

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองงูเห่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อ ดังนี้

1. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน
- 1.2 ชนิดของโรคเบาหวาน
- 1.3 โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
- 1.4 ผลกระทบของโรคเบาหวาน

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

- 2.1 ความหมายภาวะซึมเศร้า
- 2.2 ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า
- 2.3 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.4 ภาวะซึมเศร้าในโรคเบาหวาน
- 2.5 ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า
- 2.6 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
- 2.7 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 2.8 การรักษาภาวะซึมเศร้า

3. แนวคิดการระลึกถึงความหลัง

- 3.1 ความหมายการระลึกถึงความหลัง
- 3.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง
- 3.3 คุณสมบัติของผู้สูงอายุก่อนเข้ากระบวนการระลึกถึงความหลัง
- 3.4 กระบวนการระลึกถึงความหลัง
- 3.5 รูปแบบการระลึกถึงความหลัง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติในการลดภาวะซึมเศร้า

- 4.1 ความหมายเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- 4.2 ประโยชน์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- 4.3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคเบาหวาน

จากการค้นคว้าได้มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) โรคเบาหวาน หมายถึง การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงมากเกินขีดจำกัดของไต จะถูกขับออกมาในน้ำปัสสาวะ เป็นการเกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ และการสร้างหรือใช้ฮอโมนอินซูลิน

ประเสริฐ อัสสันตชัย (2552) กล่าวถึงโรคเบาหวานว่าเป็นการทำงานของเซลล์เบตา และการหลั่งสารอินซูลินลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และมีภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา ทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานได้ง่าย

ถิรธรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รัตนวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล และ พัทธมนท์ คุ่มทวีพร (2552) ให้ความหมายของโรคเบาหวานว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคซึ่งเกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีภาวะเมตาบอลิซึมในร่างกายผิดปกติ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2552) เบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากการเผาผลาญอาหารไปใช้ได้ตามปกติ อาจมีสาเหตุมาจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอโมนอินซูลินออกมาได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลยหรือสร้างได้แต่อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดี เมื่อในกระแสเลือดมีระดับน้ำตาลสูงมาก ไตทำหน้าที่กรองน้ำตาลออกมากับน้ำปัสสาวะทำให้น้ำปัสสาวะมีรสหวาน จึงเรียกภาวะนี้ว่าเบาหวาน

สรุป โรคเบาหวานหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากความผิดปกติเกี่ยวกับฮอโมนอินซูลินในร่างกายทำให้การเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรตในร่างกายไม่สมดุล และบางรายและมีภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าคนปกติ และถูกขับออกมาทางปัสสาวะ

ชนิดของโรคเบาหวาน

ชนิดของโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus) มักพบในคนที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี

2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus)

มักพบในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เป็นชนิดที่พบมากที่สุด (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รัตนฤทธิ, วิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพิทกุล และพัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2552)

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยที่การทำงานของเซลล์เบต้า (Beta Cell) และการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ยังพบภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) เพิ่มขึ้นด้วย ทั้งจากการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมประจำวันที่ใช้พลังงาน และการออกกำลังกายลดลง มีภาวะอ้วน ซึ่งในคนอ้วนเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายมีการตอบสนองต่ออินซูลินน้อยลง อีกทั้งความเครียดเรื้อรังเกิดความไม่สมดุลของฮอร์โมนมีส่วนทำให้อินซูลินนำน้ำตาลเข้าเนื้อเยื่อไม่เต็มที่ แล้วส่งผลให้น้ำตาลในกระแสเลือดสูง จึงทำให้เกิดเบาหวานได้ง่ายในผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อุตสันตชัย, 2552; ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

ผลกระทบจากโรคเบาหวาน

ผลกระทบจากโรคเบาหวานมีหลายด้าน ดังนี้

ผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ Diabetic Keto Acidosis

(DKA) และ Hyperglycemic Hyper-osmolar State (HHS) มักมีภาวะอินซูลินสูงในเลือด

(Hyper-insulinemia) ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น พยาธิสภาพที่จอประสาทตา เนื่องจาก

โรคเบาหวาน (Diabetic Retinopathy) พยาธิสภาพที่ไตเนื่องจากโรคเบาหวาน (Diabetic

Nephropathy) และพยาธิสภาพที่เส้นประสาทเนื่องจากโรคเบาหวาน (Diabetic Neuropathy)

กลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ค่อนข้างซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับกลไกในระดับโมเลกุล

(Molecular Mechanism) (ประเสริฐ อุตสันตชัย, 2552)

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมจากการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียคุณภาพชีวิต ตลอดจน

สิ้นเปลืองทรัพยากรในการดูแลรักษา และการที่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องสูญเสียโอกาสในการทำงาน

ผลกระทบนี้เกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคล และครอบครัว จนถึงระดับประเทศชาติ การสูญเสีย

ทางเศรษฐกิจพบว่า ค่าใช้จ่ายโดยตรง (Direct Cost) ของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน

เท่ากับ 6,331 บาทต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2544 จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยอาจต้อง

เสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาผู้ป่วยเบาหวานถึง 3.5-8.4 หมื่นล้านบาทต่อปี (ประเสริฐ อุตสันตชัย, 2552)

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันยังไม่มีแนวคิดใดที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ชัดเจน แต่จากหลักฐานงานวิจัยพบว่า สาเหตุที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เช่น ปัญหาการเงิน ไม่มีผู้รับทุกข์การตายของกลุ่มสมรส การสูญเสียสถานภาพ การเกษียณอายุ สุขภาพที่เสื่อม และการที่บุตรแยกตัวออกไปตั้งครอบครัวใหม่ ภาวะซึมเศร้านี้เป็นผลที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการที่มีปัญหาในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม การใช้ยา หรือสารเสพติด ความไม่สามารถควบคุมจิตใจต่อเหตุการณ์ที่มีผลกระทบโดยตรงทางจิตใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน รวมทั้งปัญหาสุขภาพทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรัง และความไม่สุขสบาย (เจมิจิต สแนชเชล, 2551; ปาริชาติ คำชู, 2551; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ดำ, 2548)

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลายคน ดังนี้

Rawlins and Heacock (1988 cited in Feedwan, 1986 อ้างถึงใน เจมิจิต สแนชเชล, 2551; พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนของอารมณ์ ซึ่งมีความผิดปกติของความรู้สึก หักสนคติ และความเชื่อที่มีต่อตนเอง และบุคคลอื่น มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีค่า มองโลกในแง่ร้าย สูญเสียหมดหวัง รู้สึกผิด

Beeber (1998 อ้างถึงใน เจมิจิต สแนชเชล, 2551; พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่งจัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการโศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว รู้สึกท้อแท้หมดหวัง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับการรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด มีความรู้สึกไร้ค่า ดำหนดตนเอง

สมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association, 1986 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่ผิดปกติแสดงออกทางอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า อายากร้องไห้ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนุกสนาน คิดว่าตนเองไม่มีค่า มีพฤติกรรมการแยกตัว หรือก้าวร้าว

ธรณินทร์ กองสุข (2550) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง หรือที่คาดการณ์ล่วงหน้า และความเสียใจ ความผิดหวังที่ไม่ได้ดังหวัง หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโชคชะตาชีวิต เป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสเกิดซ้ำ ก่อความสูญหายอย่างมากทั้งต่อบุคคล และสังคม

เรณูการ์ ทองคำรอด (2554) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า (Depression) คือ สิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีอาการเศร้าที่เกินควร และนานเกินไป อาการไม่ดีขึ้นแม้จะได้รับกำลังใจ หรืออธิบายด้วยเหตุผล มักรู้สึกด้อยค่า ผิดและอยากตาย พบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวัน และสังคมทั่วไป หากปล่อยไว้อาการจะรุนแรงมากขึ้นกลายเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

รวีวรรณ เผ่ากันหา (2551) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่มีจิตใจ หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้การดำรง กิจกรรมประจำวันเสียไป

สรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ว่า เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึก ไม่มีคุณค่าในตนเอง เบื่อหน่ายชีวิต ไม่มีความสุข จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง ท้อแท้ หดหู่ ซึ่งอาจ นำไปสู่การป่วยเป็นโรคจิต หรือการฆ่าตัวตายได้

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า (Theories of Depression)

ภาวะซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การเข้าใจสาเหตุของภาวะซึมเศร้า จะมีความสำคัญต่อรูปแบบของการดูแล ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ในปัจจุบันนี้ สามารถสรุปได้ 4 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคม และจากหลายทฤษฎีรวมกัน รายละเอียดดังต่อไปนี้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories)

ทฤษฎีทางชีววิทยา อธิบายว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากสารสื่อประสาทลดลง ได้แก่ สารซีโรโทนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) อซิทิลโคลีน (Acetylcholine) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) จากพันธุกรรม เพศหญิงจะมีอัตราเสี่ยงกว่าเพศชายถึง 3 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบโครโมโซมเอ็กซ์เป็นยีนส์เด่น (X-chromosome-linked Dominant) จากความผิดปกติของระบบฮอร์โมนต่อมไร้ท่อ เช่น ไทรอยด์ ระดับคอร์ติโซน (Cortisone) ในเลือดเพิ่มขึ้น พบในผู้ป่วยโรคคุชชิงซินโดรม (Cushing's Syndrome) จำนวนมากที่มีอาการภาวะซึมเศร้า นอกจากนั้นยังพบในคนที่นอนหลับผิดปกติ เช่น นอนหลับยาก นอนหลับแล้วตื่นบ่อย หรือตื่นเช้ากว่าปกติ

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา กล่าวถึง ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่หมดหวัง ไร้อำนาจ ไร้ที่พึ่งพิง ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ล้มเหลว หรือโดดเดี่ยว ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจ องค์ประกอบภายในที่กระตุ้นให้เกิดความซึมเศร้า ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคลที่กระทบ ต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความไม่สมหวังของชีวิต

Freud (n.d. cited in Blazer, 1982 อ้างถึงใน ปาริชาติ คำชู, 2551) ทฤษฎีทางการเรียนรู้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดการขาดแรงจูงใจ เกิดความคิดทางด้านลบ และมีภาวะอารมณ์ไม่สมดุล ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory) อธิบายภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากการที่มีแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง เช่น รู้สึกเกลียดตนเอง รู้สึกผิดไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความบิดเบือนจากความจริง มองโลกในแง่ร้าย แต่ในผู้สูงอายุที่สามารถมองย้อนอดีตเพื่อเข้าใจในปัจจุบัน และเชื่อมโยงไปสู่อนาคตถือว่าเป็นผู้สูงอายุจิตปกติ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

3. ทฤษฎีทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Theory) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รัก หรือเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ไม่สมดุล การขาดการสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียคู่สมรส เช่น แยกกันอยู่ การสูญเสียชีวิต (Miller, 2009) มีผลทำให้บุคคลไม่สามารถกำหนดชะตาชีวิตของตนเองได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

4. Multiple Causation Theory โดย Blazer (1993 อ้างถึงใน ถิรวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ หลายสาเหตุที่ทับซ้อนกัน

จากทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุข้างต้น กล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุน่าจะมีปัญหาตามแนวคิด และทฤษฎีดังที่กล่าวข้างต้น มาร่วมอธิบายทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถใช้เพียงทฤษฎีเดียวอธิบายอย่างชัดเจนได้

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีหลายประการ เช่น การรับรู้ ความเสื่อมของสุขภาพร่างกาย ความเครียดทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม (เจิมจิต สแนชเชล, 2551; พินัดักษณ์ นิติการณ, 2547; รวีวรรณ เผ่ากัณหา, 2551) ดังนี้

1. การรับรู้ (Perception)

ด้านการรับรู้ นั้น March (n.d. cited in Blazer, 1982 อ้างถึงใน เจิมจิต สแนชเชล, 2551; พินัดักษณ์ นิติการณ, 2547) ได้อธิบายว่า การรับรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในเรื่องภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมทางกาย และทางสังคมได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า ในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมีผลทำให้การรับรู้สิ่งใหม่ๆ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้ยาก ผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองเป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจในการรับรู้ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ที่มีวัยอ่อนกว่า และในผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-image) ที่แตกต่างกัน จึงเหมือนกับว่าผู้สูงอายุจะมีความยึดมั่นในความคิด และเหตุผลของตนเอง (Narcissism) ซึ่ง เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528)

ได้กล่าวว่า การที่บุคคลยึดมั่นกับสิ่งใดแล้วเกิดความขัดแย้งขึ้นในใจ แล้วไม่สามารถแก้ปัญหา แต่ยึดความคิดของตนเองเป็นใหญ่ และหากผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขาเองเป็นคนไร้ค่า ท้อแท้ ชีวิตไม่มี ความหมาย เขาจะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น

2. ความเสื่อมของสุขภาพร่างกาย (Decreased Physical Health Functioning)

วัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน โครงสร้าง และหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรงลง ขาดความไวในการตอบสนอง อีกทั้งการทำงานในระบบประสาท หย่อนสมรรถภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยได้ง่าย จำเป็นต้องมีภาวะพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้อื่นลดน้อยลง (พินิจอักษร นิติภากรณ์, 2547) และการเจ็บป่วย ทางกายนี้ เป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา ไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารไม่สมดุล เป็นสาเหตุทำให้เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความพิการ ไม่สามารถ เผชิญปัญหา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (รวีวรรณ เผ่ากัณหา, 2551)

3. ความเครียดทางสังคม (Social Stresses)

Roche et al. (1975 อ้างถึงใน ชุตีพร ศรีไชยวาน, 2542) พบว่า ความเครียดทางสังคม ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากสังคมเป็นสิ่งแวดล้อม ที่สัมผัสโดยตรงกับการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งสังคมจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว และปัญหา สุขภาพของบุคคล สภาพความเครียดทางสังคมของผู้สูงอายุมีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม จากสภาพสังคมการทำเกษตรกรรม

ไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ทำให้คนในสังคมมีการแข่งขันกันสูงขึ้น มีการพึ่งพาอาศัยกันลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทลดลง และขาดความสำคัญไป ในที่สุดผู้สูงอายุก็จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่งทางจิตใจ

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม เช่น การเกษียณอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาท ทางสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตขึ้นใหม่ ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถ ในการพึ่งพาตนเอง และส่งผลให้เกิดภาวะเครียดได้

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน จากการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นในการเข้ากลุ่ม การไม่กล้าแสดงออก ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับชุมชนลดลง และทำให้เกิดภาวะเครียดได้

จากสภาพความเครียดทางสังคมดังกล่าวมา ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงของจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเขาเองลดหรือ ไม่มีคุณค่า Jacobson (n.d. cited in Blazer, 1982 อ้างถึงใน พินิจอักษร นิติภากรณ์, 2547) กล่าวถึง ความรู้สึกว่าเขาเองไร้ค่าจะเป็นศูนย์กลาง ของปัญหาทางจิตใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า

4. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

Hogstel (n.d. อ้างถึงใน เกษม ตันติผลชีวะ และกุลยา ตันติผลชีวะ, 2528) กล่าวว่า ในสังคมของผู้สูงอายุจะแคบลง เหลือเพียงครอบครัว เพื่อน และวัด เท่านั้น การคำนึงทางสังคม จึงมีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ ครอบครัว และเพื่อน

4.1 ครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และเศรษฐกิจ ต้องการความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวตนเอง ต้องการมีการติดต่อกับเครือญาติ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (Chatifield, 1977 อ้างถึงใน เกษม ตันติผลชีวะ และกุลยา ตันติผลชีวะ, 2528)

4.2 เพื่อน ในผู้สูงอายุที่ไร้เพื่อนจะมีความยุ่งยากในครอบครัว และเพื่อนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว จึงไม่สามารถพึ่งพาอาศัยได้ และการที่ผู้สูงอายุมิเพื่อนจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่มีเพื่อน มักทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (เจิมจิต สแนมเชล, 2551)

4.3 บุคลากรวิชาชีพ การได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อาการ อาการแสดง การบำบัดรักษา และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะซึมเศร้า (รวีวรรณ เผ่ากัณหา, สัมภาษณ์, 21 พฤษภาคม 2554)

ภาวะซึมเศร้าในโรคเบาหวาน

ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะชี้ชัดว่าปัจจัยทางด้านจิตใจมีผลโดยตรงต่อการเริ่มต้นของโรคเบาหวาน (ประอรทิพย์ สุทธิสาร, 2550) ซึ่ง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) กล่าวว่า การเจ็บป่วยกะทันหัน และโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาของ Miller (2009) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่าเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง การขาดสารอาหารโดยเฉพาะวิตามินบี 12 ขาดธาตุเหล็ก โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ และอื่น ๆ เช่น รูมาตอยด์ มะเร็ง วัณโรค เบาหวาน การขาดความสุขของเกลือแร่ในร่างกาย และการติดเชื้อในร่างกาย และผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ยาสเตียรอยด์ เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน ผลกระทบต่อร่างกาย คือ ความอยากอาหารน้อยลง ทำให้น้ำหนักลด นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า ปวดเมื่อย หายใจไม่อิ่ม การตัดสินใจช้า ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกเศร้า เสียใจ กังวลตลอด ไร้ค่า ขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รู้สึกผิด และสิ้นหวัง หลงลืม จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประอรทิพย์ สุทธิสาร (2550) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้า และบริบทชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน

โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหาภาวะซึมเศร้ามาจากปัจจัย 3 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น วัยสูงอายุมีความเสื่อมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งโรคเบาหวาน มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต มีการจำกัดอาหาร จำเป็นต้องใช้ยาประจำ และปฏิบัติตัวต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เกิดความท้อแท้ในชีวิตได้ง่าย 2) ปัจจัยทางจิตสังคมพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต และไม่สามารถแก้ปัญหานั้นได้ และ 3) ปัจจัยทางสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำเป็นต้องพึ่งพารายได้จากคู่สมรสหรือบุตรหลาน ทำให้เครียดมากขึ้น อีกทั้ง รัตนา เต็มเกษมสานต์ (2549) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต และมักมีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านการรักษา เช่น การมีภาวะซึมเศร้า และในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะอารมณ์ปกติร้อยละ 30.34 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 30.34 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 13.10 มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 17.58 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 8.64 และจากการศึกษาของ ญัญพร พันแสง (2552) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลร่วมจิต จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหา และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากการศึกษาและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคเบาหวานส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยได้

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า

American Psychiatric Association (1994 อ้างถึงใน กนกศรี จาดเงิน, 2543) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depression) ซึ่งได้แก่ อาการทางด้านอารมณ์ (Mood) ความสนใจ (Interest) ความอยากอาหาร (Appetite) การนอนหลับ การเคลื่อนไหว (Psychomotor) พลังงาน ความรู้สึกผิด (Guilt) สมาธิ (Concentration) และความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide) ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า มีดังนี้

1. มีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ สิ้นหวังอยู่ตลอดเวลา หรือมีการร้องไห้ร่วมด้วย
2. ขาดหรือลดความสนใจจากกิจกรรมที่ตนเองเคยสนใจทำ
3. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป เช่น อยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แต่บางรายอาจจะอยากอาหารเพิ่มขึ้นและจะมีน้ำหนักเพิ่มได้
4. มีอาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืนพบบ่อยว่ามักจะตื่นเช้ากว่าปกติ แต่ในบางรายอาจจะนอนมากกว่าปกติ และมักนอนในเวลากลางวันด้วย

5. มีการเคลื่อนไหวช้า แต่มีบางรายจะกระสับกระส่าย และหงุดหงิดง่าย
6. มักจะรู้สึกว่าการตนเองอ่อนเพลียไม่มีแรง ตลอดวันและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง
7. มีความรู้สึกผิด มักจะตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองไม่ดี และเป็นภาระของผู้อื่น
8. ไม่มีสมาธิ คิด และพูดซ้ำ การตัดสินใจบกพร่อง
9. มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือการตาย บางรายพยายามฆ่าตัวตาย

จาก 9 อาการทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 5 อาการอย่างต่อเนื่องร่วมกับมีอาการซึมเศร้า และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ จึงจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่ปกติ เนื่องจากสามารถทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ แบ่งเป็นผลกระทบทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ (Conwell, Cain, & Olsen, 1990; Katz, 1996; Murphy et al., 1988; Neese, 1991 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548)

1. ผลกระทบทางตรง มีดังนี้

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดลง ความสามารถในการเผชิญปัญหาขาดประสิทธิภาพ ทำให้มีพฤติกรรมการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม อาจมีการฆ่าตัวตาย และจากการติดตามผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า ในระยะเวลา 2 ปี พบว่า มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 34

1.2 การสูญเสียความจำ มักทำให้มีการหลงลืมในผู้สูงอายุ

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง เกิดความเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น

2. ผลกระทบทางอ้อม มีดังนี้

2.1 การขาดสารอาหาร จากการที่ผู้สูงอายุมีความอยากรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง หรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหาร ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจาก ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่ใส่ใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยา หรือปฏิเสธการรักษา

2.3 การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ทำให้ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้างตนเอง หรือสนใจลดน้อยลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรมจากการนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม แยกตัวเอง มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้าย หรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ทำให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหา จากบุคคลอื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน เป็นต้น

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นเรื่องที่ยากซับซ้อน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการ และอาการแสดงได้หลายมิติ (Multidimensional) มีการให้คำนิยาม และสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะทั่วๆ ไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ (Kranich, 1995 อ้างถึงใน พิณลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548) จึงมีการสร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมา แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Greist & Greist, 1979; Greist & Jefferson, 1992; Jacoby, 1997 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้กับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่เน้นการประเมินทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเอง ในตอนแรกจะมีคนสัมภาษณ์ แล้วให้ผู้สูงอายุตอบ หลังจากนั้น ผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้รอกคำตอบในกระดาษคำถามเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดในการรายงานจากผู้สูงอายุ ต่อมาจึงให้ผู้สูงอายุตอบเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ (พิณลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548)
2. Zung Self-rating Depression Scale เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (Affect Disturbance) ด้านร่างกาย (Physiological Disturbance) ด้านระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psychomotor Disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological Disturbance) เดิมเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมนำไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในปัจจุบันแบบประเมินนี้ ไม่ได้ได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาดสั้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ (พิณลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548)

3. Zenssen Adjective Check List เป็นแบบประเมินที่มีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ แต่ละข้อจะไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่มีอยู่ได้อย่างละเอียด แต่มีข้อดี คือ ตอบง่าย โดยการพิจารณาตัวเลือกต่าง ๆ ในการตอบ มีจำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ

ในแต่ละข้อมีคำตอบเพียง 2 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ ให้ผู้ตอบเลือกคุณศัพท์มาเพียงข้อเดียวให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด (พินิลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548)

4. Center for Epidemiologic Studies-depression Scale (CES-D Scale) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน เกณฑ์การตัดสิน หากมีคะแนน 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissman et al., 1977 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548)

5. Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยเป็นแบบวัดที่สร้างโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา พัฒนาโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2537) แบบวัดภาวะซึมเศร้าชนิดนี้เป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตัวเองในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาโดยการตอบข้อความว่า “ใช่” “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อคำถาม สำหรับการให้คะแนนจะเป็นระบบได้คะแนน 0 หรือ 1 คะแนน ในแต่ละคำถาม ลักษณะของคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ในข้อเหล่านี้จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับตนเองทางด้านลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน การกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนระดับปกติ เท่ากับ 0-12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าระดับเล็กน้อย มีคะแนนเท่ากับ 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าระดับปานกลาง มีคะแนนเท่ากับ 19-24 คะแนน ส่วนผู้สูงอายุที่มีความเศร้าระดับรุนแรง มีคะแนนเท่ากับ 25-30 คะแนน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

การรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยา การช็อกด้วยไฟฟ้า และการบำบัดโดยไม่ใช้ยา รายละเอียด ดังนี้ (Burnside, 1988; Lazalus, 1984; Walker & Covinton, 1984; สุกสบาย จุลกทัพพะ, 2540)

1. การใช้ยา (Antidepressant Drug) ทำให้อาการเศร้าน้อยลง หรือหมดไป เช่น Amitriptyline (Typtanol) Imipramine (Tofranil) อาการจะดีขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ หากเป็น

โรคซึมเศร้า ควรรับประทานยาติดต่อกัน 6-9 เดือน อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยา และอาจเกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ คือ ง่วงซึม ปากแห้ง คลื่นไส้ ตาพร่า ใจสั่น เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ สับสน และอาจหกล้ม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542; ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ และคณะ, 2553)

2. การรักษาโดยใช้ไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) เลือกใช้ในผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง มีปัญหาด้านสุขภาพการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล มีความคิดฆ่าตัวตาย และปฏิเสธการกินอาหารและน้ำ

3. การรักษาจิตใจ และทางด้านสังคม (Psychosocial Approaches) ได้แก่ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด การบำบัดแนววิถีคิด และตัวบุคคล พฤติกรรมบำบัด การจัดการกับความเครียด และความวิตกกังวล การใช้ครอบครัวในการบำบัด การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคมให้ผู้สูงอายุ การทบทวนชีวิต และการระลึกถึงความหลัง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าในการรักษาอาการเศร้านั้นมีหลายวิธี แต่ละวิธีการที่ใช้รักษานั้นขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุ และอาการของในแต่ละคน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดในการระลึกถึงความหลังในการลดภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

แนวคิดการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)

การระลึกถึงความหลัง มีรากฐานมาจากทฤษฎีการทบทวนชีวิต ซึ่ง Butler (1963 cited in Burnside, 1994 อ้างถึงใน ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550; พินลักษ์ นิตินาครณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548) ได้เสนอแนวคิดนี้ เนื่องจากแนวคิดการระลึกถึงความหลังมีความคล้ายคลึงกับการ ทบทวนชีวิตแต่ไม่มีความชัดเจน จึงทำให้มีความสับสนในการนำมาใช้ และเพื่อทำความเข้าใจ จึงควรทราบของความหมายของการระลึกถึงความหลังให้เข้าใจก่อน

ความหมายของการระลึกถึงความหลัง

ได้มีผู้อธิบายเกี่ยวกับความหมายของการระลึกถึงความหลังไว้หลายท่าน ดังนี้

Webster's Ninth New Collegiate Dictionary (1985 cited in Burnside & Haight, 1992 อ้างถึงใน เฉลิมวรรณ เกตุสวัสดิ์, 2545) ให้ความหมายการระลึกถึงความหลัง ดังนี้ 1) เป็นการเรียกความรู้สึเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือความจริงที่ลืมนานให้กลับมา 2) เป็นการระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาไม่เคยลืม และ 3) เป็นบางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายใต้จิตสำนึก

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) กล่าวถึง การระลึกถึงความหลังว่า เป็นพฤติกรรมของคน ทุกวัย ในผู้สูงอายุก็มีลักษณะชอบคิดถึงอดีตเป็นเรื่องธรรมชาติ และผู้ที่คิดถึงอดีตด้วยความพอใจ พอใจ อิ่มใจในตนเอง มักเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข

เฉลิมวรรณ เกตุสาสดี (2545) กล่าวถึง การระลึกถึงความหลังว่า เป็นกระบวนการทาง ความคิดที่เรียกความทรงจำในอดีตเริ่มตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น นั่งคิด แบบเงียบ ๆ คนเดียว เล่าให้ผู้อื่นฟัง เขียนเล่าเป็นตัวหนังสือ หรือเดินทางไปในสถานที่ที่เคยไปในอดีต เป็นได้ทั้งด้านบวก และด้านลบ

ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) กล่าวว่า เป็นกระบวนการทบทวนความคิดความทรงจำ โดยเป็นเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมาทั้งด้านบวก และด้านลบ เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ช่วยให้เกิด ความภาคภูมิใจ และช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

กล่าวโดยสรุป การระลึกถึงความหลัง หมายถึง กระบวนการทางความคิด เป็นการย้อน คิดถึงเหตุการณ์ด้านบวกในอดีตที่เคยเกิดขึ้นกับตนเอง คิดถึงแล้วรู้สึกมีความสุข อิ่มเอมใจ อบอวน มีความสมบูรณ์ในตน มีความพิเศษ ประทับใจ ความรู้สึกภาคภูมิใจ และเกิดความรู้สึกดี ๆ ทุกครั้ง

ทฤษฎีเกี่ยวกับการระลึกถึงความหลัง

มีผู้ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงความหลัง และได้อธิบายไว้ ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ทฤษฎี ฟรอยด์ อธิบายว่า คนที่มีสุขภาพจิตดี คือ คนที่สามารถผสมผสานเหตุการณ์ ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เหตุการณ์ในอดีตของใคร่บ่งชี้กำหนดชีวิตปัจจุบันของผู้นั้น ปัจจุบัน ที่มีความทุกข์ลำบาก คือ ภาพสะท้อนความเป็นไปในอดีต ตามแนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้สูงอายุที่มีจิตใจ ในอดีต เมื่อผู้นั้นจมจุ่มกับอดีต แยกปัจจุบันจากอดีต หรือแยกอดีตจากปัจจุบัน และอนาคตไม่ได้เลย (Bulter, 1990 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

2. ทฤษฎีขั้นตอนของชีวิต (Erikson, 1950; Jung, 1960 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

ทฤษฎีขั้นตอนของชีวิต อิริคสัน อธิบายว่า ผู้สูงอายุมักชอบมองย้อนอดีต เพื่อตรวจสอบ ตัดสินว่า ชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมดเขา ประสบความสุข ความสำเร็จอย่างไรบ้าง ได้ทำชีวิตให้มีค่า บ้างหรือไม่ ถ้าเขามีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตคุ้มค่า ได้ทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ตนควรกระทำ เขาจะรู้สึก พึงพอใจในตนเอง และยอมรับชีวิตของตนเองอย่างที่เป็น แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้ามองเห็นตนเอง ในด้านลบรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่จมจุ่มกับตนเอง เพราะชีวิต ในอนาคตที่เหลือนั้น จะตั้งต้นเปลี่ยนแปลงชีวิต หรือทำอะไรใหม่ไม่ได้แล้ว ซึ่งจึง อธิบายว่า

ชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดถึง 40 ปี ตอนที่ 2 เป็นระยะระหว่าง 40 ปีขึ้นไปจนตลอดอายุขัย คนจะเริ่มตระหนักรู้ว่าชีวิตของตนอยู่ระยะที่ 2 เมื่อเขาเริ่มรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิตยังไม่มีอะไรเป็นที่น่าภาคภูมิใจ จะเริ่มเบื่อบ้าน เบื่อชีวิต ความรู้สึกนี้จะทำให้เขาเริ่มย้อนมองอดีตที่ผ่านมา แล้วจะปรับตน และวิถีชีวิตให้เข้ารูปเข้ารอยที่ตนพอใจ การปรับตน และการย้อนมองอดีตนี้จะดำเนินมาตั้งแต่วัยกลางคนจนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้เข้าใจความไม่เที่ยงของชีวิต

3. ทฤษฎีอัตถิภาวนิยม (Existentialism) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

แนวคิดหนึ่งของกลุ่มนี้ เชื่อว่า มนุษย์ดำรงชีพอยู่ได้ด้วยการมองเห็นความหมายของการมีชีวิต ซึ่งการเห็นคุณค่าของชีวิตมีความหมายพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นการย้อนคิดถึง ความหลังเป็นวิธีการหนึ่ง ที่ผู้สูงอายุทำการประเมินคุณค่าของชีวิตของตน ถ้าเห็นว่าชีวิตที่ผ่านมา เต็มไปด้วยความหมาย และคุณค่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

4. ทฤษฎีการทบทวนชีวิต (Life Review)

บัทเลอร์ อธิบายว่าการนึกถึงอดีตของผู้สูงอายุมีทั้งคุณ และโทษ ซึ่งในด้านมีคุณค่า คือ ฝึกฝนความจำ ดังความคิดความรู้สึกในจิตใจได้อ่านึก เพิ่มพูนความภาคภูมิใจตนเอง และความมีสติสัมปชัญญะ มีความจำเป็นต่อการปรับตัวในวัยผู้สูงอายุ ส่วนโทษของการคิดย้อนอดีต คือ ทำให้ผู้สูงอายุเศร้าหมอง กังวล มีความรู้สึกผิดแล้วลงโทษตัวเองอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย แต่ บัทเลอร์ เชื่อว่าการย้อนคิดถึงอดีตมีคุณค่ามากกว่าโทษ สำหรับผู้ที่ย้อนคิดแล้วไม่มีความสุขก็สามารถ ทำการบำบัดได้ โดยวิธีการบำบัดรักษาของเขาเรียกว่า “Planned Reminiscing” (Butler, 1990 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

คุณสมบัติของผู้สูงอายุก่อนเข้ากระบวนการระลึกถึงความหลัง

ผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการบำบัดตามกระบวนการระลึกถึงความหลังมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีระดับการรับรู้ปกติ
2. มีความสามารถในการฟื้นฟูความทรงจำในระยะยาวได้ (Retrieve Long-term Memories) แต่ความจำระยะสั้นอาจไม่จำเป็น
3. สามารถถ่ายทอดความทรงจำนั้นออกมาเป็นภาษาพูดได้

ส่วนบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง หรือซึมเศร้าในระดับรุนแรง รวมทั้งมีปัญหา ด้านการสื่อสาร พูดไม่ได้ หรือสูญเสียการได้ยิน จะทำการระลึกถึงความหลังไม่ได้ ต้องดำเนินการ ส่งต่อไปที่จิตแพทย์หรือนักจิตบำบัด เพื่อการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

กระบวนการระลึกถึงความหลัง

การเข้าใจในกระบวนการระลึกถึงความหลังนั้นมีความสำคัญ คือ เพื่อความสะดวก และการเข้าใจที่ตรงกันสำหรับผู้เริ่มต้นใช้กิจกรรมการระลึกถึงความหลัง ซึ่งกระบวนการ ประกอบด้วยระยะ 3 ระยะ ดังนี้ (Hamillton, 1992)

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) คือ การเลือกเหตุการณ์ ความคิด และความรู้สึกที่พึงพอใจในอดีตและความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องมาตลอด
2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) คือ ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ และบอกความรู้สึกให้ได้ว่า เหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรต่อตน จึงทำให้บุคคล นั้นเก็บความทรงจำนั้นตลอดมา และเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน
3. ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Social Interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่บุคคลมีต่อความทรงจำนั้นให้กับ ผู้อื่นฟัง และเป็นการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (Self-expression)

มีข้อเสนอแนะจาก Burnside (1983 อ้างถึงใน ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) สำหรับ ผู้ดำเนินกิจกรรมการระลึกถึงความหลังรายบุคคล ไว้ดังนี้

1. ต้องแน่ใจว่าผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สะดวกสบาย หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดก็ไม่สามารถทำการระลึกถึงความหลังได้
2. ควรเลือกสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุ
3. ควรตรวจสอบความรู้สึกและประสาทสัมผัส เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีความสับสนหรือไม่
4. ควรมีการประสานสายตากับผู้สูงอายุเป็นระยะ
5. ควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง
6. ควรให้ความเคารพนับถือ และใส่ใจผู้สูงอายุเสมอตลอดกระบวนการ เช่น เรื่องความเจ็บปวด ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล
7. ควรระลึกถึงความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุเสมอ
8. อาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการกระตุ้นความทรงจำของผู้สูงอายุ
9. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มองสังคมในด้านลบให้เป็นผู้ที่เข้มแข็งขึ้น
10. ควรให้การบำบัดอย่างช้า ๆ เหมาะกับความต้องการของผู้สูงอายุ ปล่อยช่วงเวลาให้คิด และตอบสนองอย่างเต็มที่

11. ควรระลึกเสมอว่าทุกอย่างเป็นการตัดสินใจโดยผู้สูงอายุเอง

12. ควรชี้แจงให้ผู้สูงอายุเข้าใจอย่างกระจ่างชัด ๆ และเขียนข้อความลงในกระดาษ เพื่อเตือนความจำให้ผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุทราบว่า การพบกันคราวหน้าจะทำอะไรบ้าง มีจุดมุ่งหมายอะไร รวมทั้งสถานที่ และเวลาที่นัดพบกัน

การเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุ กับผู้บำบัด ซึ่งหลักของการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ต้องอาศัยทักษะต่าง ๆ รายละเอียดของทักษะที่ใช้ มีดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2544)

1. ทักษะในการฟัง (Listening Skills) เป็นทักษะที่ใช้ในการแสดงความสนใจ ต่อคำพูด และภาษาท่าทางของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงเนื้อหา ความรู้สึกของเรื่องที่เล่ามา เป็นการแสดงให้เห็นว่า ผู้บำบัดเห็นความสำคัญ ให้เกียรติกับผู้สูงอายุ และบางครั้งต้องฟังเพื่อที่จะสังเกตว่า การพูดกับอารมณ์ของผู้สูงอายุเหมาะสมกันหรือไม่ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือไม่

2. ทักษะในการสะท้อน (Reflecting Skills) วัตถุประสงค์ของการสะท้อน คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความรู้สึก และเรื่องราวของตนเอง ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักว่า ผู้ให้การบำบัดพยายามที่จะเข้าใจเขา การสะท้อนได้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

2.1 การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting Feeling) เป็นการนำความคลุมเครือออกมาให้กระจ่างขึ้น ก่อนจะสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความสามารถในการฟัง และคิดตามไปด้วยว่า คำพูดเช่นนั้นของผู้สูงอายุเกิดจากความรู้สึกอย่างไร แล้วจึงสะท้อนออกมา

2.2 การสะท้อนเนื้อหา (Reflecting Contents) เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิต อาจไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวต่อเนื่องกันได้ ดังนั้นการสะท้อนเนื้อหา จึงช่วยให้เรื่องราวกระจ่างขึ้น

3. ทักษะการตีความหมาย (Interpreting Skills) การตีความหมาย สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่มุมต่าง ๆ อย่างชัดเจน และเป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักในตนเอง ช่วยให้ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

4. ทักษะในการให้กำลังใจ (Reassuring Skills) เป็นการสร้างความเชื่อมั่น และช่วยให้ผู้สูงอายุได้คลายเครียดในการระลึกถึงความหลัง ความสุภาพนุ่มนวลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ

5. ทักษะในการสังเกต (Observation) พฤติกรรม และความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ปฏิกริยาที่เป็นอาการแสดงที่ไม่ใช่คำพูด (Nonverbal) ทั้งหมด เช่น อาการสั่น อาการไม่พอใจ ซึ่งอาจเกิดจากอาการเครียด หรือวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

6. การทวนซ้ำ (Restating) ใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยเฉพาะข้อมูลเชิง ความคิด ความจำ โดยไม่มีการเพิ่มเติมความคิดของผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสำรวจ รับรู้ และเข้าใจ ความคิดของตนเอง ต้องการเน้นข้อความนั้นเพื่อการขยายความกลับสู่ประเด็น

7. การสรุปความ (Summarizing) ผู้บำบัดได้มีการทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในแต่ละกิจกรรม โดยพยายามให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ฝึกทบทวนด้วยตนเองก่อน เพื่อผู้บำบัดได้ทราบถึง ความเข้าใจของผู้สูงอายุเบาหวานว่ามีมากน้อยเพียงใด มีเนื้อหาส่วนใดที่ควรเพิ่มเติม จะช่วยให้ ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น พร้อมนำไปปรับใช้ได้จริง จากนั้นผู้บำบัดทำการสรุป ความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุเบาหวานได้รู้ว่า ตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และทางร่างกายอย่างไร

8. การให้คำแนะนำ (Suggestion) ผู้บำบัดให้คำแนะนำ เป็นการชี้แนะแนวทาง การปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ให้ผู้สูงอายุเบาหวานนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

9. การให้ข้อมูล (Giving Information) ผู้บำบัดให้ข้อมูล และความรู้ต่าง ๆ ในระหว่าง การดำเนินกิจกรรม ช่วยให้ผู้สูงอายุเบาหวานเกิดความกระฉับกระชวย คลายความวิตกกังวล และสามารถเข้าใจการบำบัดมากขึ้น ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการ อาการแสดง วิธีการบำบัดรักษา และการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง

10. การตั้งคำถามปลายเปิด-ปิด (Open-end Question) ผู้บำบัดมีการตั้งคำถาม ทั้งปลายเปิด และปลายปิด เพื่อมุ่งไปสู่หัวข้อที่ใช้ในการกระตุ้นถาม เพื่อให้ผู้สูงอายุเบาหวาน ได้สามารถตอบได้หลายช่องทาง

ส่วนคุณสมบัติของการเป็นผู้ให้การบำบัดในกระบวนการระลึกถึงความหลัง เบิร์นไซด์ กล่าวถึงคุณสมบัติของการเป็นผู้บำบัด ดังนี้

1. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟัง จากคำบอกเล่าความทรงจำ ของผู้สูงอายุ
2. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความแม่นยำในการระบุกระบวนการระลึกถึง ความหลังของผู้สูงอายุแต่ละคนได้
3. ผู้ให้การบำบัดจะต้องเป็นผู้ที่มีความแม่นยำในการตอบสนองกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ในระหว่างกระบวนการระลึกถึงความหลังได้

รูปแบบของการระลึกถึงความหลัง

ในการระลึกถึงความหลังนี้สามารถทำได้ 2 รูปแบบ (Hamillton, 1992; Snyder, 1998; อ้างถึงใน พินิจลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548) ดังนี้

1. การระลึกถึงความหลังแบบรายกลุ่ม (Group Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึง ความหลังร่วมกันเป็นกลุ่ม ซึ่งมีรูปแบบกลุ่ม ดังนี้

1.1 ขนาดสมาชิกของกลุ่ม 4-10 คน (Hamillton, 1992; Ebersole, 1978 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548) ในการกำหนดขนาดของสมาชิกก็เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เกิดความรู้สึกระลึกถึง ความหลัง ถ้าสมาชิกของกลุ่มที่มากไปจะทำให้ผู้สูงอายุบางคน อาจไม่เกิดความรู้สึกระลึกถึง ความหลัง และถ้าสมาชิกของกลุ่มน้อยเกินไป จะทำให้การระลึกถึงความหลังไม่มีความหลากหลาย

1.2 ระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที (Snyder, 1998 อ้างถึงใน พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548)

1.3 จำนวนครั้งในการทำกลุ่ม ประมาณ 5-10 ครั้ง (Ebersole, 1978; Osbern, 1989 อ้างถึงใน พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547)

1.4 ความถี่ในการทำกลุ่ม 1 ครั้ง/ สัปดาห์ (จงกรม ทองจันทร์, 2544) จากการศึกษา ของ Lappe (1987 อ้างถึงใน พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547) พบว่า การทำกลุ่มระลึกถึงความหลัง 1 ครั้ง/ สัปดาห์ และ 2 ครั้ง/ สัปดาห์ เมื่อวัดผลแล้ว ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าไม่แตกต่างกัน

1.5 ระยะเวลาทั้งหมด มี 4 ครั้ง (จงกรม ทองจันทร์, 2544)

1.6 สถานที่ในการทำกลุ่ม ต้องมีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการระลึกถึงความหลัง และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เกือบ กว้างเพียงพอสำหรับกลุ่ม สะดวกสบายในการเข้าห้องน้ำ รวมทั้งควรมีอาหารหรือเครื่องดื่ม และอาจตกแต่งด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสม หัวข้อในการระลึกถึงความหลัง แต่ละครั้ง เช่น เมื่อพูดถึงวันสงกรานต์ อาจจะมีขันน้ำใส่น้ำอบมาวางไว้ เป็นต้น

1.7 มีการกำหนดหัวข้อ และกิจกรรมในการกระตุ้นให้เกิดการระลึกถึงความหลัง ในแต่ละครั้ง เริ่มต้นจากการแนะนำสมาชิกในกลุ่ม หัวข้อจะเริ่มจากง่าย ๆ แล้ว เพิ่มความเข้มข้น เรื่อย ๆ เช่น เริ่มจากวัยทารก อาจพูดเกี่ยวกับสถานที่เกิด เป็นต้น

1.8 มีกระบวนการกลุ่ม มีผู้นำกลุ่ม มีการกำหนดข้อตกลงกันในกลุ่ม

2. การระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคล (One-to-one Reminiscence) เป็นการย้อน คิดถึงความหลังเฉพาะราย อาจจะมีหัวข้อหรือไม่มีหัวข้อในการพูดคุยก็ได้ โดยผู้สูงอายุอาจจะพูด ถึงความหลัง หรือความรู้สึกในอดีต และพยาบาลต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ยอมรับฟังด้วยการแสดงออก ทางสีหน้า ทางความรู้สึก การระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลนี้ จำนวนครั้งยังมากยิ่งขึ้น ใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางความคิด หรือเป็นคนที่อาย (Snyder, 1998 อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา, 2548)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกวิธีการระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคล เนื่องจากเกิดความสะดวก มีความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุ ประหยัดค่าใช้จ่าย และเวลา ทั้งของผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว ลดการเดินทางไปเข้ากลุ่มที่โรงพยาบาลหนองงูเห่า ไม่เสียเวลาในการรอคอย สมาชิกในกลุ่ม

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติในการลดภาวะซึมเศร้า (Guideline Development)

การปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อให้ได้คุณภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ควรเป็นการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการยืนยัน หรือผ่านกระบวนการทดลองใช้มาแล้วว่าได้ผลที่ชัดเจน และกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนา ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น เป็นการส่งเสริมให้เกิดระบบบริการสุขภาพ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เกิดความพึงพอใจสูงสุด มีผลลัพธ์ที่ดีในการบริการสุขภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ดังนั้น ในการปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุด มีการบูรณาการร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีสิ่งสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติคือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) ซึ่งเดิมในอดีต แนวปฏิบัติทางคลินิกส่วนใหญ่มาจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ แต่ในปัจจุบันแนวปฏิบัติทางคลินิกถูกพัฒนาขึ้นจากการรวบรวมข้อมูล การประเมิน และการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่เดิมจำนวนมาก ๆ และผสมผสานความคิดเห็นในการปฏิบัติที่ดีที่สุดในขณะนั้น เพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงจากความผิดพลาดจากการปฏิบัติ เป็นการตัดสินใจให้การดูแลแก้ไขปัญหาเฉพาะอย่าง (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2552) ร่วมกับการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่า คุ้มทุน ขึ้นตอนไม่ยุ่งยาก และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (NHMRC, 1999)

ความหมายเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติไว้หลายท่าน ดังนี้

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2547) ให้ความหมายว่า การปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานการอ้างอิง เป็นการปรับปรุงคุณภาพทางการปฏิบัติ โดยใช้แนวทางการเปลี่ยนแปลงมาจากงานวิจัยที่ได้พิสูจน์แล้วว่าสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจริง และมีการกระทำอย่างเป็นระบบ

ฉวีวรรณ ธงชัย (2548) ให้ความหมายว่า เป็นข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ในสถานะหนึ่ง แนวปฏิบัติต้องมีขั้นตอนการทบทวนอย่างเป็นระบบ ผ่านการตัดสินใจจากผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติต้องมีความยืดหยุ่น และเป็นประเด็นแบบเฉพาะเจาะจง

ฟองคำ คิลกสกุลชัย (2552) ให้ความหมายว่า เป็นเอกสารหรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้นักปฏิบัติทางคลินิก หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเฉพาะเจาะจง

จากหลายความหมายดังกล่าวข้างต้น จึงขอสรุปการพัฒนาแนวปฏิบัติว่า เป็นข้อความหรือข้อมูลที่สามารแปลงเป็นเอกสารที่ได้ปรับปรุงขึ้นตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่หลาย ๆ ฉบับ แล้วนำมาประยุกต์ให้สามารถนำไปใช้กับผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เป็นแบบเฉพาะเจาะจง และช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถตัดสินใจในการดูแลรักษาได้ง่ายขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้รับบริการ และผู้ประกอบวิชาชีพ

ประโยชน์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบมาใช้ ย่อมก่อประโยชน์โดยตรงต่อผู้รับบริการ ผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านการบริหาร องค์กร และหน่วยงาน ดังนี้ (ฟองคำ คิลกสกุลชัย, 2552)

1. ด้านผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดจากความผิดพลาดจากแนวปฏิบัติ ทำให้ได้รับบริการที่มีความปลอดภัยสูงสุด ได้มาตรฐาน และทันสมัย
2. ด้านผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น ทำให้การตัดสินใจทางคลินิกง่ายขึ้น มีหลักฐานอ้างอิงประกอบมากขึ้น ลดความหลากหลายของวิธีการปฏิบัติในเรื่องเดียวกัน ทำให้สหสาขาวิชาชีพได้มีการอภิปรายร่วมกัน และค้นหาคำตอบใหม่ ๆ ในการดูแลด้านสุขภาพ เกิดความร่วมมือ มีการประสานงานในทีม สามารถแยกความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในแต่ละฝ่ายได้ชัดเจนมากขึ้น และช่วยให้นักปฏิบัติทางคลินิกสามารถประยุกต์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ผสมผสานกับการใช้ศิลปะในการดูแลผู้รับบริการ
3. ด้านการบริหาร เช่น ทำให้มีมาตรฐานหรือเกณฑ์ในการวัดความเหมาะสมของการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ อีกทั้งใช้เป็นเครื่องมือของการประเมินจากองค์กรภายนอก เพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการ เกิดการตกลงร่วมกันในการดูแลรักษา ช่วยให้การบริการมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพผลมากขึ้น
4. ด้านองค์กร และหน่วยงาน เช่น มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม เกิดความคุ้มค่า คำนึงทุน มีมาตรฐานของการบริการ และมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กันอย่างแพร่หลาย

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

แนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลายรูปแบบ ในการศึกษารั้วนี้เลือกใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) เนื่องจากมีความชัดเจน มีการพัฒนาเป็นขั้นตอนเข้าใจง่าย เป็นที่ยอมรับ และมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การกำหนดความต้องการ และขอบเขตของแนวปฏิบัติ (Determining the Need for and Scope of Guidelines) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ จำเป็นต้องระบุปัญหาหรือเป้าหมาย และขอบเขตที่จะแก้ไขให้ชัดเจน มีการวางแผนเผยแพร่แนวปฏิบัติที่เหมาะสม รวมทั้งค่าใช้จ่าย จึงทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลง มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ประโยชน์มากขึ้น การที่มีแนวปฏิบัติที่เหมาะสม หากมีปัญหากำหนดให้สามารถตัดสินใจทางคลินิกได้

2. กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Convene a Multidisciplinary Panel to Oversee the Development of the Guidelines) การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อควบคุมกำกับดูแลการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติควรประกอบด้วย ผู้แทนของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้แทนของกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะแนวทางการปฏิบัติตามความเหมาะสม เช่น แพทย์จากทุกสาขาวิชาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แพทย์เชี่ยวชาญทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาสุขภาพ ตัวแทนกลุ่มผู้บริโภค ผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติ เศรษฐศาสตร์สุขภาพ การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ ผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และควรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

3. กำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (Define the Purpose of and Target Audience for the Guidelines) ก่อนที่จะดำเนินการควรกำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ชัดเจน พิจารณาเกี่ยวกับสถานการณ์ วัตถุประสงค์ของปัญหาทางคลินิก แล้วกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ที่มีบทบาทในการดูแล ผู้รับบริการ สถานที่ที่ต้องการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ กลุ่มเป้าหมายที่จะใช้แนวปฏิบัติ และกำหนดคำนิยามให้เกิดความชัดเจน

4. กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Identify Health Outcome) ประกอบด้วย ผลลัพธ์ระยะสั้น ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน และความพึงพอใจของผู้ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ส่วนผลลัพธ์ระยะยาว ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ นอกจากนั้นอาจกำหนดผลลัพธ์ในด้านความครอบคลุม ความสะดวก ระยะเวลา ความคุ้มค่าคุ้มทุน เป็นต้น

5. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Review the Scientific Evidence) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาถึงความคุ้มค่าและผลเสียของหัตถการนั้น ๆ วิธีการโดยทบทวน และประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีปริมาณข้อมูลจำนวนมากพอ เช่น การวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อที่จะช่วยในการพิจารณาข้อมูลที่ได้ เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือและเที่ยงตรง การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

5.1 การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ตามหลักเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute [JBI] (2008 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ได้จัดแบ่งระดับหลักฐานออกเป็น 4 ระดับ

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนอย่างมีระบบ มีการศึกษาเชิงทดลองในเรื่องเดียวกันหรือคล้ายกัน มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ 2 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก อย่างน้อย 1 งานวิจัย ที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ 3 แบ่งเป็น

3.1 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวน มีการศึกษาคิดตามไปข้างหน้า เพื่อศึกษาตัวแปรหรือผลของตัวแปรตัวใดตัวหนึ่ง และมีกลุ่มควบคุม

3.2 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวน ที่เป็นการศึกษาย้อนหลังในตัวแปรที่จะทำนายเหตุการณ์บางอย่างได้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะเฉพาะบางอย่างของบุคคลในคนที่ใช่และคนที่ไม่ใช่

3.3 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนที่มีการศึกษาเปรียบเทียบ โดยการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และไม่มีกลุ่มควบคุม

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการทบทวน ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ข้อตกลงร่วม หรือมีการทดสอบก่อน และหลังอย่างใดอย่างหนึ่ง

5.2 เกณฑ์การประเมินระดับของข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ (Grade of Recommendations) เป็นเกณฑ์ที่ใช้แบ่งระดับของข้อเสนอแนะที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ โดยใช้เกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute [JBI] (2008 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ได้จัดแบ่งเกรดของข้อเสนอแนะเป็น 3 ระดับ

ระดับ A หมายถึง ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ เมื่อพิจารณาแล้วเป็นที่ยอมรับ มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีมาก สมควรนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ B หมายถึง ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ เมื่อมีการพิจารณาแล้ว มีเหตุผลสนับสนุนปานกลาง ควรมีการพิจารณาประสิทธิผล ก่อนนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ C หมายถึง ข้อเสนอแนะที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ เมื่อพิจารณาแล้ว ไม่เป็นที่ยอมรับ และไม่สนับสนุนในการนำไปใช้

6. กำหนดร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก (Formulate the Guidelines) ได้ใช้แนวคิดของ สภาวิชาชีพด้านการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (1999) นายกร่าง หลักเกณฑ์ ในการสร้างแนวปฏิบัติ สร้างขึ้นตามหลักวิทยาศาสตร์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มี ความน่าเชื่อถือ มีความน่าจะเป็นไปได้ แล้วร่วมพิจารณาตามประเด็น ดังต่อไปนี้

6.1 ลักษณะธรรมชาติของ การเกิด โรคหรือสิ่งที่ยังไม่มีคำตอบ หรือเพื่อทางแก้ไข ที่เหมาะสม

6.2 ผลลัพธ์ที่อยากให้เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล หรือมักจะพิจารณา นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือสูง มาใช้ในการตัดสินใจอย่างมีอาชีพ

6.3 ใช้แล้วเกิดประโยชน์ ควบคู่กับการลดความเสี่ยงต่าง ๆ

6.4 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลระหว่าง การปฏิบัติแบบเดิม ๆ ที่เคยทำมา และแบบที่มีการจัดเตรียมวิธีการ และคาดหมายเอาไว้ที่เหมาะสม เพื่อหาทางแก้ไข ปัญหา

6.5 เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด ซึ่งจะส่งผลรวมไปถึงระบบเศรษฐกิจที่ดีขึ้น

7. กำหนดกลยุทธ์เชิงรุกและการใช้งาน ในระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Formulate a Dissemination and Implementation Strategy) ควรมีการวางแผนการพัฒนา และการดำเนินการ เผยแพร่แนวปฏิบัติไปสู่กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีกระบวนการสนับสนุนให้ยอมรับ และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของแผนดังกล่าว อาจได้รับการพัฒนาในการปรึกษาหารือ กับกลุ่มของบุคคล ที่สนใจกว้างขึ้น

8. กำหนดยุทธศาสตร์การประเมินผล และการทบทวนแนวปฏิบัติ (Formulate an Evaluation and Revision Strategy) การประเมินผลแนวปฏิบัติ ทำการประเมินผลหลังการใช้ แนวปฏิบัติ ควรประเมินว่าแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ และกำหนดแนวทางปรับปรุงแก้ไข เมื่อมีความจำเป็น สิ่งสำคัญที่สุดของการประเมินแนวปฏิบัติ คือ ประเมินว่าการดำเนินการนำไปสู่ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่กำหนดได้หรือไม่

9. จัดทำรายงานรูปเล่ม (The Guidelines Themselves) เป็นการจัดทำแผนการเผยแพร่ การประเมินผล และแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติโดยคณะผู้จัดทำแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติ ที่นำมาใช้ควรมีความชัดเจน สั้น กระชับ มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติ รูปแบบแนวปฏิบัติ

มีคู่มือการนำไปใช้ ก่อนนำไปใช้ ควรศึกษาแนวปฏิบัติให้ชัดเจน แนวปฏิบัติที่นำไปใช้อาจเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายการนำไปใช้ให้ เช่น เหมาะสมกับโรค และแนวทางการรักษาของผู้ป่วย แนวปฏิบัติเป็นเครื่องมือควบคุมกระบวนการรักษาพยาบาล และเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ

10. จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Reporting on The Guidelines Development Process) รายงานประกอบด้วย การพรรณนาเกี่ยวกับขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การเผยแพร่ การปฏิบัติ การประเมินผล และการปรับปรุงใหม่ องค์ประกอบของการจัดทำรายงาน เช่น องค์การที่ให้การสนับสนุนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ กำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติให้ชัดเจน แนะนำรายละเอียดการใช้ มีกลุ่มเฉพาะในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เอกสารการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ อธิบายกระบวนการทดสอบแนวปฏิบัติ ในกลุ่มที่ทดลองใช้ และการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ

นอกจากนี้ ควรรายงานเกี่ยวกับการดำเนินการประเมินผล และการแก้ไขควร เช่น วิธีการให้คำปรึกษา และการเผยแพร่แผนการดำเนินงาน สถานการณ์ เช่น ระยะทางหรือสถานที่ และการเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติ กรอบเวลาในการประเมินผล วางแผนในการประเมินการใช้แนวปฏิบัติ และอุปสรรค วางแผนในการประเมินความถูกต้องของแนวปฏิบัติ และการปรับแผน รวมทั้งการระบุเกี่ยวกับการวิจัยในอนาคต ซึ่งเป็นส่วนของข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

11. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Assessing the Guideline Document) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีจะต้องได้รับการตรวจสอบอย่างละเอียดเกี่ยวกับความตรงในเนื้อหา ความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความชัดเจนของแนวปฏิบัติโดยกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากร สถาบันทางสุขภาพ และองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

12. การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ไม่ได้เป็นทีมพัฒนา (Consultation) แนวปฏิบัติจะถูกนำไปตรวจสอบโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเป็นการร่วมกันพิจารณาตัดสินใจ เป็นข้อเสนอแนะข้อปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับบริการ หรือผู้บริหารองค์กร เป็นต้น ซึ่งการปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจทำในรูปของประชาพิจารณ์หรือการเสวนา