

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารตำรา บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากประชาชนในปัจจุบันมีอายุยืนขึ้น ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย โดยทั่วไปการวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรคภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักถูกมองข้ามสืบเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น โรคทางกาย ยาที่รักษาโรคทางกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจจากวัยที่สูงขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเหล่านี้อาจไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่พบได้ในคนปกติ จะมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ และเป็นอยู่นานหลายชั่วโมง หรือมากกว่านั้น อาการที่เกิดช่วงสั้น ๆ เป็นครั้งคราว ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก ส่วนโรคซึมเศร้าอาการต่าง ๆ จะคล้ายกับภาวะซึมเศร้า แต่ระยะเวลาของอาการจะคงอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ติดต่อกันขึ้นไป โรคซึมเศร้าที่จำแนกได้ตามคู่มือการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR], 2000) ลักษณะอารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายจะเป็นเกือบทั้งวัน เป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป และจะต้องมีอาการแสดงต่างๆ เหล่านี้ อย่างน้อย 5 ข้อและอย่างน้อยต้องมีข้อ 1) หรือข้อ 2) ได้แก่ 1) ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก 3) เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน 4) นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ 5) มีการเคลื่อนไหวช้า (Psychomotor Agitation or Retardation) 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิด 8) สมาธิลดลง ลังเลใจ

9) คิดเรื่องการตายหรือการฆ่าตัวตาย อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำการประกอบอาชีพ การเข้าสังคมหรือทำหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญ

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ (2547) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา แสดงอาการโดยมีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า

อรพรรณ ทองแดง (2551) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย

มานิช หล่อตระกูล (2550) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย โดยในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยมักทนเสียงดัง หรือมีคนรบกวนไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ

Beck (1976) ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงความเป็นทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยคำหยาบ ดิเดียน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ เริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า ความมีคุณค่าในตนเองลดลง หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ ได้แก่ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีผู้ทำการศึกษาและอธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factors) ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการอธิบายภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยทฤษฎีดังต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory of Depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้า เกิดจากการบกพร่อง หรือความผิดปกติในการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) โดยมีปริมาณของสารสื่อประสาท คือ Acetylcholine, Dopamine, Serotonin และ Norepineprine ลดลง นอกจากการลดลงของสารสื่อประสาทแล้ว ยังเกิดจากความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ชื่อ Cortisol ที่เชื่อมโยงจากฮอร์โมนที่มาจากการทำงานของต่อมใต้สมอง คือ Corticotropin-Releasing Hormone หรือ CRH วงจรนี้เรียกว่า Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis หรือ HPA Lewin อธิบายว่า Serotonin และ Norepineprine จะควบคุมเรื่องของอารมณ์และวงจรการหลับตื่น และการลดลงของสารสื่อประสาททั้ง 2 นี้ เป็นผลทำให้ระบบประสาท Lymbic System บริเวณ Amygdala ส่งผลต่อการควบคุมในเรื่องอารมณ์ การขาดแรงจูงใจ ความต้องการทางเพศ ความผิดปกติเรื่องความอยากอาหาร ส่วนต่อม Pituitary ตอบสนองต่อการลดลงของสารสื่อประสาทด้วยการปวดท้อง ประจำเดือนผิดปกติ และการถูกรบกวนเรื่องการนอนหลับ ในส่วนของความผิดปกติของต่อมหมวกไต ชื่อ Cortisol ของวงจร Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis มีการแสดงเรื่องความอยากอาหารลดลงหรือกินมากขึ้น นอนมากหรือนอนไม่หลับ (Burt & Ishak, 2002)

นอกจากทฤษฎีทางชีวเคมีดังกล่าวข้างต้น ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังสามารถนำทฤษฎีแห่งความชราที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางชีววิทยาของผู้สูงอายุ มีผู้ทำการศึกษาและสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1.2 ทฤษฎีความชรา อธิบายถึงกระบวนการของความชราทางชีววิทยา (Elipoulos, 2005 อ้างถึงใน วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) โดยได้แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 กลุ่มที่ 1 ทฤษฎีความชราระดับเซลล์ (Cellular Ageing)

1.2.1.1 Genetic Programming and Errors/ Program Ageing Theory ทฤษฎีนี้เสนอโดย Hayflick (1961 cited in Kozier, 2000) โดย Hayflick เชื่อว่า Gene เป็นกลไกสำคัญของความชรา โดยสัตว์และมนุษย์เกิดมาพร้อมกับยีนส์ กำหนดอายุขัยไว้แล้ว มีการศึกษาที่แสดงว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างอายุพ่อแม่กับอายุของลูก การผ่าเหล่าของยีนส์ (Genetic Mutations) อธิบายภายใต้ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ว่าเริ่มจากการผ่าเหล่าของ DNA (Mutation of DNA) ทำให้เกิดการผ่าเหล่าระหว่างการแบ่งเซลล์ จำนวนเซลล์ที่ผ่าเหล่าในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบของร่างกายทำงานบกพร่อง การทำงานของร่างกายจึงลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) นักพฤกษศาสตร์และนักชีววิทยาเชื่อว่ายีนส์ที่ควบคุมความชราโดยตรงอาจมี

จำนวนไม่มากนักและน่าจะไม่เกิน 250 ยีนส์ จากการศึกษาได้พบสารพันธุกรรมที่ตำแหน่งปลายสุดของโครโมโซมและเกี่ยวข้องกับการแบ่งเพิ่มจำนวนของเซลล์ กลุ่มสารพันธุกรรมนี้เรียกว่า Telomeres ซึ่งประกอบไปด้วย Hexanucleotides ลดลงมากเท่าไรความสามารถในการสร้าง DNA ใหม่ (Duplication) ก็จะยิ่งลดลงและทำให้ความสามารถในการแบ่งเซลล์ลดลง เซลล์จะสามารถเพิ่มจำนวน Hexanucleotides ของ Telomeres ได้โดยอาศัย RNA-Associated polymerase ที่มีชื่อเรียกว่า Telomerase แต่เนื่องจากเซลล์ร่างกายทั่วไปมีเอนไซม์นี้ในปริมาณที่จำกัดจึงทำให้ Telomeres สั้นลงเรื่อย (ประมาณ 50-200 Hexanucleotides ของทุกครั้งที่มีการ Duplication) และทำให้โครโมโซมและเซลล์ในร่างกายทั่วไปสามารถแบ่งเซลล์ได้ในจำนวนครั้งที่จำกัด ในขณะที่เซลล์สืบพันธุ์และเซลล์มะเร็งจะมีเอนไซม์นี้ทำงานได้อย่างเพียงพอจึงทำให้ความยาวของ Telomeres เหล่านี้ไม่สั้นลง เซลล์สืบพันธุ์และเซลล์มะเร็ง จะสามารถแบ่งตัวได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสามารถพบยีนส์ที่สร้างเอนไซม์ Telomerase โดยในเซลล์มะเร็งพบว่ายีนส์นี้จะสามารถสร้างเอนไซม์อยู่ตลอด (Kozier, 2000)

1.2.1.2 Cross-linking Theory ทฤษฎีนี้ เสนอโดย Bjorkstein ในปี ค.ศ. 1968 สารของทฤษฎีคือ สารที่ทำให้เกิดการเชื่อมไขว้ (Cross-linking Agent) จะเชื่อมตัวมันเองกับแถบ DNA (DNA Strand) ทำให้ส่วนของแถบปกติมาเชื่อมกับ DNA ไม่ได้ระหว่างการแบ่งเซลล์ Mitosis เมื่อเวลาผ่านไปสารที่ทำให้เกิดการเชื่อมไขว้ มีการสะสมมากขึ้น ๆ มีการรวมตัวกันหนาขึ้น จะขัดขวางต่อการเกิดภายในเซลล์ จนในที่สุดทำให้อวัยวะและระบบของร่างกายล้มเหลว ผลของการเชื่อมไขว้ต่อคอลลาเจน (เป็น Connective Tissue ที่สำคัญในปอด หัวใจ หลอดเลือด และกล้ามเนื้อ) คือความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อนี้ลดลง ซึ่งเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้นพร้อมกับความชรา การแบ่งเซลล์จะถูกคุกคามด้วยรังสีหรือปฏิกิริยาทางเคมี (Kozier, 2000)

1.2.1.3 Free- radical theory ทฤษฎีนี้เสนอโดย Harman ในปี ค.ศ. 1955 ทฤษฎีนี้อธิบายว่า เซลล์แต่ละเซลล์จะดำรงชีวิตอยู่ได้จากการทำงานของส่วนต่าง ๆ ภายในเซลล์ และในขณะเดียวกันก็จะมีสารที่ไม่พึงปรารถนาเกิดขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งอนุมูลอิสระ (Free-radicals) ได้แก่ Oxygen Free-radicals และ Superoxide ซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดการทำลายและความเสื่อมต่อส่วนต่างๆของเซลล์รวมถึง DNA ด้วย โดยปกติแล้วมีกลไกในการกำจัดอนุมูลอิสระ แต่กลไกเหล่านี้อาจไม่เพียงพอและทำให้เกิดอนุมูลอิสระมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุทำให้เอนไซม์ผนังเซลล์ และ DNA ผิดปกติ ถึงแม้จะมีการทดลองพบว่าสาร Anti-oxidants สามารถขจัดอนุมูลอิสระได้ แต่มีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้นที่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุขัยและระดับการทำงานของสาร Anti-oxidants ในร่างกายสัตว์ทดลอง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)

1.2.1.4 Somatic Mutation Theory ทฤษฎีนี้อธิบายว่า เมื่ออายุมากขึ้น โอกาสการเกิดการผ่าเหล่า (Mutation) จะสูงขึ้นดังเห็นได้จากโอกาสการเกิด Down's Syndrome ของทารกจะสูงขึ้นเมื่ออายุของมารดาเพิ่มขึ้นและโอกาสเกิดมะเร็งสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นการเกิดการผ่าเหล่าจึงอาจเป็นสาเหตุของความชรา DNA ในไมโทคอนเดรียมีโอกาสการเกิดการผ่าเหล่าสูงกว่า DNA ในนิวเคลียสมาก และมีความสำคัญสูง เนื่องจากไมโทคอนเดรียเป็นแหล่งสร้างพลังงานของเซลล์ มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความชรากับจำนวนไมโทคอนเดรียที่มีการผ่าเหล่าของ DNA ทั้งในสัตว์ที่เลี้ยงลูกด้วยนมรวมทั้งมนุษย์และสิ่งมีชีวิตชั้นต่ำ เช่น ราประเภท Podospora และ Neurospora (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)

1.2.1.5 Peptin Error Catastrophe Theory ทฤษฎีนี้เสนอโดย Orgel ในปี ค.ศ. 1963 ทฤษฎีนี้อธิบายว่า โอกาสผิดพลาดของการปฏิบัติจะพบได้เมื่อมีการปฏิบัติซ้ำ ๆ อยู่เรื่อย ๆ เช่น การสร้าง DNA การสร้าง RNA และการสร้างโปรตีน หรือ เอนไซม์ ซึ่งเมื่อเกิดการผิดพลาดขึ้น ผลที่ตามมาจะมีโอกาสขยายตัวในวงกว้างและอาจเป็นต้นเหตุของความชราได้ เพราะข้อผิดพลาดของการสังเคราะห์ DNA และ RNA โปรตีนหรือ เป็นต้นเหตุทำให้เกิดข้อบกพร่องของโครงสร้างหรือหน้าที่ความล้มเหลวของการบันทึก (Transcription) หรือการแปล (Translation) ระหว่างเซลล์ (Ebersole & Hess, 2001)

1.2.1.6 Glycation Theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่าปรากฏการณ์ Glycation หรือการที่น้ำตาลโดยเฉพาะกลูโคสในรูปอัลดีไฮด์เข้าจับกับโปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์โดยไม่ต้องอาศัยกระบวนการทางเอนไซม์และทำให้เกิดเป็น Advance Glycation End product (AGE) เป็นผลทำให้เกิดการเสื่อมในหน้าที่ของโปรตีนและมีผลต่อเนื่องถึงภายในเซลล์ นอกจากนี้ทำให้เกิดการอักเสบของ Mesangial and Endothelial Cell ในบริเวณที่เกิด Glycation เกิดการเชื่อมโยงของโปรตีนและกรดนิวคลีอิกได้ง่ายและเพิ่มการผ่าเหล่าของ DNA และนำมาซึ่งความชราในที่สุด ตัวอย่างของปรากฏการณ์ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะปรากฏลักษณะของความชราเร็วกว่าคนทั่วไป (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)

1.2.2 กลุ่มที่ 2 ทฤษฎีความชราระดับสิ่งมีชีวิต (Organismal Ageing)

1.2.2.1 Wear and Tear Theory ทฤษฎีนี้เสนอโดย Pearl ในปี ค.ศ. 1924 ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเป็นผลมาจากการเสื่อมของร่างกายที่ไม่สามารถถูกทดแทนได้ กล่าวคือ ร่างกายมีการทำหน้าที่คล้ายเครื่องจักร หรือรถยนต์ที่ส่วนสำคัญจะเสื่อมถอยลงตามเวลา และการใช้งานทำให้เซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะ หรือระบบ ได้รับบาดเจ็บซ้ำแล้วซ้ำอีก และมีการใช้งานมากเกินไป นำไปสู่ความชรา ตัวอย่างที่นำมากล่าวอ้างในทฤษฎีนี้คือ Atherosclerosis และการเสื่อมของระบบหัวใจและหลอดเลือด สิ่งมีชีวิตจะมีความสามารถที่เหมือนกันประการหนึ่งคือความสามารถในการ

ซ่อมแซมตัวเอง การดำรงของสิ่งมีชีวิตเป็น “ระบบเปิด” และจะปรากฏการเสื่อม หรือความบกพร่องอย่างต่อเนื่อง สิ่งมีชีวิตมีความสามารถในการซ่อมแซมตนเองได้จะมีชีวิตยืนยาว เช่นเดียวกับเซลล์สืบพันธุ์ที่จะต้องสามารถหลีกเลี่ยงการเสื่อมได้ดีพอ ไมเช่นนั้นก็จะสูญเสียความสามารถในการก่อกำเนิดชีวิตใหม่ในสายพันธุ์นั้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)

1.2.2.2 Accumulation Theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากการสะสมของสารที่เป็นของเสียหรือที่เป็นพิษ โดยที่ไม่สามารถขจัดได้ เกิดขึ้นเนื่องจากพบมีสาร เช่น Lipofuscin สะสมในเซลล์สมอง และกล้ามเนื้อหัวใจ อย่างไรก็ตามก็เชื่อว่าสารเหล่านี้เกิดจาก Intracellular Autophagy หรือการทำลายสารหรือองค์ประกอบภายในเซลล์โดยเซลล์เองซึ่งเป็นดัชนีของความเสื่อมของเซลล์เนื่องจากวัย โดยอาจมีความเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาจากอนุมูลอิสระมากกว่าจะเป็นกลไกโดยตรงของความชรา Lipofuscin “Age Pigments” เป็น Lipoprotein ที่ผลิตผลจากปฏิกิริยา Oxidation ในกระบวนการชราที่สามารถมองเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์เรืองแสงเท่านั้น Lipofuscin มีความสัมพันธ์กับ Oxidation ของไขมันไม่อิ่มตัว เชื่อว่า Lipofuscin มีบทบาทในกระบวนการชราคล้ายกับอนุมูลอิสระ กล่าวคือ เมื่อมีการสะสมของ Lipofuscin จะรบกวนการแพร่ (Diffusion) และการขนส่งสารที่ใช้ในการ Metabolites รวมทั้งรบกวน โมเลกุลที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูล (Information-bearing Molecules) ในเซลล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความชราของบุคคลกับจำนวนของ Lipofuscin ที่มีอยู่ในร่างกาย (Elipoulos, 2005)

1.2.2.3 Rate of Living Theory ทฤษฎีนี้เสนอโดย Pearl ในปี ค.ศ. 1928 ทฤษฎีนี้เชื่อว่าอายุขัยของสิ่งมีชีวิตสัมพันธ์กับอัตราของ Metabolism โดยพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจ และระดับ Metabolism แปรผกผันกับอายุขัยในสัตว์ที่เลี้ยงลูกด้วยนม นอกจากนั้นเมื่อเพิ่มหรือลดอุณหภูมิของร่างกายสิ่งมีชีวิตเป็นผลให้ Metabolism เปลี่ยนแปลงแล้วจะทำให้อายุขัยเพิ่มขึ้นหรือลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)

1.2.3 กลุ่มที่ 3 ทฤษฎีความชราที่อธิบายสาเหตุแห่งความชรา

1.2.3.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutional Theory) ทฤษฎีนี้วางอยู่บนพื้นฐานที่ว่า “ผู้พร้อมที่สุดจะเป็นผู้ดำรงชีวิตอยู่ได้” คำว่าผู้พร้อมที่สุดไม่ได้หมายถึงผู้ที่แข็งแรงประการเดียว แต่ยังรวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และความเฉลียวฉลาดอีกด้วย จากข้อมูลต่าง ๆ พบว่า ขนาดของสมองต่อน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุขัย ซึ่งเป็นหลักฐานสนับสนุนของความเป็นผู้พร้อมที่สุดของมนุษย์ โดยทั่วไปแล้วพบว่าสัตว์ที่มีขนาดสมองต่อน้ำหนักตัวสูงจะมีช่วงอายุในวัยเจริญเติบโต (Development Period) นานเพื่อจะมีโอกาสในการเรียนรู้ และจะต้องมีช่วงอายุหลังจากนั้นนานพอที่จะสั่งสมความรู้ และสอนแก่พวกที่ยังมีอายุน้อยอยู่ได้ ความชรา เป็นลักษณะของวิวัฒนาการอาจมองได้เป็น

2 ทิศทางคือ ทิศทางแรก ความชราเป็นลักษณะเด่นของควมมีชีวิตยืนยาวและอายุยืนยาวนี้เองที่เป็นประโยชน์ต่อความพร้อมและวิวัฒนาการ ทิศทางที่สองคือ ความชราเป็นลักษณะเด่นของการกำจัดเมื่อสิ่งมีชีวิตอายุยืนยาวจนก่อประโยชน์ได้ต่ำและผ่านเข้าสู่ระยะไม่พร้อมในการวิวัฒนาการอีกต่อไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

2. ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic Factors) ผลสรุปทางการศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรมพบว่า ยีนส์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic Twins) มีโอกาสเป็นโรคนี้อายุร้อยละ 50 สำหรับญาติในลำดับที่ 1 (First-degree Relative) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป ประมาณ 1.5-3 เท่า และจากการศึกษายังพบอีกว่าบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าบุตรมีโอกาที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15-45 (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

3. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial Factors) สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ทฤษฎีนี้เริ่มต้นโดย Beck (1965) ซึ่งกล่าวถึงกระบวนการรับรู้ด้วยปัญญา แล้วจัดระเบียบความรู้ที่ได้นั้นแล้วจึงนำไปใช้ในโอกาสต่อไป ทฤษฎีทางปัญญากล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะมีกระบวนการของการคิดที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือมุ่งพิจารณาไปในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางบวก Beck กล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามีความคิดบิดเบือน คือผู้ป่วยจะมีการคิดว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว มักจะตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางไม่ดีและคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง ความคิดที่บิดเบือนนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็ก เช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อไป ความเห็นจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า การรักษาการรู้คิดจึงเป็นการพิสูจน์หาเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการรู้คิดที่ไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการรู้คิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

3.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) ภาวะซึมเศร้าที่อธิบายโดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Freud, 1905 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2548) ภาวะของจิตมี 2 ระดับ คือจิตสำนึก (Conscious) จิตใต้สำนึก (Unconscious) จิตระดับใต้สำนึกมีกลไกทางจิตหลายประเภท เช่น แรงจูงใจ อารมณ์ที่ถูกเก็บกด ความรู้สึกนึกคิด ความฝัน ความทรงจำ พลังจิตใต้สำนึกมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันทั่ว ๆ ไป เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม

ไว้เหตุผลและผิดปกติในลักษณะต่าง ๆ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของพลังจิตได้สำนึก ที่ไม่มีโอกาสได้แสดงออกมาตามระยะพัฒนาการของอายุอย่างเหมาะสม เกิดภาวะ “ติดขัดอยู่ (Fixation)” จึงแปรรูปเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติดังกล่าว

3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้โดยใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (รางวัล) ที่เหมาะสมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไปหรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการที่สังคมนั้นไม่สามารถจัดหารางวัลใด ๆ ได้เลย เหตุการณ์อย่างนี้จะทำให้นุคคลเกิดอาการเบื่อ ไม่ร่าเริง ผิดหวังหรืออาจจะเกิดจากเหตุการณ์ที่บุคคลได้รับรางวัลที่คิดว่าไม่คู่ควร เหตุการณ์เช่นนี้ทำให้ความภาคภูมิใจตนเองลดลง ตามทฤษฎีนี้ปัจจัยชวนที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่ายคือ บุคคลนั้นขาดทักษะทางสังคมจนทำให้ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ได้รับรางวัลทันทีลดลง (Pavlov, 1928 อ้างถึงใน ชนิดดา แนนเกสร, 2551)

ในส่วนทฤษฎีด้านจิตสังคมของการสูงอายุก้าวถึงกระบวนการทางด้านจิตใจ พฤติกรรม และความรู้สึกรับของบุคคลตลอดช่วงชีวิต สามารถอธิบายได้ดังในทฤษฎีต่อไปนี้

3.4 Disengagement Theory ผู้สร้างทฤษฎีนี้คือ Elaine Cumming และ William Henry ในปี ค.ศ. 1961 (Elipoulos, 2005) ทฤษฎีนี้มีทัศนะต่อความสูงอายูว่าเป็นกระบวนการที่สังคม และบุคคลต่างค่อย ๆ หนีจากกัน เป็นความพึงพอใจ และได้ประโยชน์ทั้งสองฝ่าย ประโยชน์สำหรับบุคคลคือ ได้เป็นตัวของตัวเอง เป็นอิสระไม่ต้องมีบทบาทในสังคม ส่วนประโยชน์ต่อสังคมคือ มีการถ่ายโอนอำนาจจากผู้สูงอายูไปเป็นผู้เยาว์ ทำให้สังคมยังคงทำหน้าที่ของตนได้หลังจากบุคคลที่เป็นสมาชิกของสังคมมีการเสียชีวิตไป ทฤษฎีนี้ไม่ได้ระบุว่าสังคมหรือบุคคลเป็นผู้เริ่มต้นของกระบวนการถอยหนี ผู้สูงอายูอีกหลายคนยังต้องการมีส่วนร่วมในสังคม ดังเห็นจากผู้สูงอายูมีความพึงพอใจในการให้บริการที่มีคุณค่ากับสังคม เช่น สมาชิกวุฒิสภา ศาสตราจารย์ในมหาวิทยาลัย มีการวิจารณ์ของทฤษฎีนี้ว่า บุคคลไม่จำเป็นต้องถอยหนีออกจากสังคม ถ้าสังคมทำให้การดูแลสุขภาพ และการเงินของผู้สูงอายูดีขึ้น รวมทั้งให้การยอมรับ โอกาสและให้ความนับถือต่อผู้สูงอายูมากขึ้น โดย Cumming และ Henry ได้ทำการศึกษาในคนชนชั้นกลาง อายุระหว่าง 48-68 ปี จำนวน 172 คน ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีเศรษฐฐานะดี บุคคลผิวดำ และเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้อยู่ในกลุ่มศึกษานี้ (Elipoulos, 2005)

3.5 Activity Theory เป็นทฤษฎีที่ตรงกันข้ามกับ Disengagement Theory ทฤษฎีนี้ค้นพบโดย Rubinshtein (1889 cited in Elipoulos, 2005) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้สูงอายูยังคงดำเนินชีวิตเหมือนอยู่ในช่วงวัยกลางคน (Middle-aged) ต่อไปอย่างต่อเนื่อง ปฏิเสธการเป็นผู้สูงอายู

ยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และสังคมควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกับปฏิบัติต่อกันวัยกลางคน ทฤษฎีนี้แนะแนว ทางของการคงไว้ซึ่งกิจกรรมของผู้สูงอายุซึ่งตกในสภาพที่มีการสูญเสียหลายอย่างที่มาพร้อมกับความชรา รวมทั้งทดแทนกิจกรรมทางปัญญา (Intellectual Activity) เพื่อกิจกรรมด้านร่างกายเมื่อความสามารถทางร่างกายลดลง การชดเชยบทบาทด้านการงานกับบทบาทอื่นเมื่อเกษียณอายุ การสร้างมิตรภาพใหม่เมื่อเพื่อนเสียชีวิต สิ่งที่ต้องต่อต้านและเอาชนะ แทนที่จะยอมรับแต่โดยดี คือการเสื่อมถอยของสุขภาพ การสูญเสียบทบาท รายได้ลดลง เพื่อนลดลง และอุปสรรคอื่น ๆ ต่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิตที่กระฉับกระเฉงในวัยสูงอายุ ข้อดีของทฤษฎีนี้คือการมีกิจกรรมอันเป็นที่ปรารถนามากกว่าการไม่มีกิจกรรม เพราะการมีกิจกรรมช่วยให้เกิดความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Physical, Mental, and Social Well-being) การที่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ยอมรับว่าตัวเองเป็นผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางทฤษฎีนี้ด้วยเหมือนกัน ทฤษฎีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่า ผู้สูงอายุทุกคนมีความต้องการ และมีความสามารถที่จะคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตเช่นเดียวกับคนวัยกลางคน เพราะพบว่าผู้สูงอายุบางคนต้องการมีโลกของตนเองที่เล็กลงเพื่อให้สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสมรรถนะที่ลดลง หรือมีความชอบที่จะมีบทบาทลดลง มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ขาดแหล่งประโยชน์ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจที่จะดำรงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมเช่นเดิม (Elipoulos, 2005)

3.6 Continuity Theory ทฤษฎีนี้เสนอโดย Havighurst (1975) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (Engagement) หรือถอยห่างออกจากสังคม (Disengagement) ขึ้นกับลักษณะบุคลิกภาพ (Personality Traits) (Ebersole & Hess, 2001) ทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ และมีความมีใจโน้มเอียงที่มีต่อการกระทำในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่คล้ายคลึงกับระยะอื่นของวงจรชีวิต บุคลิกภาพ และแบบแผนพื้นฐานของพฤติกรรม ยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อสูงอายุ ตัวอย่างเช่น เป็นนักกิจกรรมเมื่ออายุ 20 ปี เมื่ออายุ 70 ปีก็ยังคงเป็นนักกิจกรรม ในทางตรงกันข้าม คนหนุ่มสาวที่แยกตัวเอง ไม่เข้าสังคม ก็จะไม่ทำกิจกรรมเมื่อสูงอายุ แบบแผนของพฤติกรรมได้พัฒนาตลอดช่วงเวลาของการดำรงชีวิตจะเป็นตัว กำหนดว่าบุคคลจะยังคงมีกิจกรรมหรือไม่มีกิจกรรม การยอมรับว่าบุคคลแต่ละคน มีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน ทำให้การปรับตัวต่อการสูงอายุมิการแสดงออกที่หลากหลาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ร่างกายผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้เป็น 3 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม (Christiansen & Grzybowski, 1993 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุจะพบตั้งแต่ระดับเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไป ส่วนใหญ่จะทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงเรื่อย ๆ ตามอายุที่มากขึ้น รวมทั้งระบบหัวใจ และหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง การไหลเวียนในหลอดเลือดของหัวใจ และปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ระบบการหายใจ มีการสูญเสียความยืดหยุ่น ความแข็งแรง และกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้า และหายใจออกลดลง ระบบทางเดินอาหารที่เริ่มจากการสูญเสียฟัน การย่อยอาหารที่เริ่มมีปัญหา ปัญหาท้องผูก ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก เช่น มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว จนไม่สามารถปฏิบัติการระกิกที่เคยกระทำเช่นในวัยหนุ่มสาวได้ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่นและการรับรสการสัมผัสเกิดการเสื่อมลง (วาริ กังใจ, 2540)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (Buss & Biazar, 1989 อ้างถึงใน วาริ กังใจ, 2540) ได้แก่

2.1 การสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย ในวัยสูงอายุ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการเสื่อมถอย ทำหน้าที่ได้ไม่เหมือนเดิม ทำให้มีผลกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความรู้สึกความมีคุณค่าตนเองลดน้อยลงไป ในบางครั้งก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายแก่ผู้ใกล้ชิด (วาริ กังใจ, 2540)

2.2 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุอาจต้องพบกับการสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รักอื่น ๆ เช่น ญาติสนิท บุตรหลาน หรือเพื่อนฝูง โดยการตายจากกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก หากการสูญเสียเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง เนื่องจากการปรับตัวต่อการสูญเสียนี้กระทำได้ยาก อาจเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าวุ่น ซึมเศร้า และถ้าไม่ได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจจากผู้ใกล้ชิด จะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอย่างถาวร (วาริ กังใจ, 2540)

2.3 การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ วัยสูงอายุเป็นช่วงของการเกษียณอายุ ผู้สูงอายุต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระที่ต้องติดต่อทางด้านธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิด

ความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกไร้คุณค่า ไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม ในขณะที่เดียวกันก็ขาดรายได้ หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (วาริ กังใจ, 2540)

2.4 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุ บุตรหลานมักจะมีครอบครัวเป็นของตนเอง และแยกย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่ โดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาดูแล และสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่ และรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง (วาริ กังใจ, 2540)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociological Change) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีความเกี่ยวข้องกับต่อสภาวะด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจึงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Buss & Biazzer, 1989 อ้างถึงใน วาริ กังใจ, 2540) มีต่อไปนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงสังคมในระดับมหภาค (Macro Level) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบหรือโครงสร้างของสังคม การเปลี่ยนแปลงของภาวะสังคม เช่น อัตราการเพิ่มของประชากรมากขึ้น ผลจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ที่เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล และความเจริญทางการศึกษา ทำให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย จึงทำให้อายุขัยของประชากรเพิ่มขึ้น จำนวนของผู้สูงอายุ จึงเพิ่มมากขึ้นด้วย เมื่อจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ปัญหาของผู้สูงอายุจึงมีเพิ่มตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ในปัจจุบันครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากบุตรหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเป็นภาระกับบุตรหลาน อาจถูกทอดทิ้งได้

3.2 การเปลี่ยนแปลงในระดับจุลภาค (Micro Level) ได้แก่การเปลี่ยนแปลงส่วนบุคคลที่เกิดอยู่เป็นปกติ เช่น เรื่องค่านิยมหรือคุณค่าทางจริยธรรมในเรื่องการแต่งกาย ในเรื่องมารยาทของคนหนุ่มสาวที่เปลี่ยนจากเมื่อสมัยที่ผู้สูงอายุยังเป็นหนุ่มสาวอยู่ จะทำให้ผู้สูงอายุขัดเคืองใจ รำคาญ ดูว่า หรือพรีาสอนให้เปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวัยได้ จะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แล้วทำให้ไม่สามารถที่จะปรับตัวต่อสิ่งที่ตนเองเผชิญแล้ว ย่อมที่จะเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

จากทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าวัยสูงอายุ เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม จากการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวส่งผลโดยตรงกับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกเป็นภาระของลูกหลาน และสังคม ส่งผลให้การดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไม่มีความสุข เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ถ้าหากผู้สูงอายุ ไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแห่งวัยสูงอายุและไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

Rawlins and Heacock (1988) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นความแปรปรวน ของอารมณ์ที่เป็นพยาธิสภาพ มีความผิดปกติของความรู้สึก ทักษะคิด และความเชื่อที่มีต่อตนเอง และบุคคลอื่น บุคคลจะมองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกสูญเสีย หดหู่ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มองดูตนเองด้อยค่า มีความรู้สึกผิด คาดหวังผู้อื่น มีความประหวั่นพรั่นพรึง โดยที่ภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูง อายุคล้ายกับความเสียใจอันเกิดจากสถานการณ์มาตุคาม เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การเป็น โรคเรื้อรัง ถ้าผู้สูงอายุปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงก็ย่อมเกิดภาวะซึมเศร้ายิ่งขึ้น และภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียคุณภาพชีวิต บั่นทอนความมั่นคงทางจิตใจ (Ego Integrity) ลดความหวังในชีวิตผู้สูงอายุอย่างมาก (Love, 2000 อ้างถึงใน จิตนิวรรณ บำรุงรส, 2552) อาการ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยกว่าความเป็นจริง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) โดยมีสาเหตุจาก 1) ทั้งแพทย์และผู้ป่วยคิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นผลจากการมีอายุสูงขึ้น 2) ผู้ป่วยมักเน้น ที่อาการไม่สบายทางกายมากกว่าอาการซึมเศร้า และ 3) อาการซึมเศร้านักพบร่วมกับโรคทางกาย หรือโรคสมอง ซึ่งอาการจะเหมือนกับโรคซึมเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาของสถาบัน สุขภาพจิตแห่งชาติ (The National Institutes of Health) ปี ค.ศ. 1996 พบว่าตลอดระยะเวลา 40 ปีที่ ผ่านมามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 17 และมีอุบัติการณ์ของโรคร้อยละ 13 ต่อปี มีการ คาดการณ์จากองค์การอนามัยโลกว่าอีก 20 ปีข้างหน้า (ปี ค.ศ. 2020) ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหา สาธารณสุขอันดับหนึ่ง (WHO, 1996 อ้างถึงใน สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) สำหรับในกลุ่ม ผู้สูงอายุไทยจากการศึกษาประชากรสูงอายุในชุมชนเมือง และชนบทเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าใน กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด 1,052 คน จากชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) 370 ราย และชุมชนชนบท (ระนอง, นุรีรัมย์) 682 ราย โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale –TGDS) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุชุมชนเมือง ชุมชนชนบท เท่ากับร้อยละ 35.1 และ 17.1 (เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา และ

สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์, 2542) และในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความซึมเศร้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจดั้งเดิม และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตและสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน ซึ่งไม่เหมือนกัน

สมภพ เรื่องตระกูล (2547) ได้อธิบายถึง การวินิจฉัยโรค และโรคที่พบร่วมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคทางกาย อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักเกิดร่วมกับโรคทางกาย โดยที่โรคทางกายอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าง่ายขึ้นหรือกระตุ้นให้เกิดอาการขึ้นมาก โดยทั่วไปโรคทางกายที่ร้ายแรง และความพิการเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยมักเป็นโรคทางกายหลาย ๆ โรค ผู้ป่วยมักมีประสิทธิภาพทางด้านต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก ความสามารถทางด้านสังคม เช่น การพบปะพูดคุยจากกับคนอื่น การพักผ่อนหย่อนใจ และการมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก ยิ่งกว่าโรคทางกายเรื้อรังชนิดต่าง ๆ นอกจากโรคทางกายหลายโรคแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยมีความอ่อนแอ และต้องมาขอรับการรักษาเกี่ยวกับอาการไม่สบายบ่อย ๆ และต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าปกติ พบว่าร้อยละ 65 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาร่วมกับโรคอื่น ๆ ที่มี บางคนมีถึง 5 ชนิด รวมทั้งการรักษายาของ ผู้ป่วยโรคทางกาย และมีอาการซึมเศร้าจะมากกว่าผู้ป่วยซึ่งไม่มีอาการซึมเศร้าถึง 2 เท่า

2. อาการซึมเศร้าในโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีอัตราของอาการซึมเศร้ามากกว่าในประชากรทั่วไป ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าซึ่งมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ร้อยละ 15-30 มีอาการเศร้าเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าง่ายคือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการซึมเศร้าประมาณร้อยละ 25 ผู้ที่มี Cortical และ Infarct จะมีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าสูง พบว่าพยาธิสภาพที่บริเวณซีกซ้ายของสมอง (Left Hemisphere) โดยเฉพาะใกล้ชิดกับปลาย Frontal Lobe และ Subcortical Atrophy เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมาภายหลัง ทั้งนี้เพราะสารสื่อประสาท Serotonin และหรือ Norepineprine ในบริเวณนั้นลดลง ส่วนในโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าไม่ได้มีความสัมพันธ์กับอาการของโรค และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมาก ๆ ซึ่งมีอาการซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) จะมีลักษณะ 1) มีประวัติครอบครัวเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน 2) มีอัตราการเป็นโรคสมองเสื่อมสูงในเวลาต่อมา 3) มีความบกพร่องของการได้ยินเสียงมาก และ 4) มีการขยายใหญ่ของ Ventricles

3. อาการซึมเศร้าร่วมกับโรคจิต พบว่าร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นโรคซึมเศร้า และรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจะมีอาการโรคจิต ในขณะที่ผู้ที่รักษาตัวอยู่ในชุมชนมี

อาการโรคจิตเพียงร้อยละ 5 อาการโรคจิตซึ่งพบส่วนใหญ่เป็นอาการหลงผิด ส่วนอาการประสาทหลอนพบได้น้อย ความคิดหลงผิด (Delusion) มักจะเกี่ยวกับความรู้สึกผิด เป็นโรคทางกาย และระแวงว่ามีคนทำร้าย ส่วนอาการหลงผิดในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะไม่สอดคล้องกับความผิดปกติของอารมณ์

4. ความเศร้าโศกเสียใจ (Bereavement) ผู้ซึ่งสูญเสียชีวิตมักเกิดอาการซึมเศร้า ความรู้สึกไม่สบายใจอย่างมากต่อการเป็นหม้ายจะมีอยู่ตลอดในช่วง 2 ปีต่อมา ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงน้อยที่จะมีอาการซึมเศร้าในช่วง 2-3 เดือนแรก เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยแต่ในระยะปลายปีที่ 2 ทั้งผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุน้อยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าเท่าๆ กัน โดยพบว่าร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าในช่วงปลายปีที่ 2 ส่วนผู้ที่มีอาการซึ่งไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าก็จะมีอาการบ่งชี้ของประสิทธิภาพ ความพิการ และคุณภาพชีวิตไม่ดี

สาเหตุและการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลจากปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ร่วมกัน ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่าง ๆ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้านักมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1.1 เพศหญิง ผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายราว 2-3 เท่า ผลการศึกษาของ Copeland (1999) พบเพศหญิง ร้อยละ 13.6 เพศชาย ร้อยละ 7.6 และผู้ป่วยซึมเศร้า ร้อยละ 67 เคยมีประวัติซึมเศร้านาก่อน

1.2 มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว เชื่อว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องน้อยเนื่องจากเกิดอาการในวัยสูงอายุ

1.3 มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า หรือแยก สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะหย่าหรือแยกกันอยู่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากถึงประมาณ 14 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่

1.4 ระดับการศึกษาต่ำ

1.5 รายได้ต่ำ ยากจน มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแม้ในประเทศที่กำลังพัฒนาหรือประเทศที่พัฒนาแล้วก็ตาม (Cole & Dendukuri, 2003; Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009; Ganatra, Zafar, Qidwai, & Rozi, 2008) ผู้สูงอายุโดยทางกายภาพมักมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพหากต้องมาประสบกับปัญหาเศรษฐกิจทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2554)

1.6 อยู่ในสถานพักฟื้นคนชรา เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางจิตสังคม เป็นกิจกรรม หรือการปฏิสัมพันธ์ที่ไร้ความหมาย

1.7 บุคลิกภาพย้ำคิดย้ำทำ (Obsession) และมีภาวะโรคประสาท (Neurosis) ซึ่งจะมี อารมณ์แปรปรวนง่าย และเจ็บป่วยบ่อย วิตกกังวลได้ง่ายแม้เป็นเหตุการณ์เล็กน้อย

2. ภาวะสุขภาพไม่ดี หมายถึงการมีโรคเรื้อรัง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความไม่สุขสบาย ซึ่งผลการวิจัยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 มีผลให้ บุคคลอ่อนแอ คิดถึงอันตรายที่จะเกิดต่อไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมกับบทบาท ความรู้สึกต่อ ตนเองไม่ดี โรค และภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กัน บางครั้งแยกยากว่าเป็นอาการจากโรคหรือ ภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นโรคที่ทำให้ปวดเรื้อรัง ดังการวิจัย ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และความปวดที่มากที่สุดของผู้สูงอายุไทยที่เข้ามารับ การรักษาที่โรงพยาบาล หรือ โรคเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพต่าง ๆ เช่น ข้ออักเสบรูมาตริส กระดูก สะโพกหัก โรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่ามีการขัดขวางวิถีประสาทของสารสื่อประสาททำให้เกิด อาการซึมเศร้า โรคพาร์กินสัน พบอาการซึมเศร้าร้อยละ 40 อาจเนื่องจากการขาดสารสื่อประสาท Serotonin ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มะเร็ง และโรคหลอดเลือด สมอง มีภาวะซึมเศร้า (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

3. ความผิดปกติของสมอง ในผู้สูงอายุจะมีระดับสารสื่อประสาท Noradrenalin และ Serotonin ลดลง ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีสารสื่อประสาทสองชนิดนี้ทำงานลดลง ดังนั้นการลดลง ของสารสื่อประสาทนี้อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับบางคน ผลการวิจัยยังพบรอยโรคส่วนเนื้อขาวได้ เปลือกสมองในผู้สูงอายุซึมเศร้า และพบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่อยู่ยาวนานเกิน 5 ปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพไม่ว่าจะเป็นต่าง ประเทศหรือในประเทศไทย เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายได้สูงกว่าโรค อื่น ๆ และจากรายงานของ Murphy et al. (1988 อ้างถึงใน สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) ศึกษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 120 ราย ติดตามผลระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป โดยอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วไปมี 12.4 ต่อ แสนประชากร ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-84 ปี เท่ากับ 26.5 ต่อแสนประชากร และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1992 อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

และร้อยละ 35 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-84 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ U.S. Department of Health and Human Service [USDHHS] (1999) ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ระหว่างปี ค.ศ. 1980-1996 ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80-84 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นถึง 16% และ Conwell et al. (1996) ศึกษาปัจจัยชักนำในการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบ 20% ของประชากรผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นเป็นเพศชาย และผู้สูงอายุสามารถฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 84 และอัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงนั้นจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (Alexopoulos, 2005) Penninx, Deeg and Van Eijk (2000) ศึกษาผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเป็นผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นสาเหตุชักนำในการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าสามารถเป็นตัวพยากรณ์ได้ถึงอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ (Cuijpers & Smit, 2002) ที่สำคัญผลกระทบจากการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทั้งในด้านการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาล ผลกระทบทางอ้อมจากการไม่สามารถทำงานได้จากการตายก่อนวัยอันควรหรือผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในการทำงานไปกับดูแล และการพยาบาล

จะเห็นได้ว่าเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคม ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ การฆ่าตัวตายสำเร็จกว่าวัยอื่น ๆ

ระดับภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้อธิบายถึงผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าว่า มีความแปรปรวนใน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมซึ่งในความแปรปรวนใน 4 ด้านนี้สามารถแบ่งความรุนแรงได้เป็น 4 ระดับ คือ 1) ระดับปกติ (Normal Range) 2) ระดับเล็กน้อย (Mild Depression) 3) ระดับปานกลาง (Moderate Depression) และ 4) ระดับรุนแรง (Severe Depression)

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ด้านความคิด มีความคิดประหม่นค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ดำเนินตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป (Beck, 1967) โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไป ตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง
2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบ

ความสำเร็จ โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความควบคุมของตนเอง ตัดสินใจยากแม้เรื่องเล็กน้อย

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดีไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย เป็นที่รังเกียจของสังคม

ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจต่อผู้อื่นลดลง (Beck, 1967) โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งก็มีอารมณ์เศร้าที่มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่องของครอบครัวและเพื่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ และความกระตือรือร้นในการทำงานลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกกดดันเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก ลึกลับ รังเกียจตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจต่อสิ่งใด ๆ เลย หมดความสนใจต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคมหรือต้องการที่จะตาย (Beck, 1967) โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึงพาผู้อื่นมากขึ้น และมีความต้องการที่จะตาย

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการหลีกหนีจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยง และแยกตัวเองออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรง และถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หดแรงแรงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลทั้งหมด แทบไม่มีการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด (Beck, 1967) โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีความอยากอาหารลดลง หรือรับประทานอาหารมากเกินไป หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ
2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบไม่ยอมรับประทานอาหารหรือลิ้มรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ
3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน หลังตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือไม่สามารถนอนหลับได้เลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

การประเมินภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีผู้ศึกษา และพัฒนาเครื่องมือไว้อย่างหลากหลาย เครื่องมือที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และได้มีการแปลเป็นภาษาไทย และสามารถนำไปใช้ในทางคลินิกได้ดังต่อไปนี้

1. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดย Montgomery และ Asberg ใช้ประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อประเมินอาการที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า จุดประสงค์ของการสร้างเครื่องมือนี้ เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงในการรักษา และเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับจิตแพทย์ แบบประเมินมี 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .97 ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม อาจเป็นพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานทั่วไป แบบประเมินนี้มีผู้นำไปใช้อย่างกว้างขวางหลาย ๆ ด้าน เช่น กลุ่มผู้ป่วย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น และผู้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ส่วนข้อจำกัดคือ แบบประเมินนี้มีการให้นิยามของภาวะซึมเศร้าไม่ครอบคลุมการนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันในปัจจุบัน (Montgomery & Asberg, 1974 อ้างถึงใน วันเพ็ญ แสงสงวน, 2539)

2. Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) การแยกตัว (Isolation) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ข้อดีของแบบวัด GDS คือ สะดวกต่อการนำไปใช้และเข้าใจง่าย ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการคิด อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน หรือบกพร่องด้านสติปัญญาหรือการรับรู้ และไม่สามารถนำไปใช้ในการประเมินอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วไปเช่น ความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากอาหาร และไม่สามารถใช้แยกอาการซึมเศร้าที่เกิดเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุได้ (Onega & Abraham, 1998 อ้างถึงใน ธรรมจลา อุดม, 2547) Kumik et al. (2001) ศึกษาผลของ โปรแกรม CBT สำหรับผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อายุเฉลี่ย 71.3 ปี โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Geriatric Depression Scale (GDS) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 53 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดจากผู้เชี่ยวชาญทางด้าน สูงอายุ บำบัดในเขตพื้นที่ชุมชน เยี่ยมบ้าน และทางโทรศัพท์ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดโดย โปรแกรมสุขศึกษา ใช้ระยะเวลาการบำบัดทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ชั่วโมง ร่วมกับการ ติดตามอาการทางโทรศัพท์ และมอบหมายการบ้านทุกวัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับ ภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

3. Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) และ อรรถธรณ์ ลิ้มทองอินทร์ (2535) ได้แปลเป็นภาษาไทย ลักษณะของแบบวัดความเศร้านี้ เป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตัวเองในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการตอบ ข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 30 หัวข้อคำถาม ลักษณะคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ค่าคะแนนรวมของ TGDS ระหว่าง 0-12 หมายถึงค่าปกติใน ผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนนถือว่ามีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนนถือว่ามีความเศร้าปานกลางและคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนนถือว่าเป็นผู้มีความเศร้า รุนแรง มีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ .94 เพศชายเท่ากับ .91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวม เท่ากับ .93

4. Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1977) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1977 ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Zung Self-Rating Depression Scale แบบประเมิน Beck Depression Inventory แบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale และแบบประเมิน Raskin Scale โดย Radloff (1977) ออกแบบมาเพื่อใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าใน

ชุมชนใช้ประเมินอาการเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ และในประชากรทั่วไป ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาที แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .85-.90 ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ ใช้เวลาในการประเมินน้อย ใช้ในกลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย แบบวัด CES-D เป็นเครื่องมือที่จะสอบถามความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ คำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ ๆ กล่าวคือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ วัดอาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นอีก 2 ข้อ โดยทดสอบว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับคำถามเชิงลบจะให้คะแนน 0, 1, 2, 3 ถ้าตอบว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย (น้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1-2 วันใน 1 สัปดาห์) เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย (3-4 วันใน 1 สัปดาห์) หรือบ่อยครั้ง (5-7 วันใน 1 สัปดาห์) และให้คะแนนตรงข้ามในกรณีคำถามเชิงบวก (ข้อ 4, 8, 12, 16) ค่าคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-60 คะแนน การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว โดยถือเอาคะแนนที่มีค่าคะแนน 16 คะแนนขึ้นไปเป็นจุดตัดคะแนนที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า (Radloff, 1977)

Radloff (1977) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

ภาวะปกติ	น้อยกว่า 16 คะแนน
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วง 16-21 คะแนน
เป็นโรคซึมเศร้า	มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป

สำหรับในประเทศไทย รัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) ได้นำแบบวัด CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย และได้นำมาทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือนี้ในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยครู โดยถือคะแนนมาตรฐานตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป เป็นตัวชี้บ่งว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นค่าเดียวกับต้นฉบับต่างประเทศ หลังจากนั้น กิติกร มีทรัพย์ และคณะจิตแพทย์จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแบบวัด CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย โดยนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 100 คน ที่มีอายุระหว่าง 20-25 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และจากการศึกษาของ สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซิงก์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุนี้จำนวน 15 คน พบว่าแบบประเมินมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 สอดคล้องกับการศึกษาของ Belza, Tari, Susan, Patrick and Ramsey (2002) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมกีฬาทางน้ำในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบและมีภาวะซึมเศร้าเขตเมือง Washington อายุเฉลี่ย 66.01 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 249

คน (Dropout 9%) โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการส่งเสริมการเล่นกีฬาทางน้ำสำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบโดยเฉพาะ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการออกกำลังกายทั่วไป โดยเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 20 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า การส่งเสริมการเล่นกีฬาทางน้ำในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคข้ออักเสบร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ Hepburn Tornatore, Center and Ostwald (2001) ศึกษาผลของการฝึกบทบาสำหรับครอบครัวในผู้ดูแลในแหล่งชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 117 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการจากพยาบาล นักศึกษา ครอบครัวบำบัดและนักอาชีพบำบัด ใช้ระยะเวลาการฝึกทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศนั้น ได้มีผู้นำแบบวัด CES-D ไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างแพร่หลายดังเช่นการศึกษาของ Clark et al. (1997) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอาชีพของผู้สูงอายุต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 361 คน อายุระหว่าง 70-79 ปี ในบริเวณเขต Los Angeles ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D โดยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการบำบัดทางอาชีพ และกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแบบวิธีปกติ ใช้ระยะเวลาการทดลองเป็นระยะเวลา 9 เดือน ทำกลุ่มบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการทดลองพบว่าผลของโปรแกรมการบำบัดทางอาชีพของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D หลังการทดลอง อยู่ในช่วง 10-15 คะแนน Beekman et al. (1995) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศ Netherlands ที่มีอายุระหว่าง 55-85 ปี โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D ในการคัดกรองอาการซึมเศร้า และ Mignor (2002) ได้ทำการศึกษาคูแลที่บ้าน (Home Health Care) โดยทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านในผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตเมือง Mississippi ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D โดยวิธีการศึกษาแบบตัดขวาง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 104 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่บ้านจากพยาบาล และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการดูแล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การที่จะนำเครื่องมือมาประเมินภาวะซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และความเหมาะสมของเครื่องมือต่อสิ่งที่จะศึกษานั้น ๆ เพื่อความให้เกิดความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพอย่างสูงสุดต่อการศึกษา ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้

แบบวัด CES-D ฉบับภาษาไทยของ รัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) มาใช้ในการวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเนื่องจากแบบวัดมีความเหมาะสมในการใช้สำรวจภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย สะดวก โดยจะสอบถามความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าทั้ง 20 คำถาม ข้อคำถามไม่เน้นอาการทางกายเป็นหลัก จึงเหมาะสมในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากในผู้สูงอายุมักพบว่ามีอาการทางกายอยู่มาก ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองเจ็บป่วยจากโรคทางกายไม่ใช่ทางด้านจิตใจ แบบวัด CES-D จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัด CESD นี้

การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ แบบใช้ยา (Pharmacological Therapy) และแบบไม่ใช้ยาหรือการบำบัดทางจิตสังคม (Non Pharmacological Therapy or Psychosocial Therapy) (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การใช้ยา (Pharmacological Therapy) การรักษาแบบใช้นี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. การใช้ต้านเศร้า (Antidepressants) การใช้ต้านเศร้ามีอยู่ 4 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 กลุ่ม Tricyclic Antidepressants เป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการลดการดูดกลับเข้าเซลล์ประสาทของ Serotonin และ Norepinephrine ที่จับต่อปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้นส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าหมดไปหรือทุเลาลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amitriptyline, Clomipramine, Desipramine เป็นต้น

1.2 กลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitor ยาออกฤทธิ์ยับยั้งการ Oxidation ของ Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มสารสื่อประสาท โดยไปยับยั้งการแตกย่อยทำให้มี Serotonin และ Norepinephrine เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อารมณ์ซึมเศร้าลดลง

1.3 กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของ Serotonin มีประสิทธิภาพในการรักษาอารมณ์เศร้า ขนาดยามีความปลอดภัย อาการข้างเคียงน้อย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine เป็นต้น

1.4 กลุ่ม New Generation Antidepressants เป็นกลุ่มยาตัวใหม่ของยาต้านเศร้า ได้แก่ Mianserin ยาตัวนี้ออกฤทธิ์โดยเพิ่มการหลั่ง Norepinephrine จากปลายประสาท ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเศร้าและนอนไม่หลับ Aminoketone ออกฤทธิ์โดยเป็น Dopamine และ Serotonin Reuptake Inhibitor ใช้กับผู้ป่วย Bipolar Depression

2. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง (Severe Psychotic) คลั่งรุนแรง (Severe Mania) และใช้ได้ดีมากในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง และมีอาการทางจิตที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยวิธีนี้มีความเสี่ยงในรายที่มีอาการความดันโลหิตสูง เนื่องจากในสมอง โรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นโรคร่วม ประสิทธิภาพของการรักษาดี แต่ในปัจจุบันมียาที่ให้ประสิทธิภาพในการรักษา และปลอดภัยมากกว่า ดังนั้นความนิยมด้านการใช้การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าลดลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวิช, 2542)

การบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial Therapy)

การบำบัดด้านจิตสังคมที่มีการประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปได้ (สุคสบาย จุลทัตพะ, 2540) ดังต่อไปนี้

1. การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษา การหาแนวทางแก้ไขความขัดแย้ง อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งการปรับตัว เช่น การให้คำปรึกษาในบุคคลที่พบความสูญเสีย (Bereavement Counseling)

2. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจ เป็นวิธีที่ไม่นิยมใช้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน และเกิดภาวะฟุ้งฟิงได้ง่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคในการรักษา การใช้การทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group Psychotherapy) จะได้ผลรักษาที่ดีกว่าในผู้สูงอายุ

3. การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy or CBT) เป็นการบำบัดรักษาที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายหลักคือ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดเพื่อแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรม และแนวคิดของผู้รับการบำบัด วิธีปฏิบัติคือ จัดตารางบันทึกส่วนที่ดี และส่วนที่ไม่ดีของความคิด มอบหมายงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข CBT จะปรับปรุงความคิดที่เกิดขึ้นในด้านลบเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต จากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วย CBT ได้ผลดีในการบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Satterfield and Crabb (2010) ได้ศึกษาการทำ CBT ร่วมกับการใช้ยาและการบำบัดแบบจิตสังคม ในผู้สูงอายุที่ร่วมเพศที่มีภาวะซึมเศร้ารายบุคคล โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-depression Scale (CES-D) นี้ ทำการบำบัดเป็นเวลา 1 ปี รวม 20 ครั้ง โดยมีกิจกรรม การบันทึกอารมณ์ประจำวัน การบันทึกกิจกรรมประจำวัน การนอนหลับ และการติดตามความต้องการของตนเอง การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิด และการค้นหาแนวทางการแก้ไข ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลอง

มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

4. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) คือการใช้หลักการของการเรียนรู้ (Learning Process) มาใช้แก้ไขอาการซึมเศร้า โดยให้บุคคลรู้ถึงปัญหาของตนเอง และวิธีแก้ปัญหานั้นๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลได้รับประสบการณ์ในด้านบวกในชีวิตเพิ่มขึ้น เช่น การให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยมีอาการความคิดหรือการกระทำในด้านดีของตนเอง การชม การยืมของผู้บำบัด บุคคลในครอบครัวจะช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้เร็ว

5. การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล (Stress and Anxiety Management) โดยจะใช้ได้ดีใน Agitated Depression เพื่อลด Anxiety ของผู้ป่วย วิธีที่ใช้เช่น การฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง (Progressive Relaxation)

6. การใช้ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) การประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ควรที่จะหาข้อมูลทางครอบครัวร่วมด้วย เช่น ความสัมพันธ์ ความถี่ในการเยี่ยมผู้ป่วย นอกเหนือจากการวินิจฉัยทางจิตเวช ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งเวลาอยู่ที่โรงพยาบาล และที่บ้าน ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวที่มีปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่คนเดียว การขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ สมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจถึงอาการของผู้ป่วยที่มองตนเองในแง่ลบโดยคิดว่าเป็นการตำหนิ ครอบครัวมีโอกาสทำให้ผู้สูงอายุมีอาการกลับมาอีก หรือไม่หายจากอาการเจ็บป่วยได้ การพบญาติและสมาชิกในครอบครัวเพื่ออธิบายและหาแนวทางในการป้องกันและดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

7. การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ (Social Competency) เพื่อลดอาการแยกตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้คงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน

8. การใช้กลุ่มบำบัด (Group Therapy) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ (Recreation) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help Group) การใช้บริการดูแลจากโรงพยาบาลในช่วงกลางวัน (Day-hospital) เป็นต้น

9. การทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง (Life Review and Reminiscence) โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงชีวิตของตน เรื่องราวในอดีตที่อยู่ในความทรงจำ และประทับใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจ และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป

จากการศึกษาพบว่า การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงด้วยยาจะได้ผลดี แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงที่ได้รับยาต้านเศร้าไม่ตอบสนองต่อยาถึงร้อยละ 35-40 ดังนั้นการรักษาทางจิตใจควบคู่ไปด้วย สามารถทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการในการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากความคิด และจิตใจของตนเอง จากงานวิจัยใน

ต่างประเทศ การปรับความคิด และพฤติกรรมเป็นวิธีหนึ่งที่นิยมใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันและเป็นวิธีที่ได้ประสิทธิผลในการรักษาได้ทุกวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่รวมทั้งวัยผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ

โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม CBT แบบกลุ่มมาประยุกต์ใช้โดยอิงกรอบแนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) Roy (1984) ตามทัศนะที่ว่าบุคคลเป็นระบบที่มีการปรับตัว มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีกลไกการรับรู้ที่บิดเบือนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม และแสดงออกมาโดยการเกิดภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการปรับตัวของมนุษย์ และการให้การช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีปัญหาในการปรับตัว เมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเข้ามาในชีวิต โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ โดยรอยจะมองบุคคลเป็นระบบองค์ประกอบสำคัญภายในระบบ คือ คนซึ่งต้องการได้รับการดูแล เป้าหมายการพยาบาลที่มุ่งเน้นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และทิศทางการพยาบาลที่ต้องการปรับตัวองค์ประกอบทั้ง 5 ประการจะประสานสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดเพื่อการทำงานของระบบ กลไกการปรับตัว และขอบเขตการปรับตัวของคนภายในระบบ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546) สารสำคัญของทฤษฎีนี้สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ระบบ เป็นองค์ประกอบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกัน คนเป็นระบบเปิด และสามารถปรับตัวได้อย่างดี ภายในระบบ และยังสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อม ถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งเสียหายก็จะกระทบกับองค์รวมของคนทั้งระบบได้เช่นเดียวกัน ขอบเขตของคนมีความยืดหยุ่น เปิดและปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น มีการทำงานร่วมกันในระบบรับเข้า ระบบส่งออกและกระบวนการทำงานในระบบ

1.1 ระบบรับเข้า (Input) เป็นสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมหรือจากตัวคน แบ่งได้เป็น

1) สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด ซึ่งคนต้องเผชิญโดยตรงในกรณีของผู้สูงอายุ เช่น การเสื่อมของอวัยวะร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บ โรคเรื้อรัง การสูญเสียบุคคลที่รักเช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนหรือบุตรหลาน เป็นต้น 2) สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli or Background Stimuli) เป็นสิ่งเร้าที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ปรากฏมีอยู่และ

เสริมให้คนเกิดการเปลี่ยนแปลง และปรับตัวเช่น การถูกทอดทิ้งให้อยู่ว้าเหว่ การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว การเกษียณอายุ เศรษฐฐานะที่ยากจน ขาดการยอมรับในสังคม เป็นต้น และ 3) สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) เป็นผลจากประสบการณ์ในอดีต เกี่ยวกับคำนิยาม ความเชื่อ เจตคติ อุปนิสัยและบุคลิกภาพเดิม

1.2 ระบบการทำงาน (Control Process) เป็นกระบวนการทำงานในระบบและให้ผลออกมา โดยที่กระบวนการหมายถึงกลไกการควบคุมภายในระบบ และผลที่ออกมา (Effector) เป็นหน้าที่ทางสรีระ อัดมโนทัศน์ บทบาท และการพึงพาในการปรับตัว

1.3 ระบบส่งออก (Output) เป็นผลลัพธ์ของระบบในระบบของคน ผลลัพธ์ก็คือการแสดงออกของคน ระบบส่งออกของระบบเป็นการตอบสนองที่ทำให้ประสิทธิภาพ (Adaptive Response) ส่งเสริมให้เกิดบูรณาภาพหรือเป็นการตอบสนองที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffect Response) ซึ่งไม่ส่งเสริมความสำเร็จตามเป้าหมาย การตอบสนองที่มีประสิทธิภาพของคนจะแสดงออกได้จากพฤติกรรมที่บอกความสำเร็จในการอยู่รอดปลอดภัย เกิดความเจริญงอกงาม

2. กลไกการปรับตัว (Coping Mechanism) เป็นกระบวนการหรือแบบแผนซึ่งคนใช้เพื่อควบคุมตนเองทั้งโดยการเรียนรู้ หรือมีขึ้นเองตามธรรมชาติ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ระบบการควบคุม (Regulator Mechanism) และ 2) ระบบการรับรู้ (Cognator Mechanism) ซึ่งถือเป็นระบบย่อยในระบบการปรับตัวของคน จะทำงานร่วมกันเพื่อบำรุงความสมดุลของคนในการปรับตัว โดยที่กลไกการควบคุม (Regulator) จะรับสิ่งเร้า (Input) จากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตัวบุคคล และมีกระบวนการทำงานภายใน (Internal Process) ที่ต้องอาศัยการประสานงานทางเคมี ทางระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ เกิดการตอบสนองทางสรีระ และส่งออก (Output) เป็นพฤติกรรมที่ปรากฏ ส่วนกลไกการรับรู้ (Cognator) จะควบคุมด้านอัดมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึงพา ระหว่างกัน ทั้งนี้ต้องอาศัยการทำงานของสมองในการรับรู้ การรับ-ส่งข้อมูล การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต การตัดสินใจ และการควบคุมอารมณ์

2.1 การปรับตัว (Adaptive Mode) เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงานภายในและแสดงออกเป็นระบบพฤติกรรมให้ปรากฏใน 4 ลักษณะ คือ การทำงานด้านสรีระ อัดมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึงพา ระหว่างกัน ภายหลังที่มีการประสานกันระหว่าง Regulator และ Cognator พฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน จะสะท้อนระดับการปรับตัวของบุคคล ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมของบุคคล และยังสะท้อนถึงการใช้กลไกการปรับตัวในแบบแผนพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ตลอดจนความสำเร็จหรือประสิทธิภาพการตอบสนองโดยสังเกตได้จากพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาให้ปรากฏ

2.2 การปรับตัวด้านสรีระ (Physiologic Function) จะรวมถึงความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายและวิธีการปรับตัว ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการนอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลงหรือมากขึ้นกว่าปกติ น้ำหนักลด ปวดเรื้อรัง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดตามร่างกายต่าง ๆ เป็นต้น การตอบสนองทางสรีระ ค่อนข้างจะมีความเป็นรูปธรรมสูง มีพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจน เข้าใจง่าย

2.3 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) เกี่ยวข้องกับความเชื่อ และความรู้สึกต่อตนเองซึ่งรวมถึงด้านร่างกาย (Physical Self) เป็นความรู้สึกจากการสัมผัส และจากภาพลักษณ์ด้านส่วนตัว (Personal Self) เป็นความมั่นคงเหนียวแน่น ไม่เปลี่ยนแปลง (Self-consistency) อุดมคติที่เกี่ยวกับตนเอง (Self-ideal) และความรู้สึกในด้านศีลธรรมจริยธรรม (Moral-ethical Self) เกี่ยวข้องกับการสังเกต และประเมินตนเอง (Self Observation and Self Evaluation)

2.4 การปรับตัวด้านการแสดงบทบาท (Role Function) จะรวมถึงการแสดงพฤติกรรมที่บอกตำแหน่งของบุคคลในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลต่อบุคคลอื่นในสถานการณ์ที่กำหนด แบ่งได้ 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ 1) บทบาทในทางเพศและอายุ เป็นบทบาทเริ่มแรก 2) บทบาทในครอบครัวในฐานะภรรยาหรือสามี และ 3) เป็นบทบาทชั่วคราวในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปมาได้

2.5 การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย (Interdependence) จะรวมถึงสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่มีความสัมพันธ์ และระบบสนับสนุน แสดงความสมดุลระหว่างพฤติกรรมพึ่งพารอยได้แบ่งทักษะแม่บททางการพยาบาลไว้ ดังนี้

1. คน เป็นผู้รับการดูแล โดยมีบทบาทโดยตรงต่อการดูแลดังกล่าว คนมีโครงสร้างทางชีว-จิต-สังคม และมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอกับสิ่งแวดล้อมซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในระบบการปรับตัวของคนจะใช้กลไกการปรับตัวต่อสิ่งเร้า ทั้งโดยสภาวะที่มีมาตามธรรมชาติหรือเกิดขึ้นภายหลัง

2. สิ่งแวดล้อม เป็นสภาพการณ์ เหตุการณ์ และอิทธิพล ซึ่งสิ่งแวดล้อมให้ผลกระทบต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล และกลุ่มบุคคล ประกอบเป็นสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นสิ่งเร้าภายใน และภายนอก สิ่งแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอต่อบุคคล

3. ภาวะสุขภาพ คือภาวะการอยู่ดี หรือภาวะเจ็บป่วยจนอาจถึงตาย ซึ่งถือเป็นมิติของชีวิตซึ่งคนย่อมหนีไม่พ้น ภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการของการเป็นอยู่ และบ่งบอกความสมดุลของระบบบุคคล

4. การพยาบาล เป็นความจำเป็นสำหรับบุคคล เมื่อมีการใช้พลังงานเพื่อการปรับตัวมากเกินไป ก็จะเหลือพลังงานไม่เพียงพอเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายของการมีชีวิตรอด การเจริญออกงานการสืบพันธุ์และการแสดงออกซึ่งความเป็นตนเอง การพยาบาลจะครอบคลุมขอบเขตการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน เพื่อเพิ่มระดับการปรับตัวของคนในขณะเจ็บไข้หรือเมื่อมีสุขภาพดี พยาบาลจะใช้ศาสตร์ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติ (Practice-centered Discipline) โดยมีจุดเน้นที่คนและการตอบสนองต่อคนต่อสิ่งเร้าตลอดจนการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม การใช้โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาบูรณาการร่วมกับการบำบัด จึงเป็นการบำบัดที่ต้องใช้กระบวนการทางการพยาบาลร่วมกับงานวิจัย (Roy & Andrew, 1999)

วิธีการนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การประเมินพฤติกรรมการปรับตัว (Assessment of Behavior) ขั้นตอนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัย ข้อมูลได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย ประวัติการบันทึกของแพทย์ และพยาบาล เมื่อได้ข้อมูลการปรับตัวแต่ละด้านครบถ้วนแล้ว จึงพิจารณาว่าผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดีหรือมีปัญหาการปรับตัว

2. การประเมินสิ่งเร้า (Assessment of Stimuli) เมื่อประเมินได้แล้วว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการปรับตัวด้านใดบ้าง ขั้นตอนต่อไปคือ การนำปัญหาการปรับตัวแต่ละด้านมาพิจารณาสาเหตุของปัญหาในการปรับตัวคือ การค้นหาสิ่งเร้าว่าอะไรคือสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง

3. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) นำปัญหาการปรับตัวแต่ละด้านและสาเหตุมาตั้งเป็นวินิจฉัยการพยาบาล หลังจากนั้นนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อนำไปสู่การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

4. การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาล (Goal Setting) เป้าหมายทางการพยาบาลที่ตั้งขึ้นจะมุ่งการปรับความคิด และพฤติกรรมที่มีปัญหาไปสู่ความคิด และพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการตั้งเป้าหมายทางการพยาบาล ดังนี้

4.1 ควรให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย

4.2 เป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจเป็นเป้าหมายระยะสั้นหรือระยะยาวก็ได้ แต่ต้องอยู่บนหลักการและเหตุผลที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้

4.3 เป้าหมายที่ดีควรเฉพาะเจาะจง สัมพันธ์กับปัญหา บ่งบอกทิศทาง และระดับที่วัดได้

5. การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) จะมุ่งที่การจัดการกับสิ่งเร้าหรือสาเหตุของการเกิดปัญหาในการปรับตัว กิจกรรมการพยาบาลที่ให้เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุผลอันเป็นสาเหตุของปัญหา

6. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยดูว่าการพยาบาลที่ให้นั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หากประเมินแล้วพบว่าผู้สูงอายุยังคงมีปัญหการปรับตัวในเรื่องนั้นอยู่ ต้องนำมาปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy เป็นการพยาบาลที่เน้นเรื่องการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการประเมินพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ โทณณ์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัย และวิเคราะห์สิ่งเร้าทำให้ทราบต้นเหตุปัญหการปรับตัวในแต่ละด้านของบุคคล รวมทั้งทำให้ประเมินปัญหาของบุคคลได้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งสามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีเอกภาพ ส่งเสริมบทบาทอิสระในการให้การพยาบาลอย่างชัดเจนเป็นเอกลักษณ์

การลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม (Group Cognitive Behavioral Therapeutic Program)

โปรแกรมการปรับความคิด และพฤติกรรมแบบกลุ่มสามารถช่วยปรับกลไกการรับรู้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าทั้งภายนอก และภายในที่มากระทบ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวที่ดี และความสำเร็จในการปรับตัวนี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงได้ โดย Roy ได้แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิด คือ 1) สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) เช่น การเสื่อมของอวัยวะร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บ โรคเรื้อรัง การสูญเสียบุคคลที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนหรือบุตรหลาน เป็นต้น 2) สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli or Background Stimuli) เช่น การอาศัยอยู่ตามลำพัง การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว การเกษียณอายุ เศรษฐฐานะที่ยากจน ขาดการยอมรับในสังคม เป็นต้น และ 3) สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) เป็นผลจากประสบการณ์ในอดีต เกี่ยวกับค่านิยม ความเชื่อ เจตคติ อุปนิสัยและบุคลิกภาพเดิม โดยสิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และจากการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าเหล่านี้และไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญ ส่งผลให้

ระบบขาดความสมดุลโดยออกมาในรูปของการเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological Distress) เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความคิดเชิงลบที่บิดเบือน 3 ประการ (Cognitive Triad) ได้แก่ การมองตนเอง โลก และอนาคตไปในทางลบ ทำให้การคิดการเข้าใจผิดพลาด (Cognitive Error) และเกิดจากการมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought) และความคิดด้านลบนี้จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นผลให้เกิดการเจ็บป่วยแสดงออกทางกายได้ (Wright & Beck, 1995)

โปรแกรม CBT สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนทั้งความคิดและพฤติกรรม ส่งเสริมให้ระบบเกิดความสมดุล โดย CBT ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการควบคุมระบบการปรับตัว เป็นกลไกการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งเร้า มี 2 ระบบ คือ 1) ระบบการควบคุม (Regulator Mechanism) โดยระบบการควบคุม เป็นกระบวนการเผชิญปัญหาที่ตอบสนองออกทางด้านร่างกาย เกิดจากสิ่งเร้า และการเปลี่ยนแปลงสมดุลภายในร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และ 2) ระบบการรับรู้ (Cognator Mechanism) โดย CBT จะเข้าไปปรับระบบกลไกการควบคุมของตนที่ทำหน้าที่รับสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 4 ด้าน คือ การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ เมื่อบุคคลเกิดการหยั่งรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ จะเกิดการตัดสินใจที่มองหาวิธีการแก้ปัญหา และเลือกวิธีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการปรับกลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุปรับความคิดจะส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมาทำให้ระบบเกิดความสมดุล และผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าได้ สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

การปรับความคิดและพฤติกรรมเป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดยการเปลี่ยนความคิด การตีความ การตั้งข้อสมมติฐานหรือกลวิธีในการสนองตอบ หรืออีกนัยหนึ่งคือการเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม (Kazdin, 1978 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) โดยมีความเชื่อว่า 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรมภายนอก 2) ความคิดสามารถจัดกระทำและเปลี่ยนแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางความคิดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางภายนอกได้ นายแพทย์ Aaron T. Beck เริ่มพัฒนาโปรแกรม CBT ในปี ค.ศ. 1960 โปรแกรม CBT เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตที่มีคุณภาพเน้นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัด เป็นรูปแบบการบำบัดที่ง่าย ในผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ และพฤติกรรม ความผิดปกติทางอารมณ์เกิดจากผู้ป่วยมีความคิดที่บิดเบือน และมีความเชื่อและการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ผิดไป เมื่อสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นในระยะเวลาหนึ่ง ๆ จนสามารถทำให้เกิดความเครียดหรือเป็นสิ่งที่ยากที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ การรับรู้เป็นสิ่งที่สำคัญในการคิด ความคิดที่บิดเบือนสามารถที่จะปรับได้

โดยวิธีการที่เรียกว่า การปรับความคิดและพฤติกรรม จนในที่สุดโปรแกรม CBT ได้พัฒนาขึ้นสุด และสมบูรณ์แบบในปี ค.ศ. 1976 รูปแบบการบำบัด CBT เป็นการรักษาที่ต้องใช้ความร่วมมือกัน ระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัด มุ่งเน้นที่สัมพันธ์ภาพที่มีต่อกัน ความรู้สึกอบอุ่น และเกิดความ จริใจที่ไม่เสแสร้ง สามารถทำให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง CBT เป็นการบำบัดที่มี รูปแบบโครงสร้าง และระยะเวลาที่ชัดเจน เป็นการบำบัดโดยตรง มีการตั้งเป้าหมายชัดเจน ในการ บำบัดวิธีนี้จะเป็นการใช้ประสบการณ์ของผู้บำบัด และผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ร่วมกันไปสู่การเกิด ความนึกคิดในตัวเอง สามารถทดสอบวิธีการเกิดความคิดที่เป็นปัญหา และนำไปสู่แนวทางของ การรักษา วิธีการบำบัดจะมีการรวบรวมความคิด ทศนคติที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน สามารถทดสอบหา ความจริงได้ และการเกิดความคิดที่บิดเบือน ในการรักษาผู้ป่วยจะต้องบันทึกความคิดอัตโนมัติทาง ลบของตนเองเมื่อเกิดสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น วิธีการในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ความคิด อัตโนมัติทางลบที่มักจะเกิดในผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์ได้แก่ ความคิดที่เป็น หายนยะ ความคิดที่ตรงข้าม (Evans, 2007)

CBT มีรากฐานจาก Cognitive Model ซึ่งตั้งสมมติฐานไว้ว่าการรับรู้ (Perception) เกี่ยวกับเหตุการณ์จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย อธิบายถึง กระบวนการคิด การรับรู้ เกี่ยวกับสถานการณ์ที่บุคคลได้เผชิญ และความคิดที่เกิดขึ้นขณะนั้นเป็นอย่างไร ความคิด ในที่นี้หมายถึงความคิดในระดับลึกและระดับตื้น ที่คอยควบคุมความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อ เหตุการณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นมาทันทีและเป็นความคิดที่ประเมินในทันทีในเหตุการณ์หนึ่ง ๆ เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) ความคิดชนิดนี้ไม่ได้เกิดจากการบรรจุหรือปรุงแต่งคิด ขึ้นมา และไม่ได้เกิดจากการให้เหตุผลแต่เป็นความคิดที่ผุดขึ้นมาโดยอัตโนมัติ

แนวคิดหลักของของ CBT มีอยู่ 3 ประการคือ 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิด เป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ และ 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมทำได้ โดยการเปลี่ยนความคิด (จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) หลักทฤษฎีของ CBT ที่ใช้ในการบำบัดภาวะ ซึมเศร้า เป็นการบำบัดที่มีลักษณะการบำบัดแบบเร่งรัด มีระยะเวลาในการบำบัดและมีโครงสร้างที่ มีจุดมุ่งหมาย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความไม่ถูกต้องของข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความคิด และเรียนรู้ ยุทธศาสตร์ วิธีการต่าง ๆ ที่ใหม่เพื่อจัดการกับความคิดที่บิดเบือน หลักการในการปรับความคิดและ พฤติกรรมตามแนวคิดของ Beck ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความคิดอัตโนมัติใน ทางลบ 2) การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง 3) การปรับเปลี่ยนความคิด ต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และ 4) การค้นหาแนวทางใน การแก้ไขปัญหา เมื่อบุคคลสามารถที่จะค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบได้จะ ส่งผลให้ความซึมเศร้าลดลงตามลำดับ Beck กล่าวว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิดที่

บิดเบือน (Cognitive Triad) 3 ด้านได้แก่ 1) การมองตนเอง 2) การมองโลก และ 3) อนาคตไปในทางลบ การคิดการเข้าใจที่ผิดพลาด (Cognitive Error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (Negative Thought) Beck เชื่อว่าความคิดด้านลบนี้จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยมีตัวอย่างแบบแผนความคิด ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Beck, 1995 อ้างถึงใน อาริรัช จำนงค์ผล, 2550) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

แบบแผนความคิด (Cognitive pattern)	ความคิด (Thought)	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Behavior)
มองตนเองด้านลบ	ไร้ค่า, ไม่ดีพอ	ปฏิเสธ, แยกตัว
มองโลกด้านลบ	ไม่มีใครช่วยเหลือ, ไม่ยุติธรรม	สิ้นหวัง
มองอนาคตด้านลบ	ช่วงนี้ลึ้มเหลว	ฆ่าตัวตาย

แบบแผนความคิด (Schemas) ซึ่ง Beck ให้ความหมายของ Schemas ว่าเป็นแบบแผนการคิดที่ใช้ในการดำเนินชีวิต เป็นตัวกำหนดแนวคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าบุคคลมีทัศนคติ และมีวิธีการในการจัดการกับปัญหาอย่างไร นอกจากนี้ Wright and Beck (1995) อธิบายถึงแบบแผนการคิดว่าเป็นรูปแบบโครงสร้างของความคิดในระดับที่ลึกซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบ การคัดกรอง การใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งโครงสร้างความคิดนี้ เกิดจากประสบการณ์ในวัยเด็ก และจะมีบทบาทที่จะช่วยในการปรับตัวรวมไปถึงสามารถนำข้อมูลข่าวสารที่ได้มาเชื่อมโยงเพื่อช่วยในการตัดสินใจ ในการเจ็บป่วยทางจิตจะมีกลุ่มของความผิดปกติของแบบแผนการคิดซึ่งมีผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ โดยมีตัวอย่างแบบแผนความคิดที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม (Wright & Beck, 1995 อ้างถึงใน อาริรัช จำนงค์ผล, 2550) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างแบบแผนความคิด (Schemas) ที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม

แบบแผนความคิดที่เหมาะสม	แบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสม
- ถ้ามีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้น ฉันสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ - ถ้าฉันทำอะไรบางอย่าง ฉันสามารถควบคุมสิ่งที่ฉันทำได้ - ฉันเป็นนักค้นหา จึงไม่กลัวความล้มเหลว - คนอื่นไว้วางใจฉันได้ - ผู้คนเคารพนับถือฉัน - ถ้าฉันมีการเตรียมตัวต่ออนาคต ฉันจะทำได้	- ฉันจะต้องจัดการกับเหตุการณ์ใด ๆ ก็ตามให้เรียบร้อยสมบูรณ์แบบเท่านั้น - ถ้าฉันเลือกทำอะไรสิ่งนั้นต้องสำเร็จ - ฉันรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับสิ่งที่ทำ - คนอื่นไม่เชื่อใจฉัน ไม่มีใครไว้วางใจฉัน - ไม่มีใครเคารพนับถือฉัน - ฉันไม่เคยรู้สึกสะดวกสบายหรือพึงพอใจกับสิ่งใด

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) หรือ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติทันทีทันใดค่อนข้าง ไม่มีเหตุผล (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) รูปแบบความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

1. คิดแบบสุดโต่ง คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด เป็นการแบ่งความคิดหรือผลที่ออกมาเป็น 2 ขั้ว (All-or-none หรือ Black or White, Absolutistic Thinking) เช่น “ฉันอาจเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จสูงสุดหรือล้มเหลวโดยสิ้นเชิง” “เขารักฉันอย่างสุดหัวใจหรือไม่รักฉันเลย”
2. คิดในทางร้าย (คิดแบบหายนะ บางครั้งเรียกว่าเป็นการทำนายโชคชะตา) เป็นการทำนายอนาคตในด้านลบโดยไม่พิจารณาถึงความเป็นไปได้อื่น ๆ (Catastrophizing/ Fortune Telling) เช่น “ฉันขับรถไม่ได้เพราะฉันจะมีอุบัติเหตุ” “เรามีลูกพิการ สามีกคงช่วยอะไรไม่ได้”
3. ไม่ยอมรับสิ่งดี ๆ ด้านบวก (Discounting the Positive) บางคนมักบอกตัวเองอย่างไม่มีเหตุผลว่า ประสบการณ์ดี ๆ หรือคุณลักษณะดี ๆ ไม่ควรถือเอามาเป็นสำคัญ เช่น “ฉันทำโครงการนั้นได้ดี แต่ไม่ได้หมายความว่าฉันเก่ง ฉันเพียงแค่โชคดีเท่านั้นเอง”
4. การคิดหาเหตุผลโดยใช้อารมณ์นำ โดยการแปลความหมายของสถานการณ์โดยปราศจากเหตุผล (Emotional Reasoning) บางคนคิดว่าอะไรบางอย่างต้องเป็นความจริงเพราะเขาารู้สึกว่ามันเป็นความจริง (คือเขาเชื่ออย่างนั้นจริง ๆ) แต่ในขณะเดียวกันก็เพิกเฉยต่อหลักฐานว่าความเชื่อของเขานั้นผิด เช่น “ผมมีอะไรดีหลายอย่างในที่ทำงานแต่ผมยังรู้สึกอย่างรุนแรงว่าผมเป็น

คนที่ลืมหูละ”

5. การติดตรา (Labeling) เป็นลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลหรือเหตุการณ์ซึ่งทำให้ปรากฏชัดเจน เช่น “เพราะว่าฉันมีความลืมหูละ ไม่ถูกเลือกให้เล่นบิลเลตต์ ฉันจึงเป็นคนลืมหูละ” “เขาเป็นคนเกิดมาแพ้” “เมื่ยมเป็นคนน่ารำคาญ” “ผมไม่มีอะไรดี” “สถานการณ์นี้หมดหวัง”

6. การคิดแบบครอบคลุมมากเกินไป (Over-generalization) เป็นหลักฐานได้มาจากประสบการณ์ของตัวเองหรือประสบการณ์เพียงเล็กน้อย แล้วนำมาสรุปอย่างไร้หลักฐานซึ่งเข้าใจยาก หรือบางคนจะตัดสินภาพรวมในทางลบที่มากเกินไปกว่าสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น “เพราะตอนนี้ฉันเหงา ชาตินี้ฉันคงไม่มีเพื่อนอีกก็ได้” “เพราะฉันพูดหน้าห้องไม่เก่ง ฉันเป็นคนไร้ความสามารถ”

7. ขยายความให้มาก/ น้อย เกินจริง (Magnification/ Minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไป หรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน ในการประเมินคนหรือสถานการณ์ พยายามขยายด้านลบ และย่อส่วนด้านบวกอย่างไม่มีเหตุผล เมื่อเกิดความผิดพลาดกับตัวเองจะมองปัญหานั้นขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง หรือเมื่อมีเหตุการณ์ที่มากกระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อนตนเองอย่างรุนแรง เช่น “เมื่อฉันได้รับการประเมินไม่ดี แสดงว่าฉันโง่ เมื่อได้รับการประเมินว่าดีก็ไม่ได้เป็นการพิสูจน์ว่าฉันเป็นคนฉลาด”

8. การคัดกรองทางจิตใจ (Mental Filter) เลือกที่จะเชื่อหรือคิดในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อหรือคิดมองอยู่แต่ด้านลบข้อยๆ หนึ่งหรือสองด้าน แต่เพิกเฉยต่อภาพใหญ่ โดยเลือกที่จะคิดหรือเชื่อแต่ในสิ่งที่ไม่ดี และมองข้ามสิ่งที่ดีๆ ไป เช่น “ถ้าวันนี้ฉันกับเพื่อนไปกินไม่ได้ดี แสดงว่าเราต้องไม่เป็นเพื่อนกันอีกต่อไปแล้ว”

9. การอ่านใจคน (Mind Reading) เป็นการกล่าวถึงในเชิงลบเกี่ยวกับความคิด ความตั้งใจหรือแรงจูงใจของคนอื่น เช่น “หัวหน้าคิดว่าฉันไม่ใช่งาน”

10. เป็นการคิดต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่า “ควรจะ” และหรือ “ต้อง” “น่าจะต้อง” (“Should” and “must”) เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตน เป็นความคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานที่เข้มงวด มีความตายตัวว่าตัวเองหรือผู้อื่นควรจะ หรือต้องประพฤติตัวอย่างใด หากทำไม่ได้จะประเมินว่าแย่มาก เช่น “ฉันควรต้องถูกเสมอ การทำผิดพลาดเป็นเรื่องแย่มาก “เขาควรจะสุภาพกับฉันตลอดเวลา”

ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัด CBT

การบำบัดแบบ CBT มีแนวคิดที่ว่า อารมณ์ของบุคคลเกิดจากความคิดในการรับรู้และการแปลสิ่งเร้าที่มากระตุ้น (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 อ้างถึงใน นวพร นาวิสาคร, 2554)

ดังกล่าวกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นดังต่อไปนี้

1. การรับรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการคิดทวนซ้ำ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับมาอีกครั้ง
2. ความคิดของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งเร้าภายใน และสิ่งเร้าภายนอกของบุคคล
3. การประเมินสิ่งเร้าของบุคคลมีผลต่อความคิด และจินตภาพ
4. ความคิดของบุคคลเป็นปรากฏการณ์ที่อยู่ในระดับจิตสำนึกสามารถรับรู้ได้ ซึ่งความคิดของบุคคลจะแสดงถึงลักษณะของบุคคลนั้น ทั้งอดีต และอนาคต
5. การปรับเปลี่ยนความคิดมีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรม
6. วิธีการบำบัดทางด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความคิดที่บิดเบือนไป
7. การปรับเปลี่ยนความคิดสามารถบรรเทาอาการ และอาการแสดงทางคลินิกได้

หลักการสำคัญของการบำบัด CBT

ในการบำบัดแบบ CBT มีหลักการสำคัญ (Beck, 1995) สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การวางแผนคิดเกี่ยวกับผู้ป่วย (Case Formulation) การบำบัดแบบ CBT จะเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ในรูปแบบของโมเดลความคิด (Cognitive Model) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าในแต่ละสถานการณ์ มีความคิด ความรู้สึก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างไร อยู่บนพื้นฐานของการทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย โดยให้ความสนใจกับเหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรม การแปลความที่เป็นเหตุให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมดังกล่าว แล้วพิจารณาปัญหาในแต่ละด้าน
2. การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด (Therapeutic Alliance) ในการบำบัดแบบ CBT ผู้บำบัดจะต้องมีปัจจัยพื้นฐานที่จะสามารถให้คำปรึกษาได้ เช่น มีความรู้ลึกที่อบอุ่น ให้การดูแล การนับถืออย่างจริงใจไม่เสแสร้ง มีความตั้งใจฟังอย่างเข้าใจ ฟังอย่างละเอียดลออ สรุปความคิด และความรู้สึกอย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัดมากพอที่จะพูดอย่างตรงไปตรงมา สรุปคือ ผู้บำบัดต้องเป็นพันธมิตรกับผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะไม่ใช้ผู้ปกครองหรือผู้นำไม่ออกคำสั่ง
3. ความร่วมมือกัน (Collaboration) การบำบัด CBT ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันตลอดการบำบัด การบำบัดที่ดีและมีประสิทธิภาพคือ การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างผู้บำบัด และผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมในการรักษาตนเอง กระบวนการบำบัดจะเกิดขึ้นได้จากทั้งผู้บำบัดเอง และตัวผู้รับการบำบัด
4. การเน้นที่เป้าหมาย (Goal Focus) การบำบัด CBT มุ่งเน้นที่ปัญหา มีเป้าหมายที่ชัดเจนและพยายามไปให้ถึงเป้าหมาย ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดต้องทำงานร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น

และมุ่งไปที่ตัวปัญหา

5. การเน้นที่ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (Emphasis on Present) การบำบัด CBT เน้นที่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเน้นที่เหตุการณ์หรือสถานการณ์เฉพาะที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ ผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะแยกแยะ ประเมินตอบโต้ความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดในปัจจุบันที่ทำให้เกิดความคิดไม่เป็นประโยชน์ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สร้างสมมติฐานที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงของการเจริญเติบโต ที่มีอิทธิพลต่อความคิด และลักษณะของการตีความเหตุการณ์ที่เป็นแบบนั้นมา

6. เป็นลักษณะของการให้ความรู้ (Education) การบำบัด CBT ผู้บำบัดมีบทบาทให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัด ให้ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้บำบัดตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้บำบัดจะเป็นผู้ให้คำอธิบายแก่ผู้รับการบำบัด ถ่ายทอดเรื่องราวให้กับผู้รับการบำบัดฟังอย่างชัดเจนและเข้าใจ ให้มีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง การแก้ไขปัญหามาและเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระจ่าง และมีความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ กล่าวคือจะเหมือนเป็นการสอน และให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัด เพื่อว่า ผู้รับการบำบัดจะได้เป็นผู้บำบัดให้กับตนเอง

7. การกำหนดเวลาในการพบกันในแต่ละครั้งที่ชัดเจน (Time Limitation) การบำบัด CBT มีวัตถุประสงค์ของการรับการบำบัดเพื่อให้เข้าใจถึงคุณค่าของเวลา และพยายามทำเวลาที่มีให้เกิดประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุด ระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละครั้งประมาณ 45-90 นาที จำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดประมาณ 8-12 ครั้ง

8. มีโครงสร้างที่ชัดเจน (CBT have Structure) การบำบัด CBT เวลาพบกันแต่ละครั้งต้องมีโครงสร้างชัดเจน ประกอบด้วย ประเด็นที่ต้องพูดคุย การสำรวจอาการ อารมณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ทบทวนการบ้าน ร่วมกันกำหนดเรื่องในแต่ละครั้ง ร่วมกันอภิปราย และสรุปประเด็นในการสนทนาแต่ละประเด็น มีการประเมินกลับทุกครั้ง และมีการกำหนดการบ้าน

9. มุ่งเน้นที่การคิด (Cognitive Focus) ผู้บำบัดสอนให้ผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิด ประเมินความคิด และปรับความคิดให้เหมาะสม เป็นการสอนให้ผู้รับการบำบัดสังเกต แยกแยะ ประเมิน และโต้ตอบความคิดความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์และการคิดที่มีผลต่อพฤติกรรม ไม่ใช่เฉพาะเหตุการณ์เท่านั้นที่มีผลต่อความรู้สึก และพฤติกรรม แต่เป็นการรับรู้เหตุการณ์ที่มีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม

10. การใช้หลากหลายเทคนิค (Variety of Techniques) การบำบัด CBT เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาจนำเทคนิคต่างๆหลายเทคนิควิธีมาใช้ ได้แก่ Socratic Questioning, Activity Scheduling, Using Imagery and Role play เป็นต้น

โครงสร้างการบำบัด CBT

โครงสร้างการบำบัดแบบ CBT จะเริ่มตั้งแต่ในระยะเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัด จนกระทั่งถึงระยะสิ้นสุดการบำบัด (Beck et al., 1979) ประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมของผู้บำบัด โดยผู้รับการบำบัดต้องเข้าใจและยอมรับ เหตุผล วิธีการ แนวทางของการบำบัด พยายามสำรวจตัวเอง (Self-monitoring) ตระหนักว่าการบำบัดในแต่ละครั้งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้รับการบำบัดและต้องมีการมอบหมายการบ้านให้กับผู้รับการบำบัด (Homework Assignment) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิดความรู้สึก ร่วมมือในการวางแผนและปฏิบัติตามแผนการบำบัด

2. การวางแผนการบำบัด ในระยะเริ่มต้น ผู้บำบัดต้องประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัด ให้ได้มาซึ่งภาพรวมของสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด แล้ววิเคราะห์สถานการณ์นั้น เพื่อเข้าถึงจุดสำคัญของปัญหาหลัก บริบทและการพัฒนาของโรคซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดที่มีความเกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติทางลบ ลำดับต่อมา อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการบำบัดตามแนวคิดของ CBT และวางแผนการบำบัดร่วมกัน

3. การตั้งประเด็นและการเตรียมความพร้อม (Agenda) ในการบำบัด ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนในการบำบัด การวางแผน กิจกรรม และจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการบำบัด โดยเฉพาะการบำบัดในผู้สูงอายุนั้นอาจต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ในการช่วยในการบำบัดเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ผู้สูงอายุนั้นอาจมีอุปสรรคในด้าน การมองเห็น การได้ยิน การเขียน เป็นต้น

4. การทดสอบสมมติฐาน ผู้บำบัดต้องสรุปรวบรวมจากการสนทนา เพื่อที่จะตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งก่อให้เกิดความซึมเศร้าของผู้รับการบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งขึ้นตรงกับความคิด ความเข้าใจของผู้รับการบำบัดหรือไม่ จะได้ดำเนินปรับเปลี่ยนสมมติฐานให้เหมาะสม ปฏิเสธสมมติฐานหรือตั้งสมมติฐานขึ้นใหม่

CBT เป็นวิธีการบำบัดที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ทุกช่วงวัย รวมทั้งวัยผู้สูงอายุ โดย Beck et al. (1979) เริ่มจากการใช้ CBT บำบัดผู้ป่วยที่มีอายุ 53 ปีสำเร็จเป็นครั้งแรก Beck อธิบายว่าวิธีการนี้เป็นวิธีที่มีความสัมพันธ์กับโครงสร้าง และง่าย สามารถนำมาใช้กับผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดการศึกษาตามมาทั้งในอเมริกาและอังกฤษ เมื่อ 10 ปีก่อนจะเห็นได้ว่าการบำบัด CBT ในผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยในผู้สูงอายุจะมีประสิทธิผลน้อยกว่าในวัยแรงงาน และในกลางปี ค.ศ. 1980 มีการศึกษาการบำบัด CBT ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นครั้งแรก และ

บำบัด CBT ในผู้สูงอายุที่เป็น GAD ปี ค.ศ. 1990 DeBerry (1982) ได้ศึกษาผลการทำ CBT ในผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลที่เป็นเพศหญิงจำนวน 36 คน อายุเฉลี่ย 68 ปี โดยใช้แบบวัดภาวะวิตกกังวล (STAD) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดโดยการผ่อนคลายความเครียดโดยมีเทปให้ไปศึกษาต่อที่บ้าน กลุ่มทดลองที่กลุ่มที่ 2 ได้รับการบำบัดโดยการผ่อนคลายความเครียดแต่ไม่ได้รับเทปเพื่อไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการผ่อนคลายความเครียด ระยะเวลาการบำบัด 30 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม หลังได้รับการบำบัดมีระดับภาวะวิตกกังวลลดลง และติดตามหลังการทดลองอีก 10 สัปดาห์พบว่าระดับภาวะวิตกกังวลไม่เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่มการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley, Beck and Glassco (1996) ได้ทำการศึกษาการใช้ CBT ในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะวิตกกังวลจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 13 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม CBT กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดจิตบำบัดแบบประคับประคอง ใช้ระยะเวลาการทดลองทั้งสิ้น 14 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โปรแกรม CBT มีกิจกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อใน Session ที่ 1-5 การปรับความคิดใน Session ที่ 6-10 และการรักษาโดยวิธีการเปิดเผยตนเองใน Session ที่ 11-14 ผลการศึกษาพบว่าระดับภาวะวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระยะติดตามผลหลังการทดลอง 6 เดือนพบว่าระดับภาวะวิตกกังวลใน

กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และในปี ค.ศ. 2003 Laidlaw, Thomson, Thomson and Siskin (2003) ทำการศึกษาและสรุปถึงประสิทธิผลที่ดีของการบำบัดด้วย CBT ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่ามีผลแตกต่างกับการบำบัดทางจิตวิทยาด้วยวิธีอื่น ๆ (Barrowclough et al., 2001; Evans, 2007)

ทั้งนี้ Evans (2007) ได้อธิบายถึงวัยผู้สูงอายุว่า เป็นวัยแห่งการพึ่งพิง แต่แท้จริงแล้วมนุษย์ทุก ๆ คนเมื่อเกิดมาชีวิตหนึ่ง จะต้องผ่านกับช่วงวัยต่าง ๆ จนไปสู่ความตายในที่สุด เพราะฉะนั้น ทุกชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่า และทุกช่วงวัยล้วนแล้วแต่เป็นวัยที่สามารถกระทำหรือเคยทำประโยชน์ให้กับสังคมมาก่อน การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นสิ่งที่ควรดูแลเพื่อนมนุษย์ซึ่งกันและกัน ปัจจุบันนี้ การบำบัด CBT ในผู้สูงอายุเป็นวิธีการบำบัดที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย และกว้างขวาง สามารถบำบัดรักษาในผู้ป่วยทางจิตได้ทุกกลุ่มอายุและโดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ณ ปัจจุบัน เป็นวิธีการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่ง (Evans, 2007) และจากการศึกษางานวิจัยหลายเรื่องพบว่า CBT เป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้อย่างดี (Areal & Cook, 2002; Butler & Beck, 2000; Walker & Clarke, 2001)

Laidlaw et al. (2003) ได้แบ่งการบำบัด CBT ในผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้น (Early Phase) ในระยะเริ่มต้นนี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก เพราะผู้ป่วยที่เข้ามารับ การบำบัดต่างมีพื้นฐานทางครอบครัวและปัญหาทางด้านจิตใจที่ต่างกัน ในระยะนี้กิจกรรมคือ การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกับสมาชิก นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร มีการกำหนดวัตถุประสงค์ และรูปแบบวิธีการในการบำบัดแบบ CBT กระบวนการบำบัด ระยะเวลาของการบำบัด และสิ่งที่สำคัญของการบำบัดแบบ CBT การเน้นที่ปัจจุบัน (The here and now) เพราะอดีตไม่สามารถช่วยแก้ไขผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยคิดถึงอดีต ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้คิด ทบทวน แต่ไม่สามารถไปแก้ไขเหตุการณ์ในอดีตได้ เพราะฉะนั้น จึงจำเป็นต้องสร้างปัจจุบันหรือ แก้ไขปัจจุบันให้ก่อเกิด หมายถึง ปัจจุบันที่ดีจะส่งผลไปสู่อนาคตที่ดีได้ และสุดท้ายต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้นำบำบัดและผู้ป่วยการบำบัด 2) ระยะกลาง (Working Phase) เป็นระยะที่ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม การนำเทคนิคและเครื่องมือต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับการบำบัด และ 3) ระยะสุดท้าย (Final Phase) เป้าหมายของระยะสุดท้ายของการบำบัด CBT มี 2 อย่าง คือ เพื่อสิ้นสุดการบำบัด และเพื่อวางแผนการป้องกันกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

เทคนิคสำคัญในการบำบัด CBT ในผู้สูงอายุ

1. การให้ความสำคัญของระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ
2. การค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ และระดับการทำกิจกรรมโดยใช้ตารางการทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ (Weekly Activity Schedule)
3. การใช้ตารางกิจกรรมในการค้นหาความคิดและความรู้สึก
4. การติดตามอารมณ์ (The mood- monitoring form)
5. การเพิ่มขึ้นของระดับการทำกิจกรรมผู้ป่วยโดยมีแนวทางของเหตุการณ์ที่น่าพอใจของผู้สูงอายุ (Pleasant Events or PE) ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เป็นความจริงได้ (The PE must be Realistic) การเลือกใช้ PE ที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้มากขึ้น เช่น ช่วยในการสร้างงานอดิเรกหรือพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้น้อยลง และการเลือกเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุมีความสุขโดยให้ผู้สูงอายุนั้นเลือกเอง 10 เหตุการณ์ที่น่าสนใจที่สุด
6. เทคนิคการแก้ไขปัญห (Problem-Solving techniques)
7. เทคนิคการฝึกการผ่อนคลาย เช่น การหายใจ การคลายกล้ามเนื้อ การบำบัดรักษาโดยใช้ CBT เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพโดยมีจุดเด่นตรงที่ลักษณะโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน มีเป้าหมายในการบำบัด การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการบำบัด และระยะเวลาในการบำบัดสั้น ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Butler, Chapman, Forman and Beck (2006) ได้

ทำการศึกษาแบบ Meta-analysis เรื่องการศึกษาด้านภาพของ CBT โดยการรวบรวมงานวิจัย ทำการศึกษาวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการรักษาโดยใช้ CBT ในผู้ป่วยจิตเวช ผลการทบทวนงานวิจัย ทั้งหมด 16 เรื่อง พบการใช้ CBT สำหรับผู้ป่วย Depression, General Anxiety Disorder, Panic Disorder, Social Phobia, Post Traumatic Stress Disorder, Depression และ Anxiety เป็นต้น และพบว่า CBT ในงานวิจัยบางเรื่องให้ผลการรักษาดีกว่าการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant) เช่น ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ และในโรคย้ำคิดย้ำทำ ผลการทบทวนสนับสนุนว่า CBT มีประสิทธิผลในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรคโดยเฉพาะการรักษาภาวะซึมเศร้า

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการทำ CBT ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้ผลเป็นอย่างดีและมีการใช้ CBT เพื่อการบำบัดอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงประโยชน์ของ CBT ที่มีต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการทำ CBT ในผู้สูงอายุในงานวิจัยครั้งนี้ CBT สามารถทำได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยการทำแบบรายกลุ่มนั้นมีการใช้ประโยชน์ที่จะเกิดจากกระบวนการกลุ่มเข้ามาก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดขึ้น ซึ่งภทราภรณ์ ห่งปันคำ (2551) ได้ให้ความหมายกระบวนการในการทำกลุ่มบำบัดและประโยชน์ของกลุ่มบำบัดดังต่อไปนี้

การทำกลุ่มบำบัด

การทำกลุ่มบำบัดหรือจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นวิธีการรักษาแบบหนึ่งที่น่าสนใจหรือผู้ป่วยมารวมกันและดำเนินกลุ่มโดยผู้ที่ได้รับการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของสมาชิกให้เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น โดยใช้กระบวนการกลุ่มและปฏิสัมพันธ์กลุ่มเป็นสื่อภายใต้แนวคิดทฤษฎี และเทคนิคจิตบำบัดรายกลุ่ม

ประโยชน์ของกลุ่มบำบัด

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย หรือสมาชิกกลุ่ม การเข้ากลุ่มบำบัดมีประโยชน์ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา ในแง่ของการเรียนรู้ที่สมาชิกจะได้รับจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม จากการฟังปัญหาสมาชิกอื่นในกลุ่ม และจากข้อเสนอแนะ ได้รับการกระตุ้นประกอบจิตใจ การกระตุ้นประกอบที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกถึงสมาชิก และจากผู้บำบัดถึงสมาชิก เกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่เป็นกันเอง สบาย ๆ ไม่เครียด ทำให้สมาชิกมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้กับเพื่อนสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่ม และเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและได้รับความเห็นอกเห็นใจจากสมาชิกกลุ่ม ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม เนื่องจากกลุ่มเป็นการรวมกันหลาย ๆ คนมานั่ง พูดคุยกัน เปรียบ เสมือนการจำลองสังคมภายนอก

ขนาดเล็กมาเพื่อให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกได้มีโอกาสฝึกทักษะทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้การเข้ากลุ่มบำบัดยังเปิดโอกาสให้สมาชิกได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับตนเองได้ รวมทั้งเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ สมาชิกจะพัฒนาความรู้สึกเป็นเจ้าของทำให้มีประสบการณ์ในด้านการรับผิดชอบ ต่อส่วนรวม เช่น การกำหนด กฎกติกากลุ่ม และการปฏิบัติตามกฎกติกาที่ตั้งไว้ ตลอดจนการตัดสินใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

2. ประโยชน์ต่อผู้บำบัด กลุ่มบำบัด เป็นวิธีการรักษาแบบหนึ่งที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในจำนวนที่มากกว่าการรักษาแบบรายบุคคล ประหยัดทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย และบุคลากร เพราะสามารถให้การช่วยเหลือสมาชิกได้ทีละหลาย ๆ คนในเวลาเดียวกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Zahn and Diefenbeck (2005) การทำกลุ่ม CBT ในผู้สูงอายุ มีประโยชน์ในด้านของความประหยัด ลดความโดดเดี่ยวในสังคม และเพิ่มปัจจัยสนับสนุนทางสังคม

อย่างไรก็ตาม การทำกลุ่มบำบัดมีข้อจำกัดคือ ความต้องการ หรือปัญหาของแต่ละบุคคล อาจไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึงภายในหนึ่งครั้ง การมุ่งเน้นที่ปัญหาในแนวลึกของแต่ละบุคคลนั้นอาจเป็นไปได้ยาก หากเทียบกับการบำบัดรายบุคคล นอกจากนี้สมาชิกที่พูดหรือแสดงความคิดเห็นมาก อาจมีบทบาทในกลุ่ม หรือควบคุมกระบวนการกลุ่ม ในขณะที่สมาชิกที่มีบุคลิกภาพแบบขี้อาย พูดน้อย ไม่ทราบว่าจะเข้าไปมีส่วนร่วม หรือกล่าวถึงปัญหาของตนเองอย่างไร แม้ว่าการกลุ่มบำบัดจะมีข้อจำกัดอยู่บ้าง แต่ประโยชน์นั้นมากมาย (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

จำนวนสมาชิกและระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม

การทำกลุ่มบำบัดเป็นการทำกลุ่มบำบัดขนาดเล็กที่ควรมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 8-12 คน (Yalom, 1995) หากสมาชิกกลุ่มจำนวนน้อยเกินไปจะทำให้กลุ่มรู้สึกตึงเครียด สมาชิกต้องรับผิดชอบในการพูดในกลุ่มมาก แต่หากสมาชิกมีจำนวนมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการกลุ่ม อาจทำให้การพูดเป็นไปไม่ทั่วถึง หรือสมาชิกมีโอกาสในการพูดน้อยลง และอาจมีการแบ่งกลุ่มย่อยเกิดขึ้น ระยะเวลาในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที หากใช้เวลาน้อยไป จะทำให้ประเด็นที่อภิปรายเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง หากใช้ระยะเวลามากไปจะส่งผลให้ทั้งสมาชิกและผู้บำบัดเกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป ดังนั้นสถานที่ที่เตรียมต้องสามารถใช้ได้ภายในเวลาที่กำหนดโดยไม่มีผู้ใดหรือเหตุการณ์ใดมาขัดจังหวะ นอกจากนี้ความถี่ในการทำกลุ่มนั้น สามารถทำได้ตั้งแต่ 1-5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดย Yalom (1995) เสนอว่า ความถี่ที่เหมาะสมคือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดังนั้นหากสามารถเตรียมพื้นที่ที่เดิมจะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ แต่หากมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ ควรจัดตารางล่วงหน้าให้ชัดเจนว่าในแต่ละสัปดาห์ จะต้องพบกันที่ไหนบ้าง และผู้นำกลุ่มต้องเน้นย้ำทุกครั้งก่อนเลิกกลุ่ม (ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และธณชัย คงสกนธ์, 2542)

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยบำบัดที่เกิดในการทำกลุ่ม

การทำกลุ่มบำบัดส่งเสริมทำให้เกิดปัจจัยบำบัดแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยบำบัด (Therapeutic Factors) Yalom (1995) ได้เสนอปัจจัยบำบัดทั้งหมด 11 ปัจจัย โดยปัจจัยบำบัดเหล่านี้เกิดขึ้นหลังจากการทำกลุ่มจิตบำบัด ปัจจัยบำบัดอาจเกิดไม่ครบทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พลวัตรกลุ่ม ความเชี่ยวชาญของผู้นำกลุ่ม และลักษณะของสมาชิกกลุ่ม นอกจากนั้นปัจจัยบำบัดตัวหนึ่ง อาจจะเป็นพื้นฐานต่อปัจจัยบำบัดอีกตัวหนึ่งได้ หรือเอื้อให้เกิดปัจจัยบำบัดตัวต่อไปได้ ปัจจัยบำบัดทั้ง 11 ปัจจัย มีดังต่อไปนี้

1. การเพาะความหวัง (Instillation of Hope) การเพาะความหวัง เป็นปัจจัยบำบัดตัวสำคัญที่เกิดขึ้นหลังจากสมาชิกกลุ่มได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัด การเพาะความหวังเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกเริ่มมีความรู้สึกที่ชีวิตตนเองไม่ได้เลวร้ายอย่างที่ตนคิด ยังมีผู้คนอีกมากมาย อย่างน้อยก็สมาชิกในกลุ่มที่มีความลำบาก หรือประสบปัญหาในชีวิตคล้าย ๆ ตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้สมาชิกมีความหวังในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ มีความหวังในการลุกขึ้นมาต่อสู้กับปัญหาที่ตนประสบอยู่ มีความหวังว่าชีวิตตนเอง หรือสถานการณ์ปัญหาที่ประสบอยู่จะดีขึ้น ดังนั้นในการทำกลุ่มจิตบำบัด ผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เปิดเผยเรื่องทุกข์ใจ หรือปัญหาของตนให้กลุ่มฟัง เมื่อมาอยู่ในกลุ่มและรับฟังปัญหาของผู้อื่น ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาที่รุนแรงซับซ้อนมากกว่า จะทำให้สมาชิกทั้งหมดมุ่นครุ่นคิดแต่ปัญหาของตน รับรู้มาตลอดว่าปัญหาของตนเองยิ่งใหญ่ และตนอาจเป็นเพียงคนเดียวในโลกเท่านั้นที่แบกปัญหานี้ไว้ เกิดความตระหนักว่าตนไม่ใช่เพียงผู้เดียวที่เกิดปัญหา ทำให้มีความหวังในชีวิตขึ้นมาใหม่ (ภทราภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

2. ความเป็นสากล (Universality) ความเป็นสากล เป็นความรู้สึกที่สมาชิกรับรู้ว่ามีปัญหาของตน หรือความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ไขสิ่งแปลกประหลาด และไม่ใช่เกิดขึ้นกับตนเพียงคนเดียว การที่สมาชิกได้ตระหนักว่าทุกคนในโลกนี้ล้วนแต่มีปัญหาด้วยกันทั้งสิ้นและตัวเองไม่ใช่แปลกแยก หรือผิดแปลกจากผู้อื่นแต่อย่างใด เพียงแต่ว่าปัญหานั้น มีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามบริบทของแต่ละบุคคล มีความซับซ้อน รุนแรง แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับมุมมองและทัศนคติของแต่ละบุคคล หรือเจ้าของปัญหานั้นจะเรียนรู้กับปัญหานั้น ๆ แบบไหน หากสมาชิกตระหนักและเกิดปัจจัยบำบัดตัวนี้ขึ้น สมาชิกจะรู้สึกเหมือนมีคนอยู่ในเรือลำเดียวกับตน ตนเองไม่ได้โดดเดี่ยว ยังมีผู้ที่ตกอยู่ภายใต้สถานการณ์เดียวกับตนเองอยู่ ความเป็นสากล จะเกิดได้เมื่อสมาชิกได้รับฟังปัญหาของผู้อื่น แม้ว่าตนเองไม่พร้อมที่จะเปิดเผยปัญหาของตนก็ตาม (ภทราภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

3. การให้ข้อมูล (Imparting of Information) การเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด จะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่ม โดยเฉพาะขั้นตอนของการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จะเป็นช่วงที่

มีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก โดยเฉพาะกลุ่มที่สมาชิกเผชิญปัญหาคล้ายกัน หรือมีคุณสมบัติบางอย่างร่วมกัน เช่น เป็นผู้ที่เผชิญกับปัญหาโรคเดียวกัน เป็นต้น ข้อมูลที่มีการแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม จึงเป็นข้อมูลที่มีพลังต่อสมาชิกในกลุ่ม เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เกิดจากความไว้วางใจ ความเป็นปึกแผ่นของกลุ่ม การเห็นเป็นพวกพ้องเดียวกัน และเป็นข้อมูลที่อาจได้จากประสบการณ์ตรงที่เคยประสบมาก่อน (ภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำ, 2551)

4. การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ (Altruism) การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์เกิดขึ้น เมื่อสมาชิกในกลุ่มรับรู้ว่าตนเองได้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือเป็นประโยชน์หรือบรรเทาปัญหาให้กับสมาชิกกลุ่มได้ไม่มากนักน้อย บุคคลจะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ส่งผลให้การรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น และมีความหวังในชีวิต (ภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำ, 2551)

5. การแก้ไขประสบการณ์เดิมจากครอบครัว (The Corrective Recapulation of the Primary Family Group) การแก้ไขประสบการณ์เดิมจากครอบครัว เป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่คาใจที่เกิดจากครอบครัวเดิม ทำให้ปมขัดแย้งที่เก็บไว้ได้รับการแก้ไข สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นเมื่อมีลักษณะ โครงสร้างของกลุ่มดังนี้ มีสมาชิกอย่างน้อย 8-12 คนขึ้นไป มีผู้บำบัด 2 คน เป็นหญิงหนึ่ง ชายหนึ่ง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นโครงสร้างของครอบครัว มีพ่อ-แม่และลูก ๆ พลวัตรกลุ่มที่เกิดขึ้น จะทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และอาจจะถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตน ยกตัวอย่างเช่น การที่สมาชิกรู้สึกว่าได้รับการสนใจจากสมาชิกอื่นน้อยกว่าสมาชิกอีกคนหนึ่ง จึงพยายามเรียกร้องความสนใจจากผู้บำบัด แข่งกับสมาชิกอีกคนหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเกิดขึ้นมานานตั้งแต่สมาชิกอยู่ในครอบครัวเดิมของตน ซึ่งมีการแข่งขันระหว่างพี่น้อง หรือการเรียกร้องความสนใจจากพ่อแม่ ดังนั้นเมื่อสมาชิกเข้ามาอยู่ในกลุ่ม และได้ประสบกับอารมณ์ดั้งเดิมที่เคยเกิดขึ้นในอดีตทำให้ปมขัดแย้ง หรือสิ่งที่คาใจ ได้รับการกระตุ้นให้มาอยู่ในจิตสำนึกและได้รับการเยียวยานั้นเป็นหนทางการบำบัดประสบการณ์ดั้งเดิมที่เก็บมาจากครอบครัวตั้งแต่เยาว์วัยได้ โดยในที่นี้คือ การที่สมาชิกได้ระบายความโกรธ ความน้อยใจของตนเกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้รับความสนใจน้อยกว่าสมาชิกอีกคนหนึ่ง และได้รับการบำบัดจากผู้บำบัดโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม เทคนิคการสื่อสารเป็นเครื่องมือที่สำคัญ จะช่วยให้สมาชิกผู้นั้นได้ปลดปล่อยปมขัดแย้ง หรือสิ่งที่คาใจนั้นออกไป ดังนั้นผู้บำบัดต้องตระหนักว่า หากสมาชิกได้ยกประเด็นนี้ขึ้นมาในกลุ่ม ผู้บำบัดต้องมีความไวในการรับรู้ และค้นหาว่ามันเป็นประสบการณ์เดิมหรือไม่ (ภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำ, 2551)

6. การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม (The Development of Socialization Techniques) การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม เป็นปัจจัยบำบัดพื้นฐานที่เกิดขึ้นแทบทุกครั้งของการทำกลุ่มบำบัด แม้ว่าลักษณะหรือกระบวนการการเรียนรู้จะแตกต่างกันไปตามลักษณะ และบริบทของกลุ่มนั้น ๆ

การพัฒนาทักษะ การเข้าสังคม เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกเข้ากลุ่ม และได้มีการฝึกการเข้าสังคม ได้แก่ การกล่าวทักทาย การกล่าวขอบคุณ การมีมารยาท และรู้กาลเทศะ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

7. พฤติกรรมการเลียนแบบ (Imitative Behavior) พฤติกรรมการเรียนแบบ เป็นปัจจัยการบำบัดที่เกิดขึ้นได้มากในกลุ่มบำบัด ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกสามารถเป็นตัวแทนให้กันและกัน นอกเหนือไปจากผู้นำกลุ่ม การได้เห็นพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม การพูด การแต่งตัว ตลอดจนวิธีการรับมือกับปัญหา และวิธีการเผชิญหน้ากับสิ่งยุ่งยาก หรือความเครียดในชีวิตประจำวัน (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

8. การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Learning) การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกกลุ่มได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของตน ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า พฤติกรรมไหนที่ตนควรทำหรือไม่ควรกระทำ (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

9. ความเป็นปึกแผ่น (Group Cohesiveness) ความเป็นปึกแผ่น เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยกัน ได้พัฒนาความไว้วางใจ ได้ช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีความอบอุ่นและให้การยอมรับซึ่งกันและกัน เมื่อมี ความเป็นปึกแผ่นเกิดขึ้น จะส่งผลให้สมาชิกมีความต้องการเข้ากลุ่มบำบัดหรือ “ติดกลุ่ม” นั่นเอง อัตราการถอนตัวออกจากกลุ่ม หรือการไม่มาตามนัดก็จะลดลง ซึ่งความเป็นปึกแผ่นที่เกิดขึ้นนี้จะต่างจากการที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

10. การได้ปลดปล่อยความรู้สึก (Catharsis) หรือที่เรียกว่า “ทำนบพัง” เป็นลักษณะของการได้ปลดปล่อยความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกได้พูดถึงเรื่องราวที่ตนรู้สึกว่าทุกข์ใจ หรือทุกข์ทรมานพร้อมๆ กับการปลดปล่อยอารมณ์ และความรู้สึกร่วมที่ท่วมท้น เช่น การร้องไห้สะอึกสะอื้น การแสดงความกราดเกรี้ยวเมื่อพูดถึงเหตุการณ์ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น ลักษณะการพูดจะพูดแบบพรั่งพรู หรือมีลักษณะกดดัน การปลดปล่อยความรู้สึกจะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกได้พัฒนาความไว้วางใจที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม ส่วนใหญ่จะเป็นปมที่ขัดแย้งในอดีต หรือเป็นสิ่งที่คาใจที่ไม่สามารถจัดการได้และไม่สามารถพูดให้ใครฟังได้ การปลดปล่อยความรู้สึกนี้จะต่างจากการระบายความในใจ (Ventilation) ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป การระบายความในใจ เป็นการกล่าวถึงเรื่องราวที่คับข้องใจ หรือที่เป็นปัญหา แต่ผู้เล่าไม่มีอารมณ์ ความรู้สึกที่ท่วมท้นเท่ากับการปลดปล่อยความรู้สึก การระบายความในใจจะเกิดขึ้นแทบทุกครั้งของกลุ่มบำบัด แต่การปลดปล่อยความรู้สึก จะเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก ขึ้นอยู่กับความเป็นปึกแผ่นที่เกิดขึ้น และลักษณะปัญหาที่สมาชิกเผชิญ (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2551)

11. การเรียนรู้สัจธรรมแห่งชีวิต (Existential Factors) การเรียนรู้สัจธรรมแห่งชีวิต เป็นการตระหนักถึงแก่นแท้ของชีวิต ได้แก่ ความไม่แน่นอน ความไม่ยุติธรรม ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน การตระหนักถึงข้อเท็จจริงว่าไม่มีใครหนีความทุกข์หรือความตายได้ การตระหนักว่าไม่ว่าเราจะมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกับผู้อื่นมากแค่ไหน อย่างไร เราต้องเผชิญชีวิตด้วยตนเอง การตระหนักถึงการมีชีวิตอยู่และความตายทำให้สมาชิกใช้ชีวิตอย่างซื่อสัตย์ และไม่ใส่ใจกับเรื่องเล็กน้อย ๆ มีการเรียนรู้ถึงความรับผิดชอบในชีวิตแห่งตนต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะได้รับความแนะนำ หรือการสนับสนุนจากผู้อื่นเพียงใดก็ตาม (ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ, 2551)

การทำกลุ่มบำบัดแบบ CBT ทำให้สมาชิกกลุ่มนั้นได้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ทุกคนได้มีโอกาสระบายและได้แสดงความคิดเห็น เกิดการพัฒนาตนเองในการเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ที่สมเหตุสมผล มีความคิดที่ยืดหยุ่น การใช้กระบวนการกลุ่มได้ผลดีในการปรับโครงสร้างมีการรู้คิด เนื่องจากบุคคลมีการเรียนรู้พฤติกรรมซึ่งกันและกัน สมาชิกในกลุ่มจะเป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกันในการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Craigie and Nathan (2009) ทำการศึกษาความแตกต่างระหว่างการทำ CBT แบบกลุ่มและรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนภายใต้แนวคิดทฤษฎีการบำบัดของ Beck Rush, Shaw and Emery (1979) จำนวนตัวอย่างการทำ CBT แบบกลุ่ม 157 คนและรายบุคคล 77 คน โดยกลุ่ม CBT ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โดยโปรแกรม CBT มีกิจกรรมในแต่ละ Session ดังต่อไปนี้ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และความวิตกกังวล รวมทั้งการตั้งเป้าหมาย 2) การทำกิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม การเปิดเผยตนเอง 3) เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และเริ่มต้นอธิบายรูปแบบการบำบัด CBT และลักษณะของความคิดและความรู้สึก 4) ร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับ “ความคิด” ในกลุ่ม 5) อภิปรายลักษณะของความคิดที่ไม่มีประโยชน์ในกลุ่ม 6) ทบทวนเทคนิค CBT เป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติในการนำ CBT ไปใช้ 7) เทคนิคการควบคุมอารมณ์ การบันทึกความคิดประจำวัน และเทคนิคการแก้ปัญหา 8) ทบทวนการใช้แบบบันทึกความคิดประจำวัน 9) การวางแผนการจัดการด้วยตนเอง 10) ทบทวนความก้าวหน้า และยุติการบำบัด โดยผลการบำบัดพบว่า การทำ CBT แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลมีประสิทธิภาพในการทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและไม่มีความแตกต่างทั้งหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน และการศึกษาของ เขาวนิ ล่องชูผล (2547) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ลดลงกว่าก่อนทำการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มนับเป็นการบำบัดทางเลือกที่มีประสิทธิผล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดความซึมเศร้า ซึ่งบทบาทด้านการบำบัดนั้น นับเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Advanced Psychiatric Practice Nurse [APPN]) (สภาการพยาบาล, 2545) ซึ่งภัทรารักษ์ พงษ์ปันคำ (2551) มีแนวคิดต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิตว่า การดูแลรักษาผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตจำเป็นต้องมีการผสมผสานและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างครอบคลุมทุกมิติของภาวะสุขภาพ ในผู้ที่มีปัญหาทางจิตเรื้อรัง ดังเช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะต้องมีการดูแลรักษาทั้งการให้ยาและการทำจิตบำบัด ไม่ว่าจะเป็นจิตบำบัดแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคล (Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 1999) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการดูแลรักษาทั้งด้านชีวิตจิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดกับผู้ป่วย ดังนั้นการใช้โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม มีประโยชน์ทั้งทางด้านปัจจัยบำบัดและความคุ้มค่าคุ้มทุนทางด้านการดูแลรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีจำนวนมากได้ และจากการศึกษาและงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนว่า CBT สามารถใช้บำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาถึงผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้