตนเองและบุคคลอื่น บุคคลจะมองโลกในแง่ร้าย มีความสูญเสีย หดหวัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มองตนเองคือขี้ค่า มีความรู้สึกผิด มีความหวาดระแวง โดยที่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคล้ายกับความเสียใจอันเกิดจากสถานการณ์มาตุคาม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ถ้าผู้สูงอายุปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงก็ย่อมเกิดภาวะซึมเศร้ายิ่งขึ้น

สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังสามารถสรุปความหมายได้ว่าเป็นภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังที่มีอาการแสดงออกของความหม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกท้อถอย เบื่อหน่าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้าย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเองและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังยังมีอาการที่พบแตกต่างไปจากวัยอื่น คือ ผู้สูงอายุมักมีอาการไม่สบายทางกายมาก แต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มากและมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย จึงทำให้เข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัย และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า สรุปได้เป็น 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression)

ทฤษฎีในแนวนี้นี้มาจากการผสมผสานข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยในด้านการเจ็บป่วยทางจิตในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา โดยทฤษฎีชีววิทยานี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของอายุ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบและโครงสร้างหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย (เรณู อินทร์ตา, 2548) สามารถสรุปออกได้เป็น 4 ทฤษฎีย่อย ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ข้อสรุปของทฤษฎีได้มาจากการศึกษาสาเหตุของความซึมเศร้า ในฝาแฝดและครอบครัวของ Slater and Cowie (1971 cited in Blazer, 1982 อ้างถึงใน สิริกาญจน์ ท่อแก้ว, 2546) พบว่า อัตราเสี่ยงต่อความซึมเศร้าในรุ่นลูกสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และอัตราเสี่ยงต่อความซึมเศร้าในฝาแฝดแท้สูงกว่าในฝาแฝดเทียม และจากการศึกษาฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็น โรคซึมเศร้า อีกคนจะมีภาวะซึมเศร้าด้วยร้อยละ 65

2. ทฤษฎีสารประกอบในโทรเจน (Neurotransmitter System) ข้อสรุปของทฤษฎีได้มาจากการศึกษาของ Schildkraut (1965 อ้างถึงใน ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549) ตั้งสมมติฐานที่เรียกว่า “สมมติฐาน แคททีโคลามีน” (Catecholamine Hypothesis) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารจำพวก Catecholamine โดยเฉพาะ Norepinephrine ที่ Receptor Site ในสมอง และนอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของ Serotonin, Acetylcholine และ Dopamine ในสมองด้วย (Finch, 1973)

3. ทฤษฎีของต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Factor) ข้อสรุปของทฤษฎีได้มาจากการศึกษาของ Sachar, Finklstien, & Hellman (1971 อ้างถึงใน ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549) พบว่า การหลั่งของ Growth Hormone ที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และอาจพบความผิดปกติของระดับฮอร์โมนได้ในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ Cortisol, Growth Hormone, Thyroid stimulating Hormone (TSH), Thyrotropin Releasing Hormone (TRH) และได้มีงานวิจัยสนับสนุนว่าระดับของ Cortisol มีมากทำให้มีความบกพร่องของการรู้จักในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการทางจิต (Nelson, Sax, Setters, and Strakowski, 1998; Belanoff, Kalehzan, Sund, Ficke, and Schatzberg, 2001; Levin, 2003)

4. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Theory) หน้าที่การทำงานของร่างกายคนเราเกือบทุกอย่างจะดำเนินไปอย่างมีจังหวะ รวมทั้งการทำงานของสารสื่อประสาทวงจรการนอนหลับ (Sleep Cycle) โดยระดับของนอร์อิพิเนพรินและซีโรโตนินในสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงในรอบวัน (เรณู อินทร์ตา, 2548) จากการศึกษาของ Schilgen & Tolle (1980)

แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงจังหวะชีวิตในรอบวัน (Circadian Rhythms) เช่น การอดนอนเป็นครั้งคราวนั้น อาจใช้เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าได้

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ซิกแมน ฟรอยด์ และคาร์ล

อะบราฮาม (Sigmund Freud และ Karl Abraham) ได้อธิบาย ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นอาการแสดงถึงความเสียใจจากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความสูญเสีย (Loss) ความรู้สึกผิด (Guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (Inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (Unconscious) ซึ่งเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิต (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวัง ไร้ที่พึ่ง ไร้พลังอำนาจซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ล้มเหลว หรือ โศกเดี่ยว โดยทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบภายในที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคลทั้งการแสดงออก ผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งที่เป็นเหตุแห่งความไม่สมหวังในชีวิต (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549)

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ทฤษฎีนี้ Seligman & Maier (1974) อธิบายว่า

ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งก่อน ๆ เป็นการเผชิญกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูญเสียคนรักหรือหน้าที่การงาน เหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถบรรเทาทุกข์ได้ ทำให้เกิดผลต่าง ๆ 3 ด้าน คือ การขาดแรงจูงใจ (Motivation Deficits) การพร่องด้านความคิด (Negative Deficits) การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (Emotion Change) จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

3. ทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive Theory) ทฤษฎี Beck (1967) อธิบายว่า

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีแนวความคิดและทัศนคติการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสังคมในทางลบ เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย จะมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าปกติ มีความรู้สึกไร้ค่า ไม่นั่นคง และเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียด เช่น ความเจ็บป่วย การปลดเกษียณ การขาดรายได้ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ บุคคลมีโอกาที่จะตีความสถานการณ์ดังกล่าวเป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตนเอง รู้สึกผิดไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความบิดเบือนจากความจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในวัยสูงอายุ

ทฤษฎีด้านสังคม (Social Theory)

แนวคิดตามทฤษฎีทางสังคม (Social Theory) เน้นว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่ว่าบุคคลมีงานที่จะต้องพัฒนาไปตามวัย (Developmental Tasks) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกันไปแต่ละช่วงชีวิต ผู้สูงอายุมี

งานที่จะต้องพัฒนาในการต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ การปรับตัวให้เข้ากับภาวะเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านการเงิน การปรับตัวต่อการตายของกลุ่มสมรส การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบของสังคมใหม่ และความรับผิดชอบในฐานะพลเมือง การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เป็นอยู่ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถพัฒนาตนเองตามช่วงชีวิตนี้ได้จะแสดงปฏิกิริยาออกมาเพื่อเผชิญกับภาวะกดดันและเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548)

จากที่แนวคิดทฤษฎีภาวะซึมเศร้าข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังน่าจะมีปัญหาตามแนวคิดและทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังจะมีภาวะยูรีเมียทำให้มีการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อผิดปกติจึงทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติ และจากการที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องทำการรักษาตลอดชีวิตจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง มีการปรับตัวผิดปกติ แยกตนเองออกจากสังคม ทำให้ขาดสัมพันธ์ภาพกับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง ครอบครัว ขาดสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและบุคคลรอบข้าง รวมทั้งอาจไม่ได้รับการดูแลทางด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างโดดเดี่ยว หงอยเหงา นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและอาการของภาวะซึมเศร้า คือ การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fourth Edition: DSM- IV) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการที่สังเกตได้ดังนี้

อาการต่อไปนี้ 5 ข้อใน 9 ข้อ (หรือมากกว่า) เกิดขึ้นร่วมกันนาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ มีอาการหลักอาการใดอาการหนึ่งระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขเกิดขึ้นร่วมด้วย อาการทั้ง 9 อย่าง ได้แก่

1. อารมณ์เศร้าหมอง (Depressed Mood) หดหู่ ท้อแท้สิ้นหวังเกือบตลอดเวลาหรือเกือบทุกวัน เป็นความรู้สึกของตนเองหรือมีผู้อื่นสังเกตได้
2. ขาดความสนใจหรือความพึงพอใจ (Loss of Interest or Pleasure) ในกิจกรรมที่เคยสนใจทำเป็นประจำ มีความเฉื่อยชา หรือเซื่องซึมตลอดเวลา
3. น้ำหนักของร่างกายลดลง หรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือน้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิมภายใน 1 เดือน
4. นอนไม่หลับ (Insomnia) หรือนอนมากกว่าปกติ (Hypersomnia)

5. กระวนกระวายกาย และกระวนกระวายใจ (Agitation) หรือเชิงช้าเชิงซึม (Retardation) จนเป็นที่สังเกตของผู้อื่น

6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
7. รู้สึกไร้ค่า คิดโทษตัวเอง
8. สมาธิสั้น ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ (Indecisiveness)
9. คิดถึงการตาย พยายามฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543 อ้างถึงใน พินิลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547) ดังนี้

1. มีความคิดว่าสุขภาพตนไม่ดี มีอาการที่ไม่สบายทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สมอมนินชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเพื่อ แน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง

2. มีความรู้สึกไม่จริงหรือแฉะใส
3. มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย
4. มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก
5. นอนไม่หลับ มักตื่นนอนตอนกลางคืนหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ
6. สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยง่าย
7. มีความคิดเชิงช้า สมาธิเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ
8. มีอาการพลังพ่วน กระวนกระวาย
9. มีความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ถูกทอดทิ้ง และท้อแท้สิ้นหวัง
10. มีความรู้สึกผิด ลงโทษตนเอง ในรายที่เป็นมาก จะมีอาการเบื่อชีวิต คิดอยากตาย
11. เมื่อเกิดร่วมกับโรคจิต จะมีอาการหลงผิดชนิดอื่นร่วมด้วย

จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น มักจะเริ่มปรากฏอาการทางกายก่อน เช่น เหนื่อยไม่มีแรง อ่อนเพลีย ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ในผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังจะพบอาการดังกล่าวนี้เช่นกัน เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการทางด้านจิตใจตามมา เช่น การรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง การมองตนเองในทางลบ การไม่มีสมาธิ ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ต่ำหนิตนเอง ท้อแท้สิ้นหวัง ถ้ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง อาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

ระดับของภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้จำแนกภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในบุคคลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mind Depression) คือภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อมีเหตุการณ์มากระทบต่อผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือสูญเสียสิ่งของที่มีค่า หรือมีความหมายต่อตนเอง หรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เช่น อารมณ์เศร้าในขณะที่เหนื่อยมาก ๆ ขาดคนเห็นใจ แต่อาการก็สามารถหายได้ เมื่อพ้นภาวะซึมเศร้าระยะนี้แล้วผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตปกติได้

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) คือ ภาวะอารมณ์ที่รุนแรงกว่าภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ผู้สูงอายุจะมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ การพูดจะเป็นไปอย่างลำบาก เชื่องช้า ซึ่งกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ผู้สูงอายุยังคงสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) คือ ภาวะอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่ว ๆ ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีอารมณ์เพื่อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน อาจมีความคิดทำร้ายตนเองเนื่องมาจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนได้

การประเมินภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลายชนิด สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกต (Clinical Rating Scales) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอกซึ่งสังเกต และวัดได้ โดยมีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น และบันทึกไว้ โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาโดยแพทย์เป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2545) ได้แก่ แบบวัดของครอนโฮล์ม-ออตโตสัน (Cronholm-Ottosson Scale) แบบสำรวจความซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของราสกิน (Raskin Depression Scale, Bealth-Rafaelsen Melancholia Scale) และแบบวัดความซึมเศร้าของมอนโตโกเมอรี (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MDRS) เป็นต้น

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง (Self-rating Scales) เป็นการประเมินที่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งความแม่นยำอาจสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่าย สามารถใช้ประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก และประหยัด (พิณลักษณ์ นิตทิภากรณ, 2547) มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเจ็บป่วย ได้แก่ แบบประเมินความซึมเศร้า

ของเบค (Beck Depression Inventory (BDI) แบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบประเมินตนเองของวอล์คฟิลด์ (Walk field Self-Assessment Inventory) แบบวัดความซึมเศร้าด้วยตนเองแบบซีอีเอสดี (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 Beck Depression Inventory (BDI) สร้างโดย Beck (1961 อ้างถึงใน พิณฑลักษ์ นิติภากรณ์, 2547) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมทั้งในด้านของภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม การใช้แบบประเมินในตอนแรกผู้ประเมินจะถามแล้วให้ผู้สูงอายุตอบ หลังจากนั้นผู้ประเมินจะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำถามเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้สูงอายุ ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ

2.2 Zung Self-Rating Depression Scale สร้างโดย Zung (1965 อ้างถึงใน ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เน้นการประเมินในด้านความไม่สมดุลทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและด้านจิตใจ โดยจะแปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ เพราะอาจไปประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ หรือประเมินลักษณะทางคลินิกของโรคนั้น ๆ ไป โดยขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

2.3 Zenssen Adjective Check List เป็นแบบประเมินที่มีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ และแต่ละข้อจะไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียดพอ มีข้อดีคือง่ายต่อการพิจารณาตัวเลือกต่าง ๆ ในการตอบ มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อในแต่ละข้อมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำที่แสดงเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ โดยผู้สูงอายุสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียวให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด (พิณฑลักษ์ นิติภากรณ์, 2547)

2.4 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ (ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้สึก อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

2.5 Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบประเมินที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทยมาประชุมร่วมกันเป็นเวลา 1 ปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าจากอารมณ์ (Emotion) ความคิดหวังด้านลบ (Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) และการแยกตัว (Isolation) มีข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้ต้นแบบจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Yesavage et al. (1983) ลักษณะของแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้เป็นการตอบข้อคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อคำถาม สำหรับกรให้คะแนนจะเป็นระบบได้ 0 หรือ 1 คะแนน ในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะของข้อคำถามจะเป็นความรู้สึกด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถามเหล่านี้จะได้ข้อละ 1 คะแนนส่วนที่เหลืออีก 20 ข้อเป็นความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน ข้อดีของการใช้แบบประเมินนี้คือสะดวกต่อการนำไปใช้และเข้าใจง่าย มีข้อจำกัดคือไม่สามารถนำไปประเมินในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านการคิด รู้ อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียนและบกพร่องทางด้านสติปัญญา หรือการรับรู้และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินอาการทั่วไปที่เกิดขึ้น เช่น ความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหารได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ที่สร้างขึ้นโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) โดยใช้ต้นแบบจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage et al. (1983) ต่อมา สุชีรา ภักทรายุทธวรรณ์ (2545 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548) ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 รายทั่วประเทศ อายุระหว่าง 60-70 ปี เป็นชาย 121 รายและหญิง 154 ราย เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาที (ค่าช่วงเวลาอยู่ระหว่าง 10-15 นาที) จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 สำหรับเกณฑ์ในการตัดสินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย กำหนดค่าปกติในผู้สูงอายุไทยเท่ากับ 12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยเท่ากับ 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเท่ากับ 25-30 คะแนน ต่อมา พิณลักษณ์ นิตติภรณ์ (2547) ได้นำแบบวัดความซึมเศร้านี้ไปใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 และเรณู อินทร์ตา (2548) ได้นำแบบวัดความซึมเศร้านี้ไปใช้

กับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 จึงสรุปได้ว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยฉบับนี้มีความเที่ยงตรงและมีค่าความเชื่อมั่น สะดวกในการใช้ เข้าใจง่ายและใช้เวลาในการทดสอบสั้นมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

การรักษาภาวะซึมเศร้า

โดยทั่วไปการรักษาภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย การบำบัดรักษาทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาโดยการใช้ไฟฟ้า การบำบัดด้วยแสง และการบำบัดทางจิต ได้แก่ การบำบัดตามแนวความคิดทางปัญญา การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การระลึกถึงความหลัง ดังต่อไปนี้

1. การบำบัดทางชีวภาพ (Somatic Treatment)

1.1 การบำบัดโดยการใช้ยา (Medication Therapy) ยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์เป็น 4 กลุ่มใหญ่ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549) ดังนี้

1.1.1 กลุ่ม Tricyclic Antidepressant (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclering ยากลุ่มนี้ เช่น Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine และ Doxepin ข้อดีของยากลุ่มนี้คือ ได้ผลดีราคาถูก แต่มีข้อเสียคือ มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่สูงอายุที่ไม่ได้สูง เช่น อาการง่วงนอน คอแห้ง ปากแห้ง ท้องผูกมาก

1.1.2 กลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด Re-versible Inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ Moclobemide

1.1.3 กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline และ Citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง Reuptake เฉพาะระบบ Serotonin เป็นยาช่วยรักษาอารมณ์ซึมเศร้า มีฤทธิ์ทำให้ง่วงมากกว่าชนิดอื่น จึงได้ผลดีในผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับมีปัญหาการนอนไม่หลับรุนแรง

1.1.4 กลุ่ม New Generation ได้แก่ Mianserin, Trazodone, Tianeptine, Bupropion และล่าสุด ได้แก่ Venlafaxine และ Mirtazapine เป็นยาที่จะพิจารณาใช้เมื่อไม่มีการตอบสนองต่อยาในกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากผลข้างเคียง คือ ง่วงนอน น้ำหนักเพิ่ม ข้อดีคือ มีผลต่อความจำน้อย

1.2 การรักษาด้วยแสง (Light Therapy) การให้ผู้สูงอายุได้รับแสงสว่างจากหลอดไฟปกติที่มีความเข้ม 10,000 ลักซ์ ซึ่งเท่ากับปริมาณแสงสว่างภายนอกหน้าต่างในวันที่มีแดดดี ๆ วิธีการรักษาจะให้แสงสว่างผ่านกล่องที่มีไฟฟ้า และวางไว้บนโต๊ะในแนวราบหรือตั้งฉากกับพื้นก็ได้ เป็นวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าตามฤดูกาล โดยการให้แสงสว่างเลียนแบบแสงอาทิตย์ ในตอนเช้าสามารถช่วยรักษาอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้แม้ในขณะที่หลับอยู่ (นพิศ ตรีรัตน์, 2550) แต่มีฤทธิ์ข้างเคียง อาจทำให้มีอาการปวดศีรษะ มีอาการเครียดที่หนักหนา กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ผิวแห้ง

1.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้น ๆ (Brief Electrical Stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (Cerebral Seizure) ภายใต้ภาวะที่มีการควบคุมดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่รุนแรง การรักษาด้วยไฟฟ้าจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง (กุลธิดา สุภาคณ, 2549) ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้ามีวิธีการทำ 2 วิธี คือ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (Non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (Modified ECT) ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของ Neurotransmitter, Neuropeptides และ Neuroendocrine โดยทั่วไปแล้วการรักษาด้วยไฟฟ้าถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งไม่เหมาะในการรักษาผู้สูงอายุ

2. การบำบัดทางจิต (Psychosocial Treatment)

2.1 การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) พัฒนาขึ้นโดย Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิต ด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางด้านลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม (ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) การบำบัดทางปัญญามีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดค้นหาความคิดทางด้านลบ ตรวจสอบความคิดของตนเองตามความเป็นจริง แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดทางด้านลบที่เป็นปัจจัยให้เกิดภาวะซึมเศร้า แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ทางด้านบวกก็จะทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

2.2 การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งเสริมสร้างทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน ไม่ได้มุ่งเน้นการเปลี่ยนบุคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในอดีตได้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้โดยอธิบายให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิข, 2542 อ้างถึงใน ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) ผู้บำบัดจะพูดคุยกับผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดเพื่อประคับประคอง ให้เกิดความหวังและกำลังใจ เน้นให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดทราบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อย ในบุคคลทั่วไปให้ผู้รับการบำบัดเสริมสร้างทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวได้

2.3 การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence Therapy) เป็นแนวคิดของ Butler (1963) ซึ่งได้นำทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Stage of Development) ขั้นที่ 8 ของ Erikson มาใช้ โดยอิริกสันเชื่อว่า วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่อาจจะมีพัฒนาการทางจิตและสังคมไปในลักษณะใดก็ได้ ระหว่าง

ความสมบูรณ์ (Integrity) และความหมดหวังท้อแท้ (Despair) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวช่วงวัยนี้ก็จะมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ปัญหาในช่วงวัยนี้ ก็จะรู้สึกหดหู่ หมดหวัง ท้อแท้ มองอดีตที่ผ่านมาเป็นเรื่องเศร้าหมอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้นการระลึกถึงความหลังจึงเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตทั้งในทางด้านบวกและในทางด้านลบ

จะเห็นได้ว่าแนวทางในการรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี ซึ่งพยาบาลสามารถให้การบำบัดได้โดยจำทำโปรแกรม และดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ในการเลือกวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรมีการประเมินสภาพร่างกายและสภาพจิตใจของผู้สูงอายุแต่ละคน แต่วิธีที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต คือการบำบัดทางจิต

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physical Impact) มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ดังต่อไปนี้ (ร่มรัตน์ หลีสุข, 2549)

1. มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุ การปฏิบัติกิจกรรมการงานต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวันจะทำได้ลดลง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ไม่สดชื่นแจ่มใส
2. มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบขับถ่าย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย รับประทานอาหารได้น้อย อาหารไม่ย่อย
3. มีอาการเบื่ออาหาร ไม่มีความอยากอาหารถึงแม้ว่าจะเป็นอาหารที่ชอบรับประทานมาก่อนก็ตาม มีผลให้น้ำหนักตัวลด ทำให้ซูบผอม
4. กล้ามเนื้อของร่างกายอ่อนเพลีย ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง เชื่องช้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมักพูดจาเชื่องช้า เดินเหินช้า
5. มักบ่นว่ามีอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบทางร่างกายหลายระบบ

ผลกระทบทางด้านอารมณ์ (Emotional Impact) บางคนมีความเบื่อหน่าย มีอารมณ์เฉยเมย ไม่ร่าเริงอารมณ์หม่นหมองไม่สดชื่น หมดหวัง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกสิ้นหวังในชีวิต จนบางครั้งอาจรุนแรงถึงรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่

ผลกระทบทางด้านสังคม (Social Impact) ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นมากขึ้น อีกทั้งยังมีความสนใจในการทำงาน ในสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่อยากทำกิจกรรม จึงชอบแยกตัวเองไปอยู่คนเดียว มีผลทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคม ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง

ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological Impact) รบกวนความผาสุกทางด้านจิตใจทำให้ผู้สูงอายุสับสน คับข้องใจ จากความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ ไร้ประโยชน์ ไร้ค่า

ต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่นมากขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีสมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า ตัดสินใจไม่ได้ ความจำเสื่อมลง รู้สึกเบื่อหน่าย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุขาดความสนใจ มีอาการความคิดถูกยับยั้ง

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิต

ความหมายของความผาสุกในชีวิต

ความผาสุกในชีวิตเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก มีความเป็นนามธรรมสูง ผู้ที่มีความผาสุกในชีวิตจะเป็นผู้ที่มีความสุข ความยินดี และมีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

Cantril (1965 cited in McKeehan, Cowing, & Wykle, 1986) ให้แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตว่า เป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจของชีวิตในโลกแห่งความจริงของบุคคล โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมายและการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต

Campbell (1976 อ้างถึงใน อัญชลี กลิ่นอวล, 2544) ให้แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตว่า ประกอบด้วยความรู้สึก 2 ส่วน คือ ทางด้านอารมณ์ และความพึงพอใจในชีวิต ส่วนประกอบที่ 1 ทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งความรู้สึกทั้งสองด้านนี้มีความเป็นอิสระต่อกัน ในส่วนย่อยของความรู้สึกด้านบวกนั้นเป็นความรู้สึกของความตื่นตัว กระตือรือร้น มีการกระทำกิจกรรมและมีพลัง ส่วนความรู้สึกด้านลบมีลักษณะของการมีอาการกระสับกระส่าย กลัว โกรธ กังวล ส่วนประกอบที่ 2 เป็นการประเมินชีวิตของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลจากสถานการณ์ปัจจุบันและผลจากการดำเนินชีวิตจนกระทั่งปัจจุบันสามารถประเมินได้ในลักษณะของความพึงพอใจ

Dupuy (1977 อ้างถึงใน ปัญญภัทร ภัทรกันทากุล, 2544) ให้แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตว่าเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และความรู้สึกของบุคคลต่อชีวิตประจำวันและหน้าที่การงาน ซึ่งมีทั้งความรู้สึกทางด้านบวกและความรู้สึกทางด้านลบ ประกอบด้วย 6 ด้านคือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกในด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา

Orem (1991) ให้แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตว่า บุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลนั้นจะมีความผาสุกในชีวิตได้แม้ว่าอยู่ในภาวะที่มีการเจ็บป่วย มีโรค มีความพิการ หรือสูญเสียโครงสร้างหรือหน้าที่บางอย่างไป (ชุตินธร เรียนแพง, 2548)

Orem (1995) กล่าวว่า ความผาสุกในชีวิตกับสุขภาพมีความหมายต่างกัน แต่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยความหมายของสุขภาพในแนวคิดของโอเร็ม และคณะ หมายถึงสภาวะของบุคคลที่มีความ

สมบูรณ์พร้อมทั้งทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ โดยมีการแบ่งภาวะสุขภาพออกเป็น 2 ส่วนคือ สุขภาพดี (Wellness) และความเจ็บป่วย (Illness)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตว่า เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล เกี่ยวกับตำแหน่งของตนเองในชีวิต การให้ความหมายยังครอบคลุมถึงภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม จิตวิญญาณ ปราศจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (World Health Organization, 1993 cited in Sola, Thompson, Subirana, 2007)

Lawton (1997) ให้แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตว่า เป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Competence) การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต (Perceived Quality of Life) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological Well-being) และลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Environment Quality)

สรุปได้ว่าความผาสุกในชีวิตเป็นการรับรู้ความรู้สึกทางด้านบวกและความรู้สึกทางด้านลบที่บุคคลตอบสนองต่อภาพรวมของภาวะการณปัจจุบันตามการรับรู้ ความเชื่อ เป้าหมายและการให้คุณค่าของบุคคล โดยมองภาพรวมทั้งหมด แล้วแสดงออกในลักษณะความพึงพอใจ การมีความสุข ความชื่นชมยินดี โดยความผาสุกในชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในแต่ละบุคคล และมีระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง

การประเมินความผาสุกในชีวิต

การประเมินความผาสุกในชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นกับแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง โดยการประเมินความผาสุกในชีวิตพบได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective Well-being) เป็นการประเมินความผาสุกในชีวิต โดยใช้ข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็น ประเมินได้ ซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ทางด้านร่างกาย เป็นต้น (บุญศรี นุเกตุ, 2541) เครื่องมือที่ใช้ประเมินความผาสุกในชีวิตด้านวัตถุวิสัย เช่น ดัชนีประเมินความผาสุกในชีวิต (The Index of Well-being) ใช้ประเมินความผาสุกในชีวิตตามลักษณะของบุคคลที่เป็นอยู่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย ประเมินความสามารถทางกายในการทำกิจกรรมของตนเองและกิจกรรมทางสังคม เป็นเครื่องมือที่จะใช้กับบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีความพิการทางด้านร่างกายและต้องการการช่วยเหลือ (ชุตินธร เรียนแพง, 2548) แบบประเมินความผาสุกในชีวิตโดยรวม (The Global Well-being Measure) ประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับองค์รวมของชีวิต ซึ่งมีตัวชี้วัด ได้แก่ ดัชนีครอบครัว ดัชนีความสำเร็จในชีวิต ดัชนีความสนุกสนาน และดัชนีการเงิน การประเมินความผาสุกในชีวิตเชิงวัตถุวิสัยมีข้อโต้แย้งว่าเป็นการประเมินความผาสุกในชีวิตที่ตรงกับความจริงหรือไม่

เพราะในปี ค.ศ. 1957-1972 ได้มีการสำรวจในอเมริกาพบว่า ประชาชนจะมีการศึกษาสูงขึ้น ระบบการรักษาพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น (Campbell, 1976 อ้างถึงใน รัชฎาภรณ์ ดาวน์พเก้า, 2547) แต่ทางด้านความผาสุกในชีวิตลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มั่งคั่ง ร่ำรวย ดังนั้นจึงมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความผาสุกในชีวิต โดยการประเมินจากประสบการณ์ในชีวิต (Life Experience) โดยเรียกว่าการประเมินเชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินความผาสุกในชีวิตของแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับการรับรู้ ประสบการณ์ในอดีต

2. การประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective Well-being) เป็นการประเมินความผาสุกในชีวิตด้วยตนเอง ของแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับการรับรู้ต่อประสบการณ์ในอดีตของบุคคล เช่น ความปรารถนา ความพึงพอใจ ความรู้สึกทางด้านบวกหรือความรู้สึกทางด้านลบ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ประเมินความผาสุกในชีวิตด้านจิตวิสัย มีดังนี้

2.1 แบบประเมินความผาสุกในชีวิตด้วยตนเอง Cantril Self-anchoring Ladders Scale ของ Cantril (1965 cited in McKeehan et al., 1986) หรือที่เรียกว่าบันไดการประเมินตนเอง เป็นแบบประเมินความผาสุกในชีวิตในภาพรวมทั้งหมด ซึ่งจะเปรียบเทียบการรับรู้สถานการณ์ปัจจุบัน กับสถานการณ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นหรืออยากให้เป็น และให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองตามระดับความผาสุกในชีวิต ตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าต่อสิ่งเหล่านั้น ซึ่งแบบประเมินเป็นแบบขั้นบันไดที่มีความต่อเนื่อง 10 ขั้น มีรูปแบบเป็นการอธิบายจุดสูงสุดและจุดต่ำสุดของตนเอง โดยบันไดขั้นบนสุดจะแสดงถึงความผาสุกในชีวิตที่สูงสุดของตนเอง และบันไดขั้นต่ำสุดแสดงถึงความผาสุกในชีวิตที่ต่ำสุดของตนเอง (ชุตินธร เรียนแพง, 2548)

2.2 แบบประเมินความผาสุกในชีวิตของ Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความผาสุกในชีวิตโดยทั่วไป (The General Well-being Schedule) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้สึก ได้แก่ ความวิตกกังวล ความสุข การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความรู้สึกมีชีวิตชีวา ที่ประกอบด้วยความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและความรู้สึกทางด้านลบ (อัญชติ กลิ่นอวล, 2544)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความผาสุกในชีวิตด้วยตนเอง Cantril Self-anchoring Ladders Scale หรือที่เรียกว่าบันไดการประเมินตนเองของ Cantril (1965 cited in McKeehan et al., 1986) เนื่องจากใช้ประเมินการรับรู้ความรู้สึกทางด้านบวกและความรู้สึกทางด้านลบที่บุคคลตอบสนองต่อภาพรวมของภาวะการณ์ปัจจุบันตามการรับรู้ ความเชื่อ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของบุคคล แล้วแสดงออกในลักษณะความพึงพอใจ การมีความสุข ความชื่นชมยินดี แบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว ระหว่างการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพื้นฐานของความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 3,000 คนใน 13 ประเทศ พบว่ามีความตรงและ

เชื่อมั่นได้ มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของการสังเกต (Interrater Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 (Cantril, 1963 cited in Houglan Adkins, 1993) รุ่งทิพย์ แปงใจ (2542) ได้นำแบบประเมินความผาสุกในชีวิตด้วยตนเองตามวิธีการของแคนทริลไปใช้ประเมินความผาสุกในชีวิตในการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .95 และอัญชลี กลิ่นอวล (2544) ได้นำแบบประเมินความผาสุกในชีวิตด้วยตนเองตามวิธีการของแคนทริลไปใช้ประเมินความผาสุกในชีวิตในการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกในผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .83

ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรังเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อภาวะโรคเลวลง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การรับประทานยาหลายชนิดร่วมกัน ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทาง จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่แน่นอนจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ที่ไม่พึงพอใจในภาวะสุขภาพที่เผชิญอยู่ เกิดความซับซ้อนใจ ความวิตกกังวล ท้อแท้หดหู่ สิ้นหวัง ต่อมาเกิดภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังต้องอยู่กับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จึงมีผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของตนเองลดลง หรือ ไม่มีความผาสุกในชีวิต ดังนั้นความผาสุกในชีวิตจึงเป็นผลลัพธ์ที่จำเป็นในการประเมินผู้สูงอายุเพื่อประเมินการรับรู้ในภาพรวมทั้งหมด ในแง่ของความพึงพอใจในชีวิต ความสุขทางด้านจิตใจ สภาวะสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมความรู้สึกทั้งหมดต่อสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ จากแนวคิดของ Cantril (1965 cited in Mckeehan et al., 1986) ที่กล่าวว่าความผาสุกในชีวิต เป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจของชีวิตในโลกแห่งความจริงของบุคคล โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมายและการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต แบบประเมินความผาสุกในชีวิตของแคนทริล จึงเป็นแบบประเมินที่มองความผาสุกในชีวิตในภาพรวมทั้งหมด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือประเมินความผาสุกในชีวิตแบบฉบับนี้ของแคนทริล เพื่อประเมินการรับรู้เหตุการณ์ หรือสถานการณ์จริงที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังกำลังเผชิญอยู่ และผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)

ความหมายการระลึกถึงความหลัง มีผู้ให้ความหมายดังนี้

พจนานุกรมเวบสเตอร์ (Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, 1985 cited in Burnside & Haight, 1992) ได้ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังไว้ว่าเป็น การเรียก ความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความเป็นจริงที่ลืมนานกลับมา เป็นกระบวนการในการคิด หรือบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา หรือเป็นการระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา (A Remembered Experience) เป็นประสบการณ์ที่ไม่เคยลืม รวมทั้งบางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายใต้ จิตสำนึก

Burnside (1994) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลัง หมายถึง พฤติกรรมหรือกระบวนการ เรียกความทรงจำในอดีตที่เกิดจากการคิดเชิงบวก ๆ คนเดียว และการบอกเล่าออกมาให้กับผู้อื่น อาจ เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือมีรูปแบบ

Butler (1990) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลัง หมายถึง การระลึกถึงความทรงจำในอดีต ในหลาย ๆ ด้าน หลาย ๆ แง่มุมที่ผ่านมาของบุคคล เป็นกระบวนการพิจารณาการกระทำในอดีตของตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต (Life Review)

Soltys and Coats (1995) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลัง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ ระลึกถึงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่หลงลืมเป็นเวลานานของบุคคลที่เกิดจากการอยู่เงียบ ๆ คนเดียว หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือมีสิ่งกระตุ้น

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การระลึกถึงความหลัง หมายถึง การคิดทบทวนเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมาของบุคคลซึ่งอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือมีสื่อ ประกอบการกระตุ้น โดยการระลึกถึงความหลังมีหลายรูปแบบ เช่น การนั่งคิดทบทวนเหตุการณ์ ในอดีตคนเดียว การเล่าให้ผู้อื่นฟัง การระลึกถึงความหลังมีเป้าหมายในการกระทำ เช่น เกิดความ ภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความพึงพอใจในชีวิต

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง

การระลึกถึงความหลังเป็นแนวคิดของ Bulter (1990) ที่พัฒนาจากทฤษฎีขั้นตอนการ พัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Development Stage) ขั้นที่ 8 ของอีริกสัน โดย อีริกสันกล่าวถึงงานพัฒนาการในวัยสูงอายุไว้ว่า เป็นการสร้างความมั่นคงสมบูรณ์หรือความหมดหวังท้ออาลัย (Integrity Versus Despair) ซึ่งพัฒนาการของความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นได้โดยการหัน กลับไปมองทบทวนอดีตที่ผ่านมา เป็นการประเมินผลชีวิตของตนเอง คนที่มีความพอใจในชีวิตที่ ผ่านมา มีความสุข ความสำเร็จ และความเจริญก้าวหน้า จะแสดงออกด้วยการเป็นคนเข้าใจโลก

เข้าใจตนเอง มีความมั่นคงในตนเอง และพร้อมอำลาจากโลกนี้ไป เนื่องจากได้ประจักษ์ถึงผลสำเร็จที่ได้เกิดขึ้น ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต จะมีความกลัวตายเมื่อรู้แน่ชัดว่าวันเวลาของตนใกล้เข้ามาแล้ว เขาจะรู้สึกผูกพันกับภารกิจที่ยังค้างค้างอยู่ยังไม่สำเร็จ มีความหมัดหวัง ท้อแท้ ใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างไรความหมาย Bulter (1990) ได้อธิบายถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ โดย ฟรอยด์ อธิบายว่า คนที่มีสุขภาพจิตดี คือคนที่สามารถผสมผสานเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เหตุการณ์ในอดีตของใคร่ข้อมกำหนดชีวิตปัจจุบันของผู้นั้น สภาพปัจจุบันที่ขมขื่นและทุกข์ยาก คือภาพสะท้อนในอดีต ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้สูงอายุที่มองอดีต คือผู้สูงอายุที่มีจิตใจในระดับปกติ ความผิดปกติจะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุขมขื่นกับประสบการณ์หรือเหตุการณ์อดีต จนไม่สามารถแยกปัจจุบันจากอดีต หรือไม่สามารถแยกอดีตจากปัจจุบันและอนาคตได้ (Freud, 1985 cited in Butler, 1990)

2. ทฤษฎีขั้นตอนการพัฒนารจิตสังคม (Psychosocial Development Stage) ของ อิริกสัน (Erickson) โดยเป็นการอ้างถึง ระยะพัฒนาการขั้นสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นขั้นของความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์กับความรู้สึกสิ้นหวัง (Integrity Versus Despair) อธิบายว่าเมื่อคนสูงวัยขึ้นมักชอบมองย้อนกลับไปในอดีต เพื่อตรวจสอบและตัดสินว่า ชีวิตที่ผ่านแล้วทั้งหมดเขาได้ทำอะไรบ้าง ได้รับความสุข ประสบความสำเร็จ และได้รับความสนใจอะไรบ้าง ได้ทำชีวิตให้มีค่าอย่างไร ถ้าเขามีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตคุ้มค่า ได้ทำทุกอย่างที่ตนควรกระทำ ผู้สูงอายุมักจะรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ปล่อยวางเรื่องราวในอดีต มีความสงบสุข พึงพอใจกับชีวิตในวัยชรา ยอมรับสภาพความเป็นจริง เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ในทางตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุนที่รู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตที่ผ่านมามีค่า จะรู้สึกเศร้าและขมขื่นอยากกลับไปเริ่มต้นชีวิตใหม่ มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความสิ้นหวังทั้งตนเองและบุคคลรอบข้าง กลัวความตาย มองโลกและสังคมในแง่ลบ (Erikson, 1950 อ้างถึงใน ทิพย์ภา เชนฐ์เชาวลิต, 2546)

3. ทฤษฎีอัตถิภาวนิยม (Existentialism) ของ Butler (1990) อธิบายว่า มนุษย์ดำรงชีพอยู่ได้ด้วย การเห็นความหมายของการมีชีวิต การเห็นคุณค่าของชีวิตมีความหมายพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ คือ การย้อนคิดถึงความหลังเป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้สูงอายุสามารถประเมินคุณค่าของชีวิตตนเองได้ ถ้าผู้สูงอายุเห็นว่าชีวิตที่ผ่านมามีค่าไปด้วยความหมายและคุณค่าก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป (พิณลักษณ์ นิตินาการณ, 2547)

4. **ทฤษฎีการทบทวนชีวิต (Life Review)** ของ Butler (1990) อธิบายว่า โดยธรรมชาติแล้วจิตใจของคนจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ โดยการย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกในจิตสำนึกที่เป็นประสบการณ์ในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคับข้องใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้และในขณะที่เดียวกันก็จะสำรวจใหม่อีกครั้งเพื่อแก้ไขความคับข้องใจนั้นและทำให้สมบูรณ์ขึ้น จะช่วยรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุมีธรรมชาติชอบคิดและพูดถึงอดีต พฤติกรรมเช่นนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเศร้าสร้อย จนถึงขั้นฆ่าตัวตาย หรือรู้สึกปessimistic พอใจในตนเองก็ได้ หรือช่วยให้สามารถปรับตัวในช่วงชีวิตสูงวัยก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องราวที่ผู้สูงอายุนึกถึง

ทฤษฎีแนวคิดทั้งหลายดังกล่าว ได้รวบรวมและศึกษาจากความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากมนุษย์มีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการดำเนินการระลึกถึงความหลังในการศึกษาครั้งนี้ จึงศึกษาและรวบรวมทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลังมาประยุกต์ใช้ร่วมกันเพื่อช่วยปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังให้มีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น และลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังได้

กระบวนการระลึกถึงความหลัง

กระบวนการระลึกถึงความหลังในผู้รับบริการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (รุจิรา พงศ์สุนนท์, 2548; นพิศ ตริรัตน์, 2550)

1. **กระบวนการระลึกถึงความหลังตามแนวคิดของ Sellers & Stork (1997)** การใช้กระบวนการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่รับการบำบัดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยทางการแพทย์และจุดประสงค์ที่ต้องการจะให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่รับการบำบัด ควรพิจารณาถึงความเต็มใจและความสามารถของผู้สูงอายุที่รับการบำบัดในการมีส่วนร่วม ในการระลึกถึงความหลังรวมถึงความรู้และความสามารถของพยาบาลที่ให้การบำบัดในการใช้กระบวนการระลึกถึงความหลัง จากการศึกษาพบว่า การบำบัดแบบระลึกถึงความหลังเป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่รับการบำบัดกับพยาบาลที่ให้การบำบัด และช่วยให้พยาบาลที่ให้การบำบัดได้มองผู้สูงอายุที่รับการบำบัดในทางด้านบวกและมองเป็นองค์รวมมากขึ้น (Ross, 1990 cited in Sellers & Stork, 1997)

Sellers and Stork (1997) ได้เสนอการใช้กระบวนการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่รับการบำบัดไว้ ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการการระลึกถึงความหลัง

1.1 อธิบายถึงขั้นตอนและวิธีการ ในการบำบัด และได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุที่รับการบำบัดแล้ว พยาบาลที่ให้การบำบัดและผู้สูงอายุที่รับการบำบัดมีการกำหนดตารางเวลาใน

การพบกันแต่ละช่วง ซึ่งควรใช้เวลาในแต่ละครั้งประมาณ 20-30 นาที ในการเยี่ยมบ้านก็ควรมีการวางแผนไว้เพื่อความต่อเนื่องและสามารถประเมินผลได้

1.2 พยาบาลที่ให้การบำบัดควรเลือกสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการบำบัดดูแลที่พยาบาลที่ให้การบำบัดและผู้สูงอายุที่รับการบำบัดสะดวกสบาย และสามารถดำเนินการตามขั้นตอนได้โดยไม่ถูกขัดจังหวะหรือรบกวน

1.3 บรรยากาศภายในบ้าน จะช่วยให้พยาบาลที่ให้การบำบัดหาหัวข้อในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดได้ระลึกถึงความหลังเพราะพยาบาลที่ให้การบำบัดจะสามารถมุ่งประเด็นไปยังบุคคลที่อยู่ในบ้านและมีความหมายต่อผู้สูงอายุที่รับการบำบัด

2. ขั้นตอนการการระลึกถึงความหลัง

2.1 พยาบาลที่ให้การบำบัดกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดเกิดกระบวนการระลึกถึงความหลัง โดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น “เมื่อนึกถึงอดีต คุณคิดอย่างไรบ้าง” “ความทรงจำในวัยเด็กช่วงไหนที่คุณชอบที่สุด” “กรุณาเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีตที่คุณไม่มีวันลืม” “คำพูดใดที่จะเป็นบทสรุปสำหรับชีวิตของคุณ” “เล่าถึงความผิดหวังที่รุนแรงที่สุดและความสำเร็จที่สุดของคุณ” เพื่อส่งเสริมการระลึกถึงความหลังให้เป็นไปตามกระบวนการ

2.2 พยาบาลที่ให้การบำบัดควรจะมีการกระตุ้นผู้สูงอายุที่รับการบำบัดบ่อย ๆ เพื่อให้การระลึกถึงความหลังดำเนินไปตามกระบวนการ และอาจใช้รูปภาพ สัตว์ ภาพยนตร์ ดนตรี และอัลบั้มรูป ประเพณี ครอบครัวยังเป็นสื่อในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลัง

2.3 ขณะที่ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดได้มีการเล่าถึงความหลังอยู่ พยาบาลที่ให้การบำบัดสามารถใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดต่าง ๆ เช่น การสะท้อนความรู้สึก (Reflection), การทำให้กระจ่าง (Clarification), การแลกเปลี่ยน (Sharing), การสังเกต (Observation), การให้เหตุผล (Validation), การกำหนดขอบเขต (Focusing) และ การฟัง (Active listening) ในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนขึ้น

2.4 พยาบาลที่ให้การบำบัดต้องมีความพร้อมในการที่จะยอมรับและเข้าใจความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุที่รับการบำบัดทั้งในทางด้านบวกและทางด้านลบ

2.5 หัวเรื่องที่ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดมีการพูดถึงบ่อยควรมีการบันทึกไว้ เพราะมักจะเป็นความทรงจำที่สำคัญและอาจเป็นเรื่องที่มีความรู้สึกขัดแย้งอยู่ในใจของผู้สูงอายุที่รับการบำบัด

2.6 ควรช่วยให้ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดได้มุ่งประเด็นไปยังหัวเรื่องที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ให้เกิดความกระจ่าง และลึกลงไป เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดผสมผสานความทรงจำและรู้สึกได้รับการประคับประคอง และมีคุณค่า

3. ชั้นสรุปการระลึกถึงความหลัง

3.1 ในระยะ 5 นาที สุดท้ายของแต่ละช่วง พยาบาลที่ให้การบำบัดควรมีการสรุปหัวข้อที่สำคัญแล้วดึงผู้สูงอายุที่รับการบำบัดกลับมาสู่ปัจจุบัน และนัดหมายในครั้งต่อไป

3.2 จำนวนครั้งในการระลึกถึงความหลัง ควรขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุที่รับการบำบัดแต่ละบุคคล (Hamilltion, 1992 cited in Sellers & Stork, 1997) โดยทั่วไปในการระลึกถึงความหลังควรใช้ระยะเวลาประมาณ 6-12 ครั้ง และในช่วงสุดท้ายของการระลึกถึงความหลังพยาบาลที่ให้การบำบัดควรสรุปประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดได้เล่าให้ฟัง

2. การระลึกถึงความหลังตามแนวคิดของ Soltys & Coats (1995) กล่าวว่า ควรจะใช้การบำบัดแบบระลึกถึงความหลัง โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับบุคคล ให้ความชื่นชม และควรมีการรวบรวมข้อมูลที่มีประโยชน์โดยคำนึงถึง ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ความเชื่อในเรื่องสุขภาพ ทักษะในการเผชิญปัญหา และแง่มุมทางวัฒนธรรม

จากประสบการณ์การทำงานของ Soltys & Coats (1995) ในการใช้การบำบัดแบบระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่รับการบำบัดจำนวนมากและในสถานการณ์ที่หลากหลาย ได้รูปแบบที่แสดงถึงผลลัพธ์ต่อทั้งผู้สูงอายุที่รับการบำบัด และพยาบาลที่ให้การบำบัดที่เรียกว่า รูปแบบการระลึกถึงความหลังของซอลโคส (Solcos Reminiscence Model) โดยประกอบไปด้วยประเด็นหลัก 3 ประเด็น ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการระลึกถึงความหลัง

2.1 กระบวนการ (Process) เป็นสิ่งที่จะทำให้กระบวนการสั้นไหล นำไปสู่การระลึกถึงความหลัง ประกอบด้วย 3 ประการ

2.1.1 ทักษะเบื้องต้น (Primary Skill) คือ ลักษณะการสัมภาษณ์ที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ การฟัง การพูดคุย การสัมผัส การมีทัศนคติที่ดี ให้ความเคารพ เข้าใจและอดทน

2.1.2 ปัจจัยเบื้องต้นที่มีอิทธิพล (Primary Influence Factors) ประกอบด้วย ประวัติ ภาวะทางด้านจิตวิญญาณ เอกสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่รับการบำบัด ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม ภาวะสุขภาพ

2.1.3 จุดเน้น (Focus) คือ สภาพแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง อาจไม่ได้หมายถึง ตัวผู้สูงอายุที่รับการบำบัดอย่างเดียว อาจหมายถึงครอบครัว บ้าน ชุมชน

2.2 สื่อประกอบ (Item) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการกระตุ้นและตอบสนองความรู้สึกต่อเรื่องราว เหตุการณ์ในอดีต

2.2.1 ตัวกระตุ้น (Stimuli) คือ สิ่งของของผู้สูงอายุที่รับการบำบัด หรือสิ่งของอื่น ที่จะช่วยให้พยาบาลที่ให้การบำบัดสามารถนำผู้สูงอายุที่รับการบำบัดมุ่งไปสู่ประเด็นของการระลึกถึงความหลัง

2.2.2 การตอบสนอง (Response) คือ เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก เช่น วิดีโอเทป และแฟ้มของผู้สูงอายุที่รับการบำบัด ที่จะช่วยในการมุ่งประเด็นไปสู่ครอบครัว บ้านชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุที่รับการบำบัด

2.3 ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการได้ระลึกถึงความหลังที่มีผลต่อผู้สูงอายุที่รับการบำบัดและพยาบาลที่ให้การบำบัด

2.3.1 ผลลัพธ์ของผู้สูงอายุที่รับการบำบัด คือประโยชน์ที่ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดได้รับจากกระบวนการระลึกถึงความหลัง ซึ่งอาจจะจำแนกเป็นกลุ่มของมุมมอง ทักษะ การยุติความสำเร็จ การแก้ปัญหา ที่มุ่งประเด็นไปยังความรู้สึกการเป็นบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการติดต่อสื่อสาร และพลังงานในการดำเนินกิจกรรม

2.3.2 ผลลัพธ์ของพยาบาลที่ให้การบำบัด คือประโยชน์ที่พยาบาลที่ให้การบำบัดได้แก่ บุคลากร สมาชิกครอบครัว เพื่อน ผู้ที่เอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการระลึกถึงความหลัง เช่น ทักษะที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร

จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุ จึงพอสรุปได้ว่า กระบวนการระลึกถึงความหลัง พยาบาลในฐานะผู้บำบัด ต้องเตรียมตัวในด้านความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการระลึกถึงความหลัง และทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด จึงจะทำให้การบำบัดเกิดผลลัพธ์ตรงตามที่คาดหวัง และพยาบาลที่ให้การบำบัดควรเป็นผู้ที่มองผู้สูงอายุที่รับการบำบัดเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่รับการบำบัดอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่รับการบำบัดได้มองเห็นคุณค่าและเข้าใจตนเอง

ประเภทของการระลึกถึงความหลัง

ประเภทของการระลึกถึงความหลังแบ่งออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้ (รุจิรา พงศ์สุนนท์, 2548; นพิต ตรีรัตน์, 2550; Sellers & Stork, 1997)

1. การระลึกถึงความหลังแบบผสมผสาน (Integrative Reminiscence) มุ่งประเด็นไปยังการผสมผสานระหว่างอดีตและปัจจุบัน บ่งบอกถึงความหมายในความรู้สึก คุณค่าในตนเองยอมรับตนเองและอื่น ๆ รวมถึงความขัดแย้งในตนเอง

2. การระลึกถึงความหลังโดยการใช้สื่อ (Instrumental Reminiscence) เป็นการระลึกถึงความหลังโดยการวาดภาพประสบการณ์ในอดีต โดยการระลึกถึงความทรงจำของประสบการณ์ที่อยู่ยาก ว่าบุคคลนั้นได้ผ่านความยุ่งยากนั้นมาได้อย่างไร และสามารถวาดภาพประสบการณ์ในอดีตนั้น เพื่อส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันได้อย่างไร

3. การระลึกถึงความหลังแบบส่งต่อ (Transmissive Reminiscence) เป็นการเล่าเรื่องและระลึกถึงประสบการณ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในอดีตหรือเป็นการทำให้ผู้ฟังเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน

4. การระลึกถึงความหลังแบบหลีกหนี (Escapist Reminiscence) เป็นกลไกที่มีขบวนการในการป้องกันตนเอง โดยมีจุดเน้นที่การสรรเสริญอดีตและติเตียนปัจจุบัน

5. การระลึกถึงความหลังแบบย้ำคิด (Obsessive Reminiscence) เป็นรูปแบบของการระลึกถึงความหลังที่มีลักษณะเฉพาะ ที่กำหนดที่จะระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ครุ่นคิดอยู่ในจิตใจหรือยังคงค้างคาใจว่าบุคคลนั้นเกิดความล้มเหลวในการผสมผสานความรู้สึกด้านลบและประสบการณ์ปัญหาในอดีตกับความรู้สึกเชิงบวกในปัจจุบัน เพื่อคาดหวังว่าจะเพิ่มความรู้สึกเชิงบวกมากขึ้นในชีวิตปัจจุบัน

6. การระลึกถึงความหลังแบบเล่าเรื่อง/ บรรยาย (Narrative Reminiscence) เป็นการระลึกถึงความหลังโดยใช้ลักษณะของการบรรยายมากกว่าที่จะตีความ หรือประเมินความหมาย ยังคงรูปแบบหรือข้อความที่เป็นอัตชีวประวัติโดยไม่มีการต่อเติม

การแบ่งประเภทของการระลึกถึงความหลังมีประโยชน์ในด้านของการวิเคราะห์ข้อมูล และหากจำแนกตามวัตถุประสงค์และกระบวนการของการระลึกถึงความหลังแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบของการระลึกถึงความหลังแบบผสมผสาน (Integrative Reminiscence) และการระลึกถึงความหลังแบบเล่าเรื่อง/ บรรยาย (Narrative Reminiscence) ที่มุ่งประเด็นให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวเล่าเรื่องในช่วงระหว่างอดีตและปัจจุบัน ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งรายละเอียดของโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทดลอง และวิธีการดำเนินการ โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันระลึกถึงบทเพลงในอดีตที่ประทับใจ ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันระลึกถึงกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจในยามว่างที่ทำเป็นประจำ ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันถ่ายทอด แบ่งปันความรู้สึกเกี่ยวกับภาพถ่าย ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันระลึกถึงงาน หรือกิจกรรมที่ทำด้วยความสมัครใจ ครั้งที่ 6 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันระลึกถึงเหตุการณ์ประวัติศาสตร์/ เหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต พร้อมเตรียมสื่อประกอบการกระตุ้นความจำให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังได้ย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ในอดีต เช่น ภาพถ่าย บทเพลง ฯลฯ การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเล่าเรื่องราว ประสบการณ์ในอดีตไปเรื่อย ๆ อาจจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเพลิดเพลินกับเหตุการณ์ในอดีตนั้น ย้อนนึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ แล้วทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข เพิ่มความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ให้สมาชิกในครอบครัวได้เห็นคุณค่าในตัวผู้สูงอายุ

ขั้นตอนในการระลึกถึงความหลัง

ขั้นตอนในการระลึกถึงความหลังมีความสำคัญ คือ เพื่อความสะดวกและการเข้าใจที่ตรงกันสำหรับพยาบาลที่ให้การบำบัดและผู้สูงอายุที่รับการบำบัด ที่จะเริ่มการดำเนินกิจกรรมการระลึกถึงความหลัง ขั้นตอนประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ (Hamilton, 1992)

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) คือการเลือกเหตุการณ์ในอดีต ที่อยู่ในความทรงจำของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีความรู้สึกพิเศษ ประทับใจในเหตุการณ์นั้น
2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) คือผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ในอดีตแล้ว จะนำอารมณ์ ความคิด และความรู้สึก ไปยังเหตุการณ์ที่เลือก เพื่อที่จะบอกถึงความรู้สึกให้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรต่อผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุเก็บจำความทรงจำนั้นตลอดมาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปันให้ฟัง
3. ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Social Interaction) คือผู้สูงอายุเล่าเรื่องราว/บรรยาย รายละเอียดของเหตุการณ์นั้น ๆ ให้ผู้อื่นฟัง และยังถือว่าเป็นการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (Self Expression)
4. ระยะสิ้นสุดการบำบัด (Closure) เป็นระยะยุติสัมพันธภาพซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ เมื่อถึงกำหนดระยะเวลาที่ตกลงกันมาถึง สัมพันธภาพควรมีการยุติตามข้อตกลง และเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้สรุปสิ่งที่เกิดขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพ

ในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังและเล่าเรื่องนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ เพราะเมื่อมีสัมพันธภาพที่ดี ผู้สูงอายุก็จะสามารถเล่าเรื่องราวได้อย่างไม่รู้สึกขัดใจ หรือต้องปิดบังความรู้สึกใด ๆ และหลักในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะต้องอาศัยทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด (ปาหนัน บุญหลง และคณะ, 2544) ซึ่งรายละเอียดของแต่ละทักษะที่ใช้ มีดังนี้

1. การฟัง (Listening Skills) เป็นทักษะที่ใช้ในการแสดงความสนใจต่อคำพูดและภาษาท่าทางของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งเนื้อหา ตลอดจนความรู้สึกของเรื่องที่เล่ามาอีกทั้งยังเป็น การที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่ให้การบำบัดเห็นความสำคัญและให้เกียรติกับผู้สูงอายุว่าเรื่องที่ผู้สูงอายุเล่ามานั้นพยาบาลที่ให้การบำบัดกำลังตั้งใจฟังอยู่ และบางครั้งต้องฟังเพื่อที่จะสังเกตเห็นการพูดกับอารมณ์ของผู้สูงอายุเหมาะสมกันหรือไม่ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่

2. การสะท้อน (Reflecting Skills) วัตถุประสงค์ของการสะท้อน คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความรู้สึกและเรื่องราวของตนเองได้ดียิ่งขึ้น และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักว่าพยาบาลที่ให้การบำบัดพยายามที่จะเข้าใจผู้สูงอายุ การสะท้อนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting Feeling) เป็นการช่วยนำความคลุมเครือออกมาให้กระจ่างขึ้นก่อนจะสะท้อนความรู้สึก พยาบาลที่ให้การบำบัดจะต้องมีความสามารถในการฟัง และคิดตามไปด้วยว่าคำพูดเช่นนั้นของผู้สูงอายุเกิดจากความรู้สึกอย่างไรแล้วจึงสะท้อนออกมา

2.2 การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting Contents) เนื่องจากผู้สูงอายุอาจไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวประติดประต่อกันได้ ดังนั้นจึงควรช่วยให้เรื่องราวกระจ่างขึ้นโดยการสะท้อนเนื้อหา

3. การให้กำลังใจ (Reassuring Skills) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและช่วยให้ผู้สูงอายุได้คลายเครียดในการระลึกถึงความหลัง ความสุภาพนุ่มนวล จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ

4. การตีความหมาย (Interpreting Skills) จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่ต่าง ๆ อย่างกระจ่างแจ้งและเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ได้ตระหนักในตนเองช่วยให้ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุ

5. การสังเกต (Observation) เป็นการติดตามพฤติกรรมและความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้สูงอายุปฏิกิริยาที่เป็นอาการแสดงที่ไม่ใช่คำพูด (Nonverbal) ทั้งหมด เช่น อาการสั่น อาการผลุนผัน ไม่พอใจ ซึ่งอาจจะเกิดมาจากอาการเครียดหรือวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

6. การทวนซ้ำ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิด ความจำ โดยไม่มีการเพิ่มเติมความคิดของพยาบาลที่ให้การบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสำรวจ รับรู้และเข้าใจ ความคิดของตนเองและเพื่อที่ต้องการเน้นข้อความนั้นเพื่อการขยายความกลับสู่ประเด็น

7. การสรุปความ (Summarizing) เป็นการทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม โดยพยายามให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ฝึกทบทวนด้วยตนเองก่อน เพื่อที่พยาบาลที่ให้การบำบัดจะได้ทราบถึงความเข้าใจของผู้สูงอายุว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีเนื้อหาส่วนไหนที่ควรเพิ่มเติมซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจมากขึ้น พร้อมนำไปปรับใช้ได้จริงจากนั้นพยาบาลที่ให้การบำบัดจึงมีการสรุปความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัดให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและร่างกายอย่างไร

8. การให้คำแนะนำ (Suggestion) เป็นการชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุจะได้นำไปปรับและประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

9. การให้ข้อมูล (Giving Information) เป็นการให้การบำบัดให้ข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจำง คลายความวิตกกังวลและสามารถเข้าใจขั้นตอนการบำบัดมากขึ้น เช่น พยาบาลที่ให้การบำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และการบำบัดด้วยโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง

10. การตั้งคำถามปลายเปิด-ปิด (Open-end Question) เป็นการตั้งคำถามปลายเปิด-ปิด เพื่อมุ่งไปสู่หัวข้อที่ใช้ในการกระตุ้นถาม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตอบได้หลายทาง

การระลึกถึงความหลังพยาบาลต้องนำทักษะต่าง ๆ มาใช้ประกอบกัน เพื่อให้มีความต่อเนื่องของกระบวนการระลึกถึงความหลัง ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังสามารถเล่าเรื่องได้อย่างไม่ติดขัด และยังสามารถเปิดเผยความรู้สึกของตนเองได้ พยาบาลต้องเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) ไม่ขัดจังหวะ (Don't interrupt) ให้การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ (Unique Human Being) ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการปรับตัวมากขึ้น

รูปแบบในการระลึกถึงความหลัง

ในการระลึกถึงความหลังสามารถทำได้ 2 รูปแบบ (Butler, 1963; Hamilltion, 1992; Synder, 1998) ดังต่อไปนี้

1. การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล (One-to-one Reminiscence) การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล พยาบาลสามารถกำหนดหัวข้อ หรือไม่กำหนดหัวข้อ ซึ่งการกำหนดหัวข้อมักเป็นไปตามพัฒนาการของชีวิต เช่น ประสบการณ์ในอดีตที่มีความสำคัญและประทับใจ วัฒนธรรมประเพณีไทยที่ประทับใจ เป็นต้น หากไม่มีการกำหนดหัวข้อในการระลึกถึงความหลัง พยาบาลที่ให้การบำบัดจะให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวในอดีตไปเรื่อย ๆ ซึ่งบางครั้งผู้สูงอายุอาจเกิดความวิตกกังวลไม่รู้อะไรจะเริ่มตรงไหน สิ่งสำคัญในการระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล คือ พยาบาลต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ไม่ขัดจังหวะ และยอมรับสิ่งที่ผู้สูงอายุเล่าเรื่อง ด้วยการแสดงออกทางสีหน้าและความรู้สึก จำนวนครั้งในการระลึกถึงความหลังเป็นรายบุคคลต้องขึ้นอยู่กับลักษณะผู้สูงอายุแต่ละคน และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการระลึกถึงความหลังแต่ละครั้งประมาณ 30-60 นาที (Hamilltion, 1992) การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคลมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางความคิด หรือขี้อายไม่กล้าบอกเล่าเรื่องราวของตนเองให้ผู้อื่นฟัง

2. การระลึกถึงความหลังเป็นรายกลุ่ม (Group Reminiscence) เป็นการระลึกถึงความหลังร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีสมาชิกประมาณ 4-10 คน สมาชิกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุ หากมีสมาชิกมากเกินไป ผู้สูงอายุอาจไม่เกิดการระลึกถึงความหลัง หากมีจำนวน

ผู้สูงอายุน้อยเกินไปอาจไม่เกิดความหลากหลาย จำนวนครั้งในการทำกลุ่มประมาณ 6-10 ครั้ง ความถี่ในการทำกลุ่ม 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ (Butler, 1963) สถานที่ในการทำกลุ่มควรกว้างเพียงพอ สะดวกสบายในการเข้าห้องน้ำ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังได้ระลึกถึงความหลัง เฉพาะรายบุคคลที่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังแต่ละคนมีข้อจำกัดเรื่องภาวะสุขภาพ สุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น มีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรมนาน อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง บวม ตามตัว ฯลฯ ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้ากลุ่มระลึกถึงความหลัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังเฉพาะรายบุคคลที่บ้าน เป็นจำนวน 6 ครั้งใน 3 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทดลอง และวิธีการดำเนินการ โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันระลึกถึงบทเพลงในอดีตที่ประทับใจ ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันระลึกถึงกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจในยามว่างที่ทำเป็นประจำ ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันถ่ายทอด แบ่งปันความรู้สึกเกี่ยวกับภาพถ่าย ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันระลึกถึงงาน หรือกิจกรรมที่ทำด้วยความสมัครใจ ครั้งที่ 6 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง และครอบครัวร่วมกันระลึกถึงเหตุการณ์ประวัติศาสตร์/ เหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต พร้อมเตรียมสื่อประกอบการกระตุ้นความจำให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังได้ย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ในอดีต เช่น ภาพถ่าย บทเพลง ฯลฯ ครั้งที่ 7 การติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

การดำเนินกิจกรรมการระลึกถึงความหลังเป็นรายบุคคล สรุปได้ดังนี้

1. ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสับสนหรือไม่ จากนั้นจัดให้ผู้สูงอายุนั่งในท่าที่สะดวกสบาย และผ่อนคลาย ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายจะไม่สามารถทำการระลึกถึงความหลังได้
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัวเอื้ออำนวยต่อการระลึกถึงความหลัง ไม่มีเสียงรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศไม่ร้อนหรือเย็นมากเกินไป
3. เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการระลึกถึงความหลังให้พร้อม เช่น รูปภาพ บทเพลง เครื่องเสียง เป็นต้น

คุณสมบัติของพยาบาลที่ให้การบำบัดโดยการระลึกถึงความหลัง ดังนี้

1. พยาบาลที่ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟัง จากคำบอกเล่าความทรงจำของผู้สูงอายุ
2. พยาบาลที่ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความแม่นยำในการระบุกระบวนการระลึกถึงความหลังของผู้สูงอายุแต่ละคน ได้
3. พยาบาลที่ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความแม่นยำในการตอบสนองกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการระลึกถึงความหลังได้

ผลของการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังมีผลต่อจิตใจ ดังนี้

(Soltys & Coats, 1995)

1. เพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ
2. เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
3. เพิ่มความผาสุกในชีวิต
4. เพิ่มความหวัง
5. เพิ่มความมั่นคงทางใจ
6. ส่งเสริมความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม
7. ส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัว
8. ลดภาวะซึมเศร้า
9. ลดภาวะเครียดและวิตกกังวล

การระลึกถึงความหลังเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติซึ่งมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ของผู้สูงอายุ และการระลึกถึงความหลังนั้นก่อให้เกิดผลทางด้านบวกมากกว่าทางด้านลบ คือ กระบวนการคิดทบทวนเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมาของบุคคลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ แล้วมีการถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดให้ผู้อื่นฟังอย่างมีขั้นตอน และมีเป้าหมายในการกระทำ เช่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความพึงพอใจในชีวิต ฯลฯ

บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ (Role of Family

Participation/ Family Involvement)

ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคือ ครอบครัว ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ได้แก่

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2546) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพไว้ดังนี้

1. ครอบครัวต้องดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยที่ซับซ้อน และครอบครัวจะต้องปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระ ไปจนถึงการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
2. ครอบครัวต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกทุกคน และช่วยกันแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัว
3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรคและทำการรักษาเบื้องต้น อุปกรณ์ต่าง ๆ ได้แก่ ยา ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต เก้าอี้เข็น เป็นต้น
4. ครอบครัวมีอำนาจในการเลือก และตัดสินใจว่าควรให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายต่อสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิก

Friedman (1997) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ว่าเป็นพื้นฐานเบื้องต้นในการดูแลรับผิดชอบ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยได้อธิบายถึงบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตามสภาวะสุขภาพต่าง ๆ เป็น 6 ระยะ ดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Health Promotion and Illness Prevention) โดยใช้การมีภาวะสุขภาพดีมาปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตประจำวัน ทำให้มีภาวะสุขภาพดี ก่อให้เกิดผลต่อการดำเนินชีวิต และครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้
2. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระบะที่มีอาการ (Symptom Experience Stage) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในระบะนี้ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วย อาการ ลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุของการเกิดอาการ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ หรือความใส่ใจต่อการดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันสมาชิกในครอบครัวจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care Seeking Stage) ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าเมื่อใดที่สมาชิกในครอบครัวมีภาวะเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าควรได้รับการรักษาที่ใด ได้แก่ บ้าน คลินิก โรงพยาบาล

4. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical Contact Stage) ครอบครัวทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมภูมิเบื้องต้น เพื่อส่งต่อให้ระบบปฐมภูมิเพื่อทำหน้าที่ส่งผู้ป่วยต่อหน่วยบริการแบบอื่นต่อ

5. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา (Dependent Patient Stage) ครอบครัวสามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วย (Patient Role) ว่าควรปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับใด และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Patient Role Behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อใด จนถึงความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

6. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation Stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนหรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีอาการรุนแรง หรือสมาชิกที่เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว หรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว

จากบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวร่วมกับความหมายที่ Friedman (1997) ให้ไว้สามารถแบ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกครอบครัว ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวเข้ามาให้การดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรักษาตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนกิจกรรมการรักษที่บ้านแก่สมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแล

2. ด้านการกระตุ้นและให้กำลังใจ ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวได้ให้การดูแลทางด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแล ได้แก่ การพูดคุยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความหวังใจ และรับรู้ถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา

3. ด้านการสนับสนุน ให้คำแนะนำหรือชี้แนะแนวทาง ได้แก่ การที่สมาชิกในครอบครัวสอน แนะนำสมาชิกที่ต้องการการดูแลเกี่ยวกับโรค อาการแสดง สาเหตุของการเกิด อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมไปถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาของทีมสุขภาพ

4. ด้านการตัดสินใจในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการการดูแลเกี่ยวกับการรักษาแสวงหาการรักษาพยาบาลว่าควรได้รับการรักษาพยาบาลที่ใด ได้แก่ บ้าน คลินิก โรงพยาบาล

5. ด้านการประเมินพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลของสมาชิกที่ต้องการการดูแลว่าสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับใด อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยเกิดจากอะไร และสามารถแก้ไขได้หรือไม่

โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

โปรแกรมการระลึกถึงความหลังพัฒนาขึ้นจากโปรแกรมของ Jones (2003) โดยใช้แนวคิดหลักในการระลึกถึงความหลังตามรูปแบบของ Hamilton (1992) และของ Soltys & Coats (1995) โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางใจ ปรับเปลี่ยนอ้อมโนทัศน์ที่มีต่อตนเองให้เป็นไปในทางบวก ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกในชีวิต คือมีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยให้มีความสุข โดยผ่านการระลึกถึงประสบการณ์ในอดีต (Annie Chin, 2007)

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน มีอาการขึ้นลงไม่แน่นอน ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในทุก ๆ ด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ ร่างกายมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไต และส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรืออาจมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมนั้น ๆ นำมาซึ่งการสูญเสียภาพลักษณ์และบุคลิกภาพที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังรู้สึกมีปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง คุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่มั่นใจ ขาดความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวความตาย หมกมด้อยในชีวิต ท้อแท้ เศร้าโศก หมกมดหวัง และอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเมื่อมีอาการมากขึ้นอาจส่งผลถึงชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังและครอบครัว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการดูแลและให้การพยาบาลภาวะจิตใจของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังอย่างเหมาะสม ให้สามารถลดภาวะซึมเศร้า และปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคไตวายเรื้อรังได้อย่างมีความสุข เกิดความผาสุกในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง พบว่ามีการศึกษาของ เฉลิมวรรณ เกตุสวัสดิ์ (2546) เรื่องผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มและการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่มที่มีต่อความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความผาสุกในชีวิตในระดับน้อยถึงปานกลางค่อนข้างน้อย จำนวน 21 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 7 คน ดำเนินการ โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง 8 ครั้ง ครั้งละ

60-90 นาที แบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ต่อมา พิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 19-24 คะแนน จำนวน 12 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 6 คน แบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพ การระลึกถึงความหลังในช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตามลำดับ และการยุติสัมพันธ์ภาพ ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ เรณู อินทร์ตา (2548) ที่ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 13-24 คะแนน จำนวน 20 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการระลึกถึงความหลังรายบุคคลที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นอกจากนี้จากการศึกษาของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจจากแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองจำนวน 15 คน ประกอบด้วยแผนการบำบัด 6 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที การสร้างสัมพันธ์ภาพและมารู้จักภาวะซึมเศร้ากันเอง การระลึกถึงความหลังวัยเด็ก การระลึกถึงความวัยรุ่น การระลึกถึงความหลังวัยผู้ใหญ่ การระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังเข้ารับการบำบัดมีระดับภาวะซึมเศร่าลดลง สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาของ Jonsdottir et al. (2001) ที่ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย เป็นการวิจัย 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังในกลุ่มตัวอย่าง 12 คน ชาย 2 คน หญิง 10 คนทั้งหมด 12 ครั้ง โปรแกรมประกอบด้วย การผ่อนคลาย การอ่านประวัติของแต่ละบุคคล จากนั้นประเมินแบบวัดซึมเศร้าของเบค และแบบวัดความมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าเพิ่ม

ความผาสุก ได้แก่ ความสนุกสนาน ความรู้สึกดี ยอมรับในตนเอง และผู้อื่นมากขึ้น และจากการศึกษาของ Jone (2003) ที่ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังสำหรับผู้หญิงสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน โดยดำเนินการกลุ่ม 6 ครั้งใน 3 สัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที โดยมีขั้นตอนสร้างสัมพันธภาพ ระลึกถึงบทเพลงในยุค 1920-1950 อภิปรายถึงกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจในยามว่าง ร่วมแบ่งปันแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับภาพถ่ายของสมาชิกร่วมกัน อภิปรายถึงงานหรือกิจกรรมที่ทำด้วยความสมัครใจในอดีต อภิปรายเหตุการณ์ประวัติศาสตร์/ เหตุการณ์ในอดีตร่วมกัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มระลึกถึงความหลังมีผลต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุหญิงโดยผลการบำบัดสามารถลดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุหญิงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามวัยในทางที่เสื่อมลง การเจ็บป่วยเรื้อรัง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความรู้สึกพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียพลังอำนาจ หมดกำลังใจในการดำเนินชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามดูแลตนเอง อาจส่งผลต่อชีวิตผู้สูงอายุ วิธีการในการลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุนั้นมีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาไว้ เช่น การใช้กระบวนการกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การระลึกถึงความหลัง ฯลฯ ผู้วิจัยเชื่อว่าการระลึกถึงความหลังเป็นวิธีที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักชอบนึกถึงและเล่าเรื่องราวในอดีตให้ผู้อื่นฟัง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต ลดภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิตตามมา สามารถปฏิบัติตามดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลังในการลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความผาสุกในชีวิตในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการระลึกถึงความหลังให้สอดคล้องกับภูมิหลังของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดหลักในการระลึกถึงความหลังตามรูปแบบของ Hamilton (1992) และของ Soltys & Coats (1995) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดลพบุรี