

การประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า



ชูลีกร กิตติกำแพง

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์
เรื่อง
การประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกรความหลังแบบรายบุคคล
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ช. ทศ

นางชุลีกร กิตติคำแหง
ผู้ศึกษา

ทศ

อาจารย์ทัศนาว ทวีคุณ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

๒

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.,ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กักดี

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์กักดี,
พย.ค.
ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกรความหลังแบบรายบุคคล

ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2553

ร. 123

นางชุลีกร กิตติกำแหง

ผู้ศึกษา

ดร. อภิวันท์

รองศาสตราจารย์ อภิวันท์กุล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

Prof. Dr. A.

อาจารย์ทัศนีย์ ทวีคูณ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ร. 123

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

Dr. A.

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

Prof. Dr. A.

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิ,

พ.บ., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ดร.ทัศน ทวีคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.มณี อาภานันท์กุล ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจผู้ศึกษามาโดยตลอด จนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สาธารณสุขอำเภอพานทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพานทอง หัวหน้าสถานีนอนมัยตำบลมาบโป่ง หัวหน้างานบริการสุขภาพโรงพยาบาลพานทอง ที่กรุณาสับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทองทุกท่าน ที่ช่วยสละเวลาเพื่อปฏิบัติงานแทนในระหว่างการศึกษา รวมทั้งนักศึกษารุ่นพี่ และเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา และห้องสมุดสถาบันและหน่วยงานอื่นๆ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล ตำรา เอกสาร พร้อมทั้งช่วยสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณมารดา ขอขอบคุณสามี บุตรชาย พี่สาวและน้องชาย บุคคลในครอบครัวและญาติมิตรทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ศึกษาในทุกๆ ด้านเป็นอย่างดี

ชุลีกร กิตติกำแหง

การประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

IMPLEMENTING THE INDIVIDUAL REMINISCENCE PROGRAM IN OLDER ADULTS
WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

ชุลีกร กิตติคำแหง 4937004 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภิตา แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้ เพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ณ ชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกถึงความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกถึงความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปบททวนสิ่งที่ได้รับ ผลการศึกษาสามารถสรุปได้เป็น 2 ส่วนดังนี้คือ ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 5 คนมีอาการซึมเศร้ามลดลงและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมมาใช้ ผลการศึกษาพบว่า มีความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมนี้นำมาใช้ โดยผู้สูงอายุทั้ง 5 คนเห็นประโยชน์ของโปรแกรม ส่วนเนื้อหาและการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม ส่วนใหญ่เป็นไปตามคู่มือโปรแกรม แต่มีการปรับวิธีในการดำเนินกิจกรรมในบางกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละราย เช่นการเลือกรูปภาพ หรือเพลงที่ใช้ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกความหลัง หรือการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุย บทเรียนที่ได้จากการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเอาโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้ในการศึกษานี้ สามารถเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สนใจจะนำโปรแกรมนี้นำไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: ระลึกความหลัง / ผู้สูงอายุ / ภาวะซึมเศร้า / ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

IMPLEMENTING THE INDIVIDUAL REMINISCENCE PROGRAM IN OLDER ADULTS WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

CHULEEKORN KITTIKUMHANG 4937004 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at examining the feasibility of implementing the individual reminiscence program with 5 elderly people with moderate depressive symptoms at a community located in Chonburi province. The reminiscence program is composed of 6 sessions as follows: 1) establishment of relationships and providing knowledge about depression, 2) reminiscence about childhood experiences, 3) reminiscence about adolescence experiences, 4) reminiscence about adulthood experiences, 5) reminiscence about past good deeds, and 6) conclusion. Results of this study have been summarized into 2 parts. Part 1 was related to the effectiveness of the program. The results showed that all 5 elderly people had decreased depressive symptoms and increased self-esteem at the end of the program as well as two weeks later. Part 2 was related to the feasibility of more widely implementing the program. The results showed that it would be feasible to implement this program. All 5 elderly people agreed that the program was useful. For the contents and activities of the program, it was mostly conducted by following the program manual. Some activities had to be individually adjusted to the elderly context, for example, selecting pictures or songs that encourage reminiscence or inviting family members to join in the conversation. Lessons learned from this feasibility study could be used as a guideline for psychiatric and mental health nurses who are interested in applying this program as a nursing intervention, to prevent elderly people in communities from suffering from depression.

KEY WORDS: REMINISCENCE / ELDERLY / DEPRESSIVE SYMPTOMS / SELF-ESTEEM

200 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	13
การระลึกถึงความหลังกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	46
การพัฒนาโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล	49
การระลึกความหลังกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	54
บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	64
กลุ่มเป้าหมาย	64
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	68
ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา	68
การวิเคราะห์ข้อมูล	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	72
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	72
ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	74
ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล	76
บทที่ 5 อภิปรายผล	90
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	102
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	107
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	121
รายการอ้างอิง	138
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	151
ภาคผนวก ข	178
ภาคผนวก ค	186
ภาคผนวก ง	197
ประวัติผู้ศึกษา	200

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิก ในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ โรคประจำตัว	73
2	ค่าคะแนน / ระดับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในในระยะก่อนเข้าร่วม โปรแกรมระลึกความหลัง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลัง สิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ จำแนกเป็นรายบุคคล	75
3	ค่าคะแนน/ ระดับความรู้สึกลึกซึ้งค่าในตนเองของผู้สูงอายุในระยะ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลัง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ จำแนกเป็นรายบุคคล	75
4	แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา	186
5	แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา	188
6	แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา	190
7	แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา	192
8	แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา	194

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปรากฏการณ์ปัจจุบันพบว่าโครงสร้างอายุคนไทยเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุ เป็นผลจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วนในระยะเวลาอันสั้น ในปี 2550 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะในปี 2563 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 10.7 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 16.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากสถานการณ์ที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอายุยืนยาวขึ้นนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับการดูแล เนื่องจากการสูงวัยเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติและเป็นพัฒนาช่วงหนึ่งของมนุษย์ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสภาวะทางสังคม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) แนวโน้มมีการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าวัยอื่นๆ (อรพรรณ ทองแดง และคณะ, 2544)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่างๆ โดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า แยกตัวจากสังคม ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมดนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Buschmann, et al., 1998) ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นอาการที่เกิดจากความชรา ในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกำลังได้รับความสนใจเนื่องจากมีความชุกเพิ่มขึ้น (เจิมจิต สเนชแซล, 2551) สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยมีจำนวนร้อยละ 12.78 ซึ่งจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเดีย্বর้อยละ 8.23 และมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะทางสมองร้อยละ 4.55 (อรพรรณ ทองแดง และคณะ, 2545) และจากการศึกษาผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาโดย วันเพ็ญ เชาว์เชิงและเกรกศ พรหมดี (2545) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนร้อยละ 20.70 โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นอัตรา 3.28 ต่อประชากร 1,000 คน นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาอย่างอื่นร่วมด้วยจากการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุไทย พบว่า การฆ่าตัวตาย

ในผู้สูงอายุร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2546) นอกจากนี้จากการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ มักมีสาเหตุจากการมีอารมณ์ร่วมกันของความซึมเศร้าและวิตกกังวลและความซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงร้อยละ 42.5 และ 25 ตามลำดับ (ศิริรัตน์ บุญนาค และศิริเกียรติ ยันตติลล, 2540)

การที่บุคคลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาพบว่า ในวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องพบกับการสูญเสีย เช่น การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน สูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม ตลอดจนการสูญเสียบทบาทการเป็นที่พึ่งของครอบครัว สภาวะการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดรวมทั้งบุคคลอันเป็นที่รัก คู่ชีวิต ญาติพี่น้องและเพื่อนสนิทด้วยการตายจากกัน (ธนู ขาติธนานนท์, 2540; ปาหนัน บุญหลง และคณะ, 2544) รวมทั้งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยที่ความเสื่อมนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาได้ (สรุทธิ สังข์ศรี, พิมพภรณ์ สังข์ศรี และสุวรรณี เรืองเดช, 2540) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกสูญเสียมากมีแนวโน้มที่จะมีความว้าวุ่นและมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย (ธิดา มีศิริ, 2540) ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียด ความคับข้องใจ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว (ผ่องพรรณ อ้วนพรมมา, 2544) เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว ถ้าไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้จะทำให้มีอารมณ์เศร้า ระวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิต เหนื่อยง่าย น้อยใจบ่อย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึม แยกตัวจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้า (Hsieh & Wang, 2003; กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542; อำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย, 2549) และเมื่อไม่ได้รับดูแลรักษาจะเข้าสู่ภาวะซึมเศร้ารุนแรงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอยากตายและฆ่าตัวตายในที่สุด (Miller, 1995) จึงควรมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าโดยเร็วที่สุด ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเข้าสู่ช่วงที่มีความซึมเศร้ารุนแรงและคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (เรณู อินทร์ตา, 2548)

การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่างๆ โดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ผลดี โดยที่การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัด ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย ความสิ้นหวัง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง โดยมีทั้งรูปแบบการทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม (ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และคณะ, 2542) การให้คำปรึกษาเป็นการให้คำปรึกษาเน้นที่ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคต่างๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุรวมทั้งการปรับตัว การบำบัดโดยวิธีปรับวิธีคิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดที่

มุ่งเน้นแก้ไขแนวคิดของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งปรับพฤติกรรม และใช้ทักษะใหม่ในการแก้ไขปัญหา (Robert, Hirschfei, & Shea, 2000) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นการบำบัดเพื่อให้บุคคลรู้ถึงปัญหาของตนและวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง ส่งผลให้ได้รับประสบการณ์ด้านบวกในชีวิตเพิ่มขึ้น (สุคสบาย จุลกทัพพะ, 2540) การฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง (Progressive relaxation) เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดการกับความเครียด และความวิตกกังวล (จันทร์แรม กิจเหมา, 2540) การใช้ครอบครัวในการบำบัด (Family therapy) ซึ่งพบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างดี การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคมให้ผู้สูงอายุ นับเป็นวิธีการช่วยเหลือหนึ่งที่จะช่วยลดอาการแยกตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้ คงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุต่างๆ (กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542) นอกจากนี้การระลึกความหลัง (Reminiscence) โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงชีวิตในอดีตที่อยู่ในความทรงจำและประทับใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและมีพลังในการดำเนินชีวิต จัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดภาวะซึมเศร้าด้วย (Shives & Isaacs, 2002)

การระลึกความหลัง เป็นรูปแบบการบำบัดโดยใช้กระบวนการทางความคิดที่เรียก ความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิต มีการคิดถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยจากการพูดออกมาหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีวิธีการทำได้หลายรูปแบบ ทั้งที่มีโครงสร้าง และไม่มีโครงสร้าง (Butler, 1963) การระลึกความหลังเหมาะที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเผชิญภาวะวิกฤตและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลัง สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุที่ชอบคิดและพูดถึงอดีต เมื่อคนสูงวัยขึ้นมักชอบมองย้อนกลับไปในอดีตเพื่อที่จะตรวจสอบและตัดสินใจว่าชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมดประสบความสำเร็จหรือไม่ ได้ทำชีวิตให้มีค่าอย่างไรหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึได้ว่าได้ใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่าได้ทำทุกอย่างที่ตนควรกระทำ จะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้จักปล่อยวางอดีต หากความสงบสุขความพอใจกับการมีชีวิตในวัยชรา ยอมรับสภาพความเป็นอยู่ตามสภาพความเป็นจริงเกิดความมั่นคงทางจิตใจ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการแบ่งรูปแบบของการระลึกความหลังไว้แตกต่างกัน ดังเช่น เมอร์เรียม (Murram, 1989 cited in Jones, 1998) ได้แบ่งการระลึกความหลังออกเป็น 3 แบบคือ 1) การระลึกความหลังแบบธรรมดา (Simple reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึง ความหลังโดยปราศจากการวิเคราะห์และประเมิน 2) การระลึกความหลังเพื่อให้ข้อมูล

(Information reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงประสบการณ์ และความรู้ในอดีตของผู้สูงอายุและเล่าสู่บุคคลรุ่นหลัง โดยการพูดหรือเขียน และ 3) การทบทวนชีวิต (Life review) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังเพื่อแก้ปัญหาหรือความขัดแย้งในอดีต โดยมีกระบวนการพิจารณาการกระทำในอดีตของตนในหลายๆ ด้าน หลายๆ แง่มุม นอกจากนี้ฮาร์มิลตัน (Hamillton, 1992) แบ่งการระลึกถึงความหลังออกเป็น 2 แบบ คือ 1) การระลึกความหลังแบบกลุ่ม (group reminiscence) กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตและช่วยลดความแยกตัวทางสังคม โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น และ 2) การระลึกความหลังแบบรายบุคคล (one-to-one reminiscence) เป็นการคิดหวนคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุเฉพาะราย ซึ่งมีทั้งการกำหนดหัวข้อการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นไปตามพัฒนาการของชีวิตโดยเริ่มจากวัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ชีวิตรัก วัยผู้ใหญ่ ซึ่งหัวข้อที่เลือกจะเป็นหัวข้อที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข พึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา และการไม่กำหนดหัวข้อโดยให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวในอดีตไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการกำหนดหัวข้อโดยขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุว่าจะต้องการเล่าเรื่องอะไรให้ผู้บำบัดฟัง หัวข้อที่ใช้ในการสนทนาโดยผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการระลึกความหลังโดย พบว่าการระลึกความหลังทำให้ผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน และบ้านพักคนชรา มีสุขภาวะทางจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2006) สามารถที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป (Hsu & Wang, 2009; Stinson & Kirk, 2005) และลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคสมองเสื่อมได้ (Wang, 2007; Woods, et al, 2009) นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลังจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุได้ (Harrand & Bollstetter, 2000; จงกรม ทองจันทร์, 2544; ภคณิชา ต่วนชะเอม, 2545)

สำหรับประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล และนำมาใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกนำเอาโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลซึ่งพัฒนาโดย ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) มาทำศึกษา ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมนี้เริ่มด้วยการทบทวนองค์ความรู้ โดยรวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการประยุกต์โปรแกรมระลึกความหลังแบบกลุ่ม ซึ่งพัฒนาโดยโจนส์ (Jones, 2003) โดยวิธีการที่ให้กลุ่มผู้สูงอายุได้ระลึกถึงบทเพลงในยุค 1920 ถึง 1952 ระลึกถึงกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจในยามว่าง ร่วมแบ่งปันแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับภาพถ่ายของสมาชิกร่วมกัน อภิปรายถึงงานหรือกิจกรรมที่ทำด้วยความสมัครใจในอดีตร่วมกัน และ อภิปรายเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ หรือเหตุการณ์สำคัญในอดีตร่วมกัน นอกจากนี้ยังได้มีการประยุกต์โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล ซึ่งพัฒนาโดย พินลักษ์ นิตภากรณ์ (2547) ซึ่งมีขั้นตอนให้ผู้สูงอายุได้ทำการระลึกถึง

ความหลังในช่วงชีวิตวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตามลำดับ จากองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้น นำมาซึ่งการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการบำบัดให้มีความเหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหา วิธีการและขั้นตอนเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้สะดวก เป็นไปได้และมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย ซึ่งโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลซึ่งพัฒนาโดย ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) นี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปบททวนสิ่งที่ได้รับ จากนั้นนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 8 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้าลดลง และศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 15 คน มีภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์

จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานที่สถานอนามัยในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันลักษณะพื้นที่ได้เปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นเขตพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม สมาชิกวัยทำงานออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ดูแลบ้านหรือเลี้ยงดูลูกหลานร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบัน ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลมูท (Willmuth, 1979 อ้างใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมในอัตราที่สูง และจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระดับเล็กน้อยร้อยละ 10.3 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 9.59 (สถิติสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง, 2550) ถ้าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าได้ จากสภาพปัญหาและข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน จึงมีความสนใจที่จะนำเอาวิธีการระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลของปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) มาใช้ผลที่ได้จากการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเอาโปรแกรมระลึกความหลังครั้งนี้ จะเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยสามารถนำไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมและการให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่สนใจจะนำโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง (ราชกิจจานุเบกษา, 2546)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ไม่มีความสุข ท้อแท้ เบื่อหน่าย สำหรับการศึกษานี้ การประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้ตามเกณฑ์แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ซึ่งพัฒนาโดยนิพนธ์ พวงรินทร์และคณะ (2537)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง เจตคติที่มีต่อตนเองประเมินตนเองว่า มีค่า มีความหมาย มีความสามารถ มั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญและประสบผลสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สำหรับการศึกษานี้ ใช้แบบวัดสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยเขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529)

โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล หมายถึง รูปแบบการบำบัดโดยการใช้กระบวนการทางความคิดที่เรียกความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิต มีการคิดถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยจากการพูดออกมาหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สำหรับการศึกษานี้ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) โดยมีขั้นตอนและเป้าหมายของการระลึกความหลัง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกถึงความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกถึงความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปบททวนสิ่งที่ได้รับ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็นต่างๆดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกความหลังกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของการระลึกความหลัง

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการระลึกความหลัง

รูปแบบการระลึกถึงความหลัง

การระลึกความหลังกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การพัฒนาโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล

การระลึกความหลังกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง

ความหมายของความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง

การประเมินความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง

การส่งเสริมความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

การระลึกความหลังกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง

บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง



แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ราชกิจจานุเบกษา (2546) ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ (2547) ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายอารมณ์และจิตใจ

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2540) ผู้สูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต มีลักษณะพัฒนาการและการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอมิใช่การเจริญงอกงาม อาจเริ่มตั้งแต่อายุ 65 ปีเป็นต้นไป

พรรณงาม พรรณเชษฐ์ (2545) ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก เป็นผู้ที่คุณแลครอบครัว สังคม สมควรจะได้รับการยอมรับในคุณงามความดีต่างๆที่ทามา คนรุ่นหลังในสังคมควรยกย่องให้เกียรติ

วอลเลซ (Wallace, 1992) ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติซึ่งถูกกำหนดโดยเวลาและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางชีวภาพในอวัยวะต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม

สรุปความหมายของ “ผู้สูงอายุ” คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

ยूरิก และคณะ (Yurick et al., 1980) ได้แบ่งผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institute of Aging) เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young Old) มีอายุ 60-74 ปี ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ดี มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย (Old – Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราที่แท้จริง

ฮอลล์ (Hall, 1976) แบ่งความสูงอายุของคนออกเป็น 4 แบบดังนี้ 1) ความสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปฏิทินโดยนับจากปีที่เกิด 2) ความสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายและหน้าที่การทำงานของร่างกายอย่างมาก ขณะที่อายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมของกระบวนการสูงอายุ ตามอายุของแต่ละบุคคล และ 3) ความสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลง

ในหน้าที่ การรับรู้ แนวคิด ความจำ ความเข้าใจในการเรียนรู้ สถิติปัญญา การแก้ปัญหา และ ลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น และ 4) ความสูงอายุด้านสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางบทบาท หน้าที่ สถานภาพของบุคคลในแบบสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน ในหน้าที่การงาน ฯลฯ รวมถึงความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ๆ ที่เกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุไทย หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของวัย สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีกระบวนการการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กันและกันและผู้สูงอายุแต่ละบุคคลก็จะมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมของแต่ละบุคคล

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความสูงอายุนับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปตามเวลาผ่านไป การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุจะมีอัตราการเสื่อมโทรมของร่างกาย ซึ่งวันเพ็ญ วงศ์จันทร์ (2539) ได้กล่าวว่า สภาพปัญหาของผู้สูงอายุสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ และทางด้านสังคมวัฒนธรรม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งจำแนกตามระบบของร่างกายดังนี้

1.1 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System) เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ขนาดของสมองลดลงการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลงเป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความคิดเห็นและการเคลื่อนไหวช้า ความจำเสื่อม ความกระตือรือร้นลดลง การนอนหลับของผู้สูงอายุจะใช้เวลาอนน้อยลง นอนหลับง่ายและตื่นง่าย ลูกตามีขนาดเล็กลงทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดไม่ได้ สายตายาวขึ้น การได้ยินลดลงมีอาการหูตึง เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น รวมกับการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทหูคู่ที่ 8 (Auditory Nerve) การรับกลิ่นไม่ดี เนื่องจากการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก การรับรสไม่ดี เนื่องจากจำนวนต่อมรับรสลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบื่ออาหาร

1.2 ระบบไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular System) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้นการเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง เพราะมีแคลเซียมมาเกาะอยู่ที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแข็งและทึบ ทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมปอดมีจำนวนน้อยลง ผนังถุงลมแตกง่าย

เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจน (Collagen) ที่หุ้มถุงลมลดลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การทำงานของกล่องเสียงลดลง ทำให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้

1.3 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) เซลล์สร้างฟันลดลงและมีเนื้อเยื่อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุได้ง่ายขึ้น ต่อมน้ำลายผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลงไป ปากและลิ้นแห้ง ทำให้มีการติดเชื้อมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป ผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก กระเพาะอาหารมีการหลั่งน้ำย่อยน้อยลง การดูดซึมอาหารโดยเฉพาะเหล็ก วิตามินบี 13 และโฟเลต (Folate) ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงเกิดความรู้สึกหิวบ่อยลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบด้วยการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง กระหายน้ำน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก

1.4 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Reproductive System) ขนาดของไต และจำนวนหน่วยไตลดลง โกลเมอรูลัส (Gomerulus) ฝ่อลีบ การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตลดลง ทำให้เกิดการดูดกลับของสารต่าง ๆ ลดน้อยลง กระเพาะปัสสาวะมีขนาดเล็กลง และกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ในเพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก มีอาการถ่ายบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกจะเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง ช่องคลอดแคบและสั้น ความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.5 ระบบผิวหนัง (Integumentary System) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงทำให้ผิวหนังบางลง เซลล์ที่หลั่งเจริญช้า อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีเนื่องจากมีเส้นใยอีลาสตินลดลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีเนื่องจากมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย การทำงานของต่อมเหงื่อลดลง เนื่องจากมีจำนวนและขนาดลดลง เป็นผลให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง ต่อมน้ำมันทำงานลดลง จึงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกง่าย ผมและขนทั่วไปมีสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เล็บในผู้สูงอายุจะมีการเจริญช้า หนาตัวขึ้นและไม่สม่ำเสมอ

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) ต่อมน้ำนมจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการทำงานน้อยลง การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมน้ำนม มีการเปลี่ยนแปลงต่อมธัยรอยด์ทำงานลดลงเป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมน้ำนมทำหน้าที่ได้ลดลงด้วย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง ต่อมหมวกไตมีการ

ทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอโรยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์เครียดและหงุดหงิดง่าย ตับอ่อนมีการผลิตอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose Tolerance) ลดลง ซึ่งอาจเป็นเบาหวานได้เมื่ออายุมากขึ้น ต่อมพธทำงานลดลงและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ในเพศหญิงรังไข่จะหยุดทำงาน อวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียน้ำที่ ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้มีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า ฯลฯ ในเพศชายการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อยๆ ลดลงทีละน้อย ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change)

ในผู้สูงอายุพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและจะเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลอื่น รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ ซึ่ง นันทิกา ทวิชาติ และคณะ (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพฯ และจังหวัดอุทัยธานี พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พบเหมือนกัน คือ ความไม่พอใจต่อสุขภาพ ปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจทั้งการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ปัญหาการนอนไม่หลับ เศรษฐกิจ การปรับตัวที่บกพร่องต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ นิสัยใจคอและอารมณ์ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการรับรู้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ ๆ เป็นไปได้ยาก จึงมักมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงและขัดแย้งกับผู้อ่อนวัยกว่า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธง่าย การยอมรับต่อภาวะสูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน เช่น การสร้างความดี แสวงหาความสงบในชีวิต เข้าวัด ถือศีล เลี้ยงสัตว์หรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง มีความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง มีความพอใจในชีวิตที่เรียบง่าย มีความมั่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีความสุขอารมณ์ต่างๆ เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความหวาดระแวง ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของประสาทรับรู้และสูญเสียสิ่งต่าง ๆ และผู้สูงอายุมีความโศกเศร้าจากภาวะการสูญเสีย 1 ใน 3 จะมีชีวิตอยู่ตามลำพัง (Burnside, 1994; Clough, n.d. cited in Burnside, 1994)

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Change)

พบว่าภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น การยอมรับทางสังคมต่อความมีอายุเป็นไปในทางลบ แม้ว่าผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่า ความมีอายุสูงไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคม แต่ยังสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างคนหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้บุคคลภายในครอบครัวที่เป็นประชากรวัยแรงงานต้องออกไปประกอบอาชีพและศึกษาต่างถิ่น ทำให้แบบครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการว่างเหงาได้ ปัญหาการตายของกลุ่มสมรสจะทำให้คู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่เศร้าและว่างเหงามากขึ้น ประกอบกับอายุเพิ่มมากขึ้นถ้าไม่มีงานอดิเรกก็จะทำให้มีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น ด้านความมั่นคงของครอบครัวของผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ผิดหวังในความสำเร็จของบุตร ผิดหวังในการประกอบอาชีพหรือการปรับตัวไม่ได้ในเรื่องเพศสัมพันธ์สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชรา ผู้สูงอายุบางรายต้องเปลี่ยนที่อยู่อาศัยในรายที่ไม่มีบุตรหลานก็ต้องเข้ามาอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา การเปลี่ยนที่อยู่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อความตาย และถ้าบุตรหลานไม่สนใจดูแลก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและทุกข์ใจ จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้นมีผลกระทบต่อความไม่มั่นคงทางจิตใจในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในสังคมของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้สูงอายุ คือความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าได้ อยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีความสุข ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ดำเนินตัวเอง ความรู้สึกเศร้านี้คงอยู่เป็นเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

เคอโลวิส (Kurlowicz, 1997) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงกลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การรู้คิด ความเข้าใจด้านร่างกาย

เวเลนเต้ (Valente, 1994) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะที่มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่แสดงออกในรูปอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความพึงพอใจในสิ่งต่างๆลดลง มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า การนอนหลับหรือการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไร้เรี่ยวแรงและมีความยากลำบากในการกระทำสิ่งต่างๆ ปัญหาเหล่านี้กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

จัสมินและทริกสตาด (Jasmin & Trygstad, 1979) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการสะสมความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยา ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หดหู่ มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่างๆของร่างกาย แยกตนเอง ไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคม

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2543) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเอง

ดวงใจ กสานติกุล (2542) ภาวะซึมเศร้า คืออารมณ์ทุกข์ (Dysphoric Mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลดลง หดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคม หรืออาชีพ ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

เนตรนภา จัตุรงค์แสง (2540) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงอายุของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทัศนคติไปในทางลบ ทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะมองทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นความล้มเหลวและมองชีวิตในอนาคตเป็นเรื่องของความยุ่งยาก บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครยกย่อง จึงไม่รู้สึกชื่นชมตนเอง ส่งผลให้เกิดการก้าวร้าวและดูถูกตนเอง ถ้ามีภาวะซึมเศร้ามาก ๆ มักจะทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

อลิสา วัชรสินธุ (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depressive Symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกกว้างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา

ดังนั้น จึงสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ว่า เป็นการแสดงออกของภาวะอารมณ์ที่บุคคลมีความรู้สึกหงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย เศร้าเสียใจ ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ไม่สนใจทำกิจกรรม แยกตัว และมีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ต่างๆของร่างกาย

ระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้า

ศิริชัย คาริกานนท์ และคณะ (2539) ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 43.1 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 55.5 ระดับปานกลางร้อยละ 32.7 และ ระดับรุนแรงร้อยละ 11.8 มาโนช ทับมณี (2541) สำรวจผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 35.1 ซึ่งเท่ากับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2542) สำรวจชุมชนเมืองที่กรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองร้อยละ 35.1 ในชุมชนชนบททั้งหัวกระดองและบุรีรัมย์ ร้อยละ 17 – 19 รวมทั้งชุมชนเมืองและชนบทพบร้อยละ 24.1 และเกษราภรณ์ คุณานุวัฒน์ชัยเดช (2543) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.3 และประภาส จิตตาศิรินุวัตร (2544) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ และวันเพ็ญ เชาว์เชิงและเกรกศ พรหมดี (2545) พบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 20.70 มีความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นอัตรา 3.28 ต่อประชากร 1,000 คน

อรพรรณ ทองแดงและ คณะ (2544) ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 12.78 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง และคณะ (2544) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยโดยใช้เครื่องมือเดียวกันในกรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นครราชสีมา และสุราษฎร์ธานีพบร้อยละ 14

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบที่มีความชุกแตกต่างกันซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เครื่องมือที่ต่างกันในการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยอื่นๆที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า (Theories of Depression)

เบลเซอร์(Belzer, 1982) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในปัจจุบันนี้ว่าสามารถสรุปได้ 3 ทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theories of Depression)

ทฤษฎีนี้เป็นผลของการผสมผสานข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยด้านความเจ็บป่วยทางจิตใจช่วง 30 ปีที่ผ่านมา สามารถสรุปออกได้เป็น 3 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1.1 ทฤษฎีทางด้านพันธุกรรม (Genetic Theory)

ข้อสรุปของทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในฝาแฝดและครอบครัว (Blazer, 1982) ซึ่งปรากฏว่าอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (First Generation) สูง เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และอัตราเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในแฝดแท้ (Monozygotic twin) สูงกว่าฝาแฝดเทียม (Dizygotic twin)

1.2 ทฤษฎีเคมีประสาท (Biogenic Amine Theory)

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของ Biogenic Amine (Depression of Biogenic Amine Imbalance) อาจเกิดจากการใช้ยาริเซอ์ป็น (Reserpine) ทำให้สารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ลดน้อยลงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการลดลงของซีโรโทนิน (Serotonin) ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงสารเคมีในสมองที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่น dopamine

1.3 ทฤษฎีต่อมไร้ท่อ (Endocrine Theory)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของระบบต่อมไร้ท่อและภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคล พบว่าการลดปริมาณของฮอร์โมนในเพศหญิงหลังวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้หญิง นอกจากนี้ยังที่มีการหลั่งของคอร์ติโซน (Cortisone) และฮอร์โมนกระตุ้นต่อมหมวกไต (ACTH) ในปริมาณมากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ความคิดฆ่าตัวตายและพลุ่งพล่าน

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory of Depression)

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)

กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่หมดหวัง ไร้อำนาจ ไร้ที่พึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ล้มเหลว หรือโศกเศร้า ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจองค์ประกอบภายในที่กระตุ้นให้เกิดความซึมเศร้า ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคลที่กระทบต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความไม่สมหวังของชีวิต ฟรอยด์ (Freud, n.d. cited in Blazer, 1982) อธิบายถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นผลมาจากความสูญเสีย (Loss) ไม่ว่าจะเป็นวัตถุ หรือตัวบุคคล และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียนี้จะเกิดขึ้นทุกช่วงของพัฒนาการ และในทุกช่วงอายุ ผลที่เกิดขึ้นจากการที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงจะทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่อยากร่วมกิจกรรมใด ๆ ในสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเองมีความรู้สึก

ตนเองไร้ค่าและสุดท้ายจะมีความรู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ต่อไปไม่มีความหมายและมักจะลงโทษตนเองในทางที่ผิดและอาการเศร้าที่มีมากและเข้มข้นขึ้นเนื่องจากลิบิโด (Libido) หรือพลังขับทางเพศ (Sexual Drive) เข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รัก (An Object) ภายในจิตสำนึก แต่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งบุคคลก็สามารถที่จะปลดปล่อยความรู้สึกนี้ได้ เนื่องจากบุคคลสามารถที่จะรู้สึกตนและยอมรับได้ ขณะเดียวกันก็สามารถที่จะสละความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักนั้นไปอย่างช้า ๆ โดยการทำงานที่เป็นกระบวนการของความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Mourning Proceeds) แต่ถ้าลิบิโดหรือพลังขับทางเพศเข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รักภายในจิตไร้สำนึก ภาวะซึมเศร้าจะเรื้อรังอยู่เป็นเวลานานกว่าปกติจนกลายเป็นกระบวนการของความรู้สึกเจ็บปวดที่เรื้อรังและนานกว่าปกติ เนื่องจากเกิดภาวะของการถดถอย (Regression) กลับไปสู่ระยะแรกของกระบวนการลอกเลียนแบบ (Identification) คือระยะขั้นปาก (Oral Stage) ทำให้สิ่งอันเป็นที่รักสูญเสียไปนั้นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของอีโก้ โดยบุคคลนั้นมักจะเลียนแบบทำอีโก้ให้เหมือนกับสิ่งอันเป็นที่รักที่สูญเสียไป เช่นถ้าพ่อเสียชีวิตลูกชายมักจะทำตัวให้เหมือนพ่อโดยรับช่วงทำงานที่พ่อเคยทำมาก่อน กิริยาท่าทางพฤติกรรมแบบเดียวกับพ่อ หรือผู้ป่วยโรคจิตคนหนึ่งได้กล่าวว่าตนเองได้ทำความผิดที่พ่อเป็นคนก่อขึ้นทั้งๆ ที่ผู้ป่วยเองไม่เคยทำผิดในเรื่องนั้นเลย แต่เนื่องจากความคิดในอุดมคติ (Ego Ideal) หรือมโนธรรม (Conscience) ซึ่งเป็นศีลธรรมประจำใจที่ปลูกฝังมาตั้งแต่เล็กให้กระทำแต่สิ่งที่ดี จะกระทำการดูถูกหรือดูแคลินความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักภายในอีโก้ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งอันเนื่องมาจากรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (Conflict of Ambivalence) ขึ้นภายในจิตใจ ผลที่ตามมาคือบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกดูแคลินและกล่าวโทษตนเอง รู้สึกสูญเสียในคุณค่าแห่งตน (Loss of Esteem) รู้สึกดูถูกตนเอง (Self-Vilification or Delusional belittling) รวมทั้งรูปแบบของการวิจารณ์และติเตียนตนเอง (Self-Criticism) ซึ่งความคิดดังกล่าวจะเป็นพลังผลักดันในทางทำลายและจะมีลักษณะคิดซ้ำๆ ย้อนไปย้อนมาภายในจิตใจ โดยการแสดงออกของบุคคลที่มีอาการซึมเศร้าจะหมุนกลับมา กลายเป็นความรู้สึกก้าวร้าวซึ่งจะเป็นความรู้สึกก้าวร้าวต่อบุคคลอื่นแต่ในบุคคลซึ่งไม่สามารถแสดงความรู้สึกก้าวร้าวออกมาได้ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงสภาพของการย้อนเข้าทำลายตนเอง (Introjection) ของอีโก้ซึ่งสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักไป

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

เซลิเกแมน (Seligman, 1974 cited in Blazer, 1982) ได้อธิบายว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้สมมติฐานการเรียนรู้ความสามารถในการเรียนรู้ (Learned Helplessness) ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งก่อน ๆ ในสภาพแวดล้อมซึ่งมันไม่เกิดประโยชน์อันใด ซึ่งรูปแบบของพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้านี้ เกิดจากการต้องเผชิญกับเหตุการณ์

หรือประสบการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูญเสียคนรักหรือหน้าที่การงาน ซึ่งเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เหล่านี้ ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึ่งความรู้สึกไร้ประโยชน์ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความเจ็บป่วย และความตายจะทำให้บุคคลนั้นเกิดอาการซึมเศร้าได้ และการ์เบอร์ มิลเลอร์ และซีแมน (Garber, Miller, & Seaman, 1979 cited in Blazer, 1982) กล่าวว่าประสบการณ์ที่มีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้นั้นจะนำไปสู่การบกพร่องขั้นต้น 2 ประการคือ การขาดแรงจูงใจในการตอบสนองและการเสียความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานภาพหรือเงื่อนไขในสถานการณ์ใหม่ ซึ่งเซลิกแมน และไมเออร์ (Seligman & Maier, 1967 cited in Blazer, 1982) กล่าวว่าทำให้เกิดผลต่าง ๆ 3 ด้านคือ การขาดแรงจูงใจ (Motivation Deficits) การพร่องด้านความคิด (Negative Deficits) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Emotion Change) ซึ่งโดยสรุปแล้ว ภาวะซึมเศร้านั้นจะทำให้เกิดการขาดแรงจูงใจ เกิดความคิดทางด้านลบ และมีภาวะอารมณ์ไม่สมดุลนั่นเอง

2.3 ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้านี้เกิดจากการที่มีแนวคิดและการรับรู้ในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลกและอนาคต เบค (Beck, 1967 cited in Blazer, 1982) ได้กล่าวว่า แนวความคิดของทัศนคติเกี่ยวกับตนเองและสังคมนี้ จะได้รับการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งแนวความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย จะเป็นผู้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าปกติ รู้สึกไร้ค่า ไม่นั่นคง จะตีความเรื่องต่าง ๆ ในลักษณะของชีวิตพ่ายแพ้ น่าละอายอยู่ตลอดเวลา และเมื่อบุคคลเหล่านี้ต้องเผชิญกับความเครียด เช่น ความเจ็บป่วย การปลดเกษียณ การขาดรายได้ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ซึ่งคนส่วนใหญ่อาจเพียงรู้สึกเป็นความเจ็บปวดและกับข้องใจเท่านั้น แต่บุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะตีความสถานการณ์ดังกล่าว เป็นความพ่ายแพ้ รู้สึกเกลียดตนเอง รู้สึกผิดไร้ค่า ซึ่งเป็นการตีความบิดเบือนจากความจริง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในวัยสูงอายุ (Blazer, 1982)

3. ทฤษฎีทางด้านสังคม (Social Theory)

แนวคิดทฤษฎีนี้เน้นว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ตามทฤษฎีทางสังคม บุคคลมีงานที่จะต้องพัฒนาไปตามวัย (Developmental Tasks) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกันไปแต่ละช่วงชีวิต บาร์ท (Bart, n.d. cited in Blazer, 1982) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลของโครงสร้างทางสังคม ซึ่งมีผลทำให้คนขาดบทบาทและไม่สามารถกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง เฮฟวิงเฮิร์ส (Havighurst, 1986 อ้างในเกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุมีงานพัฒนาในการต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอ

ของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ การปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านการเงิน การปรับตัวต่อการตายของกลุ่มสมรส การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบของสังคมใหม่ และความรับผิดชอบในฐานะพลเมือง การดำรงไว้ซึ่งความพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เป็นอยู่ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถพัฒนาตนเองตามช่วงชีวิตนี้ได้ จะแสดงปฏิกิริยาออกมาเพื่อเผชิญกับภาวะกดดันโดยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

จากที่กล่าวเกี่ยวกับทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุข้างต้น แต่ละทฤษฎีพยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในบุคคล แต่ก็ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งโดยเฉพาะที่สามารถบอกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่แท้จริงมาจากสาเหตุอะไร

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น โดยส่วนใหญ่ มักกล่าวว่าเป็นผลมาจากสาเหตุหรือ เกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ (gender) สถานภาพสมรส (civil status) อายุ ระดับการศึกษา รายได้ จตุพร โนโซติ (2547) พบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีลักษณะคล้ายกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดในวัยอื่นๆ ซึ่งแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า หรือแยก มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าสถานภาพคู่ ในการศึกษาของโจน (Jones, 2003) พบความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า และมีความชัดเจนในเรื่องเพศกับภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในการศึกษาเมตาอะนาไลซิส (meta-analysis) ของโคปแลนด์ (Copeland et al. cited in Tallis & Fillit, 2003) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และเพ็ญศรี หลินสุนนท์ (2543) ศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ พบว่า ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2. พันธุกรรม (genetic susceptibility)

พบว่าพันธุกรรมมีส่วนสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังอายุ 60 ปี มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าถึง 1 ใน 3 (Baldwin, Beckman, Copeland & Prince cited in Tallis Fillit, 2003) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักพบประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในครอบครัวด้วย (Hughes, 1997) นอกจากนี้มาโนช หล่อตระกูล

และคณะ (2544) พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง (major depressive disorder) และรมชัย คงสกันซ์ และคณะ (2548) ได้ทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 3 ปัจจัยแรกได้แก่ ด้านกรรมพันธุ์ ค่า OR (Odd Ratio) เท่ากับ 2.4 โรคและอาการทางอารมณ์ ค่า OR 11.5 และปัจจัยเสี่ยงการติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด ค่า OR 2.84

3. การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์

จอม สุวรรณโณ (2541) พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ทั้งที่บุคคลอื่นสามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ และบุคคลอื่นไม่สามารถมองเห็นได้หรือสังเกตได้ แต่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม มีการติดต่อกับกลุ่มเพื่อนฝูงน้อยลงจากเดิม ส่วนใหญ่แยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

4. การเจ็บป่วยทางกาย

เคยมีประวัติซึมเศร้าซึ่ง Musetti และคณะ (Musetti & et al., 1989) พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 67 เคยมีประวัติซึมเศร้ามามาก่อน และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยพบว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและบ่อยครั้งที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีการแสดงออกเป็นความเจ็บป่วยทางกาย เช่น มีความผิดปกติของการนอน เบื่ออาหาร ผลการศึกษาของเมอร์ฟี (Murphy cited in Hughes, 1997) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพอ่อนแอที่เรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โรคหัวใจ โรคข้ออักเสบรุนแรง โรคเส้นเลือดสมองแตก (Stroke) โรคสมองเสื่อม และโรคพาร์กินสัน (Ouslander cited in Hughes, 1997) และจากการศึกษาของศรีวรรณ ดันศิริ (2535) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้จากการศึกษาของสรุติ พิมพ์ภรณ์ และสุวรรณี เรืองเดช (2540) พบว่าการมีโรคทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความไม่สบาย ซึ่งผลการวิจัยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 มีผลให้บุคคลอ่อนแอ คิดถึงอันตรายที่จะเกิดต่อไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมกับบทบาท ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี และสรุติ สังข์ศรี และคณะ (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมมีภาวะซึมเศร้าบ่อยกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า

5. ความผิดปกติของสมอง และการรับรู้ที่ต่างกัน

ในผู้สูงอายุจะมีระดับสารสื่อประสาท noradrenalin และ serotonin ลดลงและในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็มีสารสื่อประสาทสองชนิดนี้ทำงานลดลงเช่นเดียวกัน ผลการวิจัย

ยังพบรอยโรคส่วนเนื้อขาวได้สมองในผู้สูงอายุที่อยู่นานเกิน 5 ปี กับขนาดและตำแหน่งของรอยโรค (Hughes, 1997: 146) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มาโนช ทับมณี, 2541; กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2542)

2. ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม

1. แรงสนับสนุนทางสังคม

ขาดการสนับสนุนทางสังคม เกิดความเครียดเรื้อรัง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และความปวดที่มากที่สุดของผู้สูงอายุไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Panchan, 2001) ขาดการปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่น สูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Roche et al. (1975, อ้างใน ชูลีพร ศรีไชยวาน, 2542) พบว่าความเครียดทางสังคมที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสโดยตรงกับการดำเนินชีวิตของบุคคล

2. การทำงานหรือปฏิบัติการกิจต่างๆ

อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลงหรือว่าเหว่ นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองหรือเป็นที่พึ่งของลูกหลานได้ แม้ว่าการทำงานนั้นจะเป็นเพียงการเป็นที่ปรึกษาหรือหรือช่วยเหลือบุตรหลานหรือแม่แต่ทำงานบ้าน นั่นคือการทำงานมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยนั่นเองซึ่งจากการศึกษาของ สรรวุฒิ สังข์ศรีศรี และคณะ (2540) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ยังทำงานมีระดับของอารมณ์เศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน และเกษราภรณ์ คุณานุวัฒน์ชัยเดช (2543) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน มีสภาวะอารมณ์เศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะอารมณ์เศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การไม่เข้าร่วมทำกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมน้อยในกิจกรรมชุมชน และการไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน

3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

จากการศึกษาของกาญจน์ สิทธิวงศ์ และคณะ (2539) พบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของครอบครัว และจากการศึกษาของศิริชัย คาริกานนท์และคณะ (2539) พบปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้าคือผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวในลักษณะที่มีการทะเลาะวิวาท มีปากเสียงกันประจำ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าที่มีการทะเลาะวิวาทกันบ้าง และสมาชิกในครอบครัวปรองดองกันดี ผู้สูงอายุที่ไม่ปรึกษาใครเก็บไว้คนเดียวเมื่อมีปัญหาภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ปรึกษากับญาติพี่น้องหรือคนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ เขาว์จึงและเกรศ พรหมดี (2544) ที่พบว่าความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัวเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ปริชา ศตวรรษธำรง และคณะ (2544) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความขัดแย้งกันภายในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าครอบครัวที่รักใคร่กันดี ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ครั้งมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมบ่อยๆ และผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้มาปรึกษาปรับตัวทุกข์ด้วยมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีคนมาปรึกษาปรับตัวทุกข์ จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการสนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุทั้งทางด้านหน้าที่ อารมณ์ การยอมรับ การยกย่อง การเห็นคุณค่า เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าจึงมีน้อย (เกษม เล่งเวหาสถิตย์, กาญจนา รามสูตร, และจรรยา สันตยากร, 2540) ในทางตรงข้าม หากผู้สูงอายุขาดการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน ถูกทอดทิ้งขาดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต้องเป็นภาระให้ลูกหลาน เกิดความรู้สึกน้อยใจและเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รองลงมาจากปัญหาด้านการเงิน

4. การเกษียณอายุงาน

ผู้สูงอายุที่เคยทำงานเมื่อเกษียณอายุจะรู้สึกว่างงาน บางคนเมื่อต้องออกจากงานจะเกิดการสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นผู้อาศัยหรือผู้ตามในครอบครัว ทำให้สูญเสียความมั่นใจ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง (Eliopoulous, 2005) นอกจากนี้ การเกษียณอายุงานยังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเพศชาย ส่วนการเกษียณอายุงานเนื่องจากความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทั้งสองเพศ (Pahkala, 1990) สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีทั้งปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

5. การเสียชีวิตของกลุ่มสมรสและญาติ (ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2545) คนใกล้ชิดหรือเพื่อน ทำให้เกิดความว้าเหวและความห่อเหี่ยวของจิตใจเนื่องจากเพื่อนร่วมรุ่นค่อยๆ จากไป ทำให้คอยคิดถึงเวลาที่ตนเองต้องจากไปในอนาคต

สรุปได้ว่าการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นสาเหตุร่วมกันของปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว นอกจากนี้อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุยังมีความแตกต่างจากอาการซึมเศร้าในวัยอื่นๆ

อาการและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีมีการแบ่งอาการของภาวะซึมเศร้ามุ่งต่อไปนี้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า คือ การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR]) จัดทำคู่มือการวินิจฉัยโรคฉบับที่ 4 (DSM-IV-TR cited in Burt & Ishak, 2002 อ้างถึงใน รัตดาพร สันติวงษ์, 2550) อธิบายว่าโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะ

อารมณ์เศร้า ขาดความสนใจ หรือความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆตามปกติ โดยจะมีอาการแสดงอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และจะต้องมีอาการแสดงต่างๆเหล่านี้อย่างน้อย 7 อาการในทั้งหมด 9 อาการ ได้แก่ 1) ความผิดปกติของการนอนหลับ นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ 2) เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน 3) ไม่มีสมาธิหรือสมาธิลดลง 4) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในสิ่งต่างๆลดลงอย่างมาก 5) ซึมเศร้า กระสับกระส่ายหรือเชื่องซึม 6) อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรงเหนื่อยง่าย 7) การเคลื่อนไหวช้า 8) รู้สึกผิดหรือรู้สึกตนเองไร้ค่า 9) มีความคิดอยากตายฆ่าตัวตาย

สมภพ เรื่องตระกูล (2544) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีอาการแตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อย ลักษณะอาการที่เด่นชัดคือ จะมีอาการไม่สบายทางกายมากในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือมีชัดเจน ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะมีอาการแสดง ดังนี้ 1) มีความคิดว่าสุขภาพตนไม่ดี มีอาการที่ไม่สบายทางกายหลายอย่าง เช่น อ่อนเพลีย มึนงง สมอ่งมึนชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเพื่อ แน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน บางรายกังวลกลัวเป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง 2) มีความรู้สึกไม่ร่าเริงหรือแจ่มใส 3) มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย 4) มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก 5) นอนไม่หลับ มักตื่นตอนดึกหรือตื่นเชากว่าปกติ 6) สมรรถภาพในการทำงานลดลง ร่วมกับอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย 7) ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย ลังเล ไม่มีความมั่นใจ 8) มีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย 9) มีความรู้สึกไร้คุณค่า ถูกทอดทิ้ง และท้อแท้สิ้นหวัง 10) มีความรู้สึกผิด ลงโทษตนเอง ในรายที่เป็นมาก จะมีอาการเบื่อชีวิต คิดอยากตาย 11) อาจเกิดร่วมกับโรคจิต จะมีอาการหลงผิดชนิดอื่นร่วมด้วย

สุดสบาย จุลกทัพพะ (2540) กล่าวว่า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นจะมีอาการวิตกกังวล (Anxiety) อาการทางกายต่างๆ (Somatic or Hypochondriacal Symptoms) ความจำไม่ดี (Difficulty with Memory) ปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) ความจำเสื่อม (Dementia) ไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-Compliance with Medication and Other Treatments) ไม่สนใจตนเอง (Self-Neglect) โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แม้จะไม่พูดถึงอารมณ์เศร้า แต่เมื่อถามถึงอาการต่างๆ ของภาวะซึมเศร้า เช่น นอนไม่หลับ ความสนใจเสีย ฯลฯ จะพบมีอาการเหล่านี้ร่วมด้วยเสมอ

จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น จะเริ่มปรากฏอาการทางกายก่อน เช่น เหนื่อยไม่มีแรง อ่อนเพลีย ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวนี้จะเป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการทางจิตใจ เช่น การมองตนเองในทางลบ การไม่มีสมาธิ ความพอใจในชีวิตลดลง ดำเนินตนเอง ท้อแท้สิ้นหวัง มีอารมณ์เศร้า และถ้าผู้สูงอายุเป็นมาก ๆ อาจทำให้เกิดอาการเบื่อชีวิต บางรายอาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายได้

ระดับของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าแบ่งได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้จำแนกภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในบุคคล ออกเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับอ่อน (Mild Depression) คือภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมองซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อมาเหตุการณ์ เช่น การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่มีค่า หรือมีความหมายต่อตน หรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ เช่น อารมณ์เศร้าในขณะที่เหนื่อยมากๆ ขาดคนเห็นใจ แต่อาการก็หายได้เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

2. ระดับปานกลาง (Moderate Depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่รุนแรงกว่าระดับอ่อน ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้ที่อยู่ในระยะเศร้าระดับนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ การพูดจาเป็นไปอย่างลำบาก ซึ่งกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติภารกิจประจำวัน แต่ยังสามารดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3. ระดับรุนแรง (Severe Depression) คือ ภาวะอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีอารมณ์เพื่อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน อาจมีความคิดทำลายตนเองเนื่องจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนได้

นิพนธ์ พวงรินทร์และคณะ (2537) แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ค่าคะแนนวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ออกเป็น 4 ระดับ คือ ผู้สูงอายุปกติ มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

โดยสรุป พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบ่งได้หลายระดับ ตั้งแต่อารมณ์ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส เหนงหงอยซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในบุคคลทั่วไป จนถึงเริ่มแยกตัวเองจากสังคม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รู้สึกไร้ค่า ส่งผลกระทบต่อชีวิต อาชีพการงาน ครอบครัว และในระดับรุนแรงคือมีอาการเศร้าตลอดเวลา มีอาการทางจิต และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งนับเป็นความรุนแรงที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจนถึงแก่ชีวิตได้ เห็นได้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบผู้สูงอายุทั้งทางตรงและผลกระทบทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Katz, 1996)

1. ผลกระทบทางตรง

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจปัญหาต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุราจึงมีการติดสุราตามมา โดยพบว่าบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้ามักจะมีการดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ และคิดว่าการดื่มสุราจะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าว แต่ความเป็นจริงแล้ว การดื่มสุราเป็นตัวสำคัญที่จะทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้อาจมีการฆ่าตัวตายตามมา จากรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2543; อรรถพร ทองแดง, 2542) จากการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุไทย ที่มีการวินิจฉัยทางโรคจิตส่วนใหญ่พบว่าสาเหตุจากการมีอารมณ์ร่วมกันของความซึมเศร้าและวิตกกังวล และความซึมเศร้าอย่างรุนแรงร้อยละ 42.5 และ 25 (ศิริรัตน์ กุปติวุฒิ, และศิริเกียรติ ยันตติลล, 2540) และจากรายงานการติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า ซึ่งศึกษาผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจำนวน 120 ราย ติดตามผลในระยะ 2 ปี พบว่า มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า (Murphy et al., อ้างใน สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ซึ่งนั่นคือจะสามารถบอกได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอันตรายแก่ชีวิตได้อย่างแน่นอน

1.2 มีการหลงลืม มักพบว่าผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะเข้าสู่ระยะหลงลืมแบบในวัยสูงอายุตอนปลายเร็วขึ้นยิ่งขึ้นมากกว่าปกติ เพราะอาจมีอาการแสดงที่สำคัญ คือการสูญเสียความจำ ดังเช่น กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองในกรุงเทพฯ ชุมชนชนบท จังหวัดระนองและบุรีรัมย์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และรวมทั้งสองชุมชน เท่ากับร้อยละ 35.1, 17-19, และ 24.1 ตามลำดับ ส่วนความชุกของภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และรวมทั้งสองชุมชน เท่ากับร้อยละ 27.6, 33-37, และ 32.8 ตามลำดับและพบความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับภาวะสมองเสื่อมในทุกชุมชนที่ศึกษาผลการแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตและสังคม มีผลอย่างมากต่อคะแนนของแบบทดสอบทั้งด้านสติปัญญา (Cognitive) และสุขภาพจิต (Mental) ทำให้มองเห็นแนวทางปฏิบัติได้ว่า การส่งเสริมให้มีสุขภาพกายดี มีความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเหมาะสมกับศักยภาพ

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง สภาวะดังเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนไปในช่วงที่เกิดซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่ายตามมา ซึ่งจากการศึกษาของเอวินและคณะ

(Irwin, Daniels, Bloom, Smith & Weiner, 1987) พบว่าผู้หญิงที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิตและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคต่างๆ ในธรรมชาติ (Natural Killer Cell) ซึ่งผลกระทบนี้หากเกิดในผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อ ผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งปกติจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงจากการได้รับเคมีบำบัดอยู่แล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวก็จะยิ่งส่งเสริมให้มีการติดเชื้อรุนแรงยิ่งขึ้น สุดท้ายทำให้เกิดการเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

2. ผลกระทบทางอ้อม

2.1 ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่งคือไม่มีความอยากอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหาร ซึ่งจะ ทำให้มีการขาดสารอาหารได้อย่างรุนแรง (Neese, 1991) สุดท้ายนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงยิ่งขึ้น

2.2 ความเจ็บป่วยที่รุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ ในผู้ที่เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมด้วยจะทำให้อาการความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น หรือหายจากการเจ็บป่วยช้าลงกว่าปกติ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายทำให้ระยะการมีชีวิตอยู่สั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจในเรื่องต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา (Conwell, Caine, & Olsen, 1990 อ้างถึงใน สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล, 2546)

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้างลดน้อยลง นอกจากนี้ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินลดลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรม จากที่ภาวะซึมเศร้ามีอาการอย่างหนึ่งคือการนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าตามมา

2.5 สูญเสียพลังการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น บุคคลนั้นจะแยกตัวเองมองเห็นสิ่งต่างๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมจึงเป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ จากผู้อื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานเป็นผลมาจากการขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิและด้วยระดับความสามารถที่จะทำกิจกรรมลดลง ส่งผลย้อนกลับไปที่สถานภาพของบุคคล ความภาคภูมิใจซึ่งจะยิ่งไปเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้มากยิ่งขึ้น

2.7 ด้านเศรษฐกิจ ในเรื่องการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยตรงในการรักษาพยาบาล และการสูญเสียทางอ้อมจากการที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่สามารถทำงาน การตายก่อน

วัยอันควร หรือการที่ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในการทำงานไปกับการดูแลและการพยาบาล (Hirschfeld et al., 1997)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นเรื่องที่ยากซับซ้อน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ (Multidimensional) มีการใช้คำนิยามและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะทั่วไป ที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้ (Kranich, 1995) จึงมีบุคคลต่าง ๆ ได้สร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมามากมาย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการสังเกต

เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอกซึ่งสังเกตและวัดได้ โดยมีการเลือกสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น และบันทึกไว้ ได้แก่ แบบวัดของครอนโฮล์ม-ออตโตสัน (Cronholm-Ottosson Scale) แบบสำรวจความซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression: HRS-D) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของราสกิน (Raskin Depression Scale) และแบบวัดความซึมเศร้าของมอนโตโกเมอรี (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: MNDRS) (ฐิติพร ศรีไชยวาน, 2542)

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง

เป็นการประเมินโดยใช้แบบวัด ได้แก่ แบบประเมินความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory :BDI) แบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบประเมินตนเองของวอล์คฟิลด์ (Walk Field Self-Assessment Inventory) แบบวัดความซึมเศร้าด้วยตนเองแบบซีอีเอสดี (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D Scale) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุ มีดังนี้

2.1 Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CED-S)

สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Radloff, 1977 cited in Fishcher & Corcoran, 1994 อ้างใน ฐิติพร ศรีไชยวรรณ, 2542) ออกแบบมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดอาการซึมเศร้าในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถาม 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้สึก อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วง สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

ข้อจำกัดของแบบวัดนี้คือไม่สามารถแยกได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

2.2 Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดย Yesavage ในปี ค.ศ. 1983 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อแบบ เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวัง ด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การรู้คิด และการแยกตัว ได้รับความนิยมนำไปใช้ในการแปลเป็นภาษาต่างๆและนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย อรรถพร สี่ทองเงิน (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.94 ต่อมากลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าจากอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) และการแยกตัว (Isolation) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อคำถาม ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตัวเอง ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ในการให้คะแนนจะเป็นระบบได้คะแนน 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละคำถาม ลักษณะของคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านการร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ในข้อความเหล่านี้จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ส่วนที่เหลืออีก 20 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับตนเองทางด้านลบ ซึ่งถ้าตอบว่า “ใช่” จะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ข้อดีของแบบวัดนี้คือสะดวกต่อการนำไปใช้และเข้าใจง่าย มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถนำไปประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการคิดรู้ อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียนและบกพร่องทางสติปัญญา หรือการรับรู้และไม่สามารถนำไปใช้ประเมินอาการที่เกิดขึ้นทั่วไป เช่น ความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากรับประทานอาหารได้

สุชีรา ภัทรยุตวรรณ (2545) ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-70 ปี จำนวน 275 รายทั่วประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย 121 ราย เพศหญิง 154 ราย ซึ่งผลของการรวบรวมและการวิเคราะห์พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบแบบวัดภาวะซึมเศร้านี้ คือ 10.09 นาที (ค่าช่วงเวลาอยู่ระหว่าง 5-15 นาที) จากนั้นได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร K-R 20 พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเพศหญิง เท่ากับ 0.93 และผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.94 การกำหนดเกณฑ์ค่า

คะแนนปกติของแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทยฉบับนี้ ได้ใช้คะแนนเฉลี่ยรวมเป็นหลัก โดยกำหนดค่าปกติให้มีคะแนนได้ไม่เกินกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยรวมกับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนปกติในคนไทยสูงอายุเท่ากับ 12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีความเศร้ารุนแรงเท่ากับ 25-30 คะแนน ต่อมาพิณลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) ได้นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ ไปใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และ เรณู อินทร์ตา (2548) ได้นำแบบประเมินไปทดสอบใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย คือ Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS ของนิพนธ์ พงษ์วรินทร์ และคณะ (2537) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และในการศึกษาเป็นแบบรายบุคคล วัดก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการระลึกถึงความหลัง ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัด ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว เป็นแบบวัดที่มีความสะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง เป็นที่ยอมรับ

การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า

เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ ลดอาการของโรคซึมเศร้า ลด ความเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นมากขึ้น (Relapse) หรือกลับมาเป็นอีก (Recurrent) เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งมีหลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษา ดังต่อไปนี้ (Burnside, 1988; Lazarus, 1984; Walker & Covinton; 1984; สุคตสabay จุลกัทพพะ, 2540)

1. การใช้ยา (Pharmacotherapy)

พบว่าการใช้ยาเป็นการรักษาภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ โดยยาต้านอารมณ์เศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูดกลับ (Reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ตัวคือ นอร์อิพิเนฟริน โดปามีน และซีโรโทนิน ที่จุดต่อของปลายประสาททำให้สารเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าจึงหมดไปหรือดีขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) จากการศึกษพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงมีอาการดีขึ้นหลังได้รับยาต้านซึมเศร้า (Hughes, 1997) ปัญหาที่พบบ่อยจากการใช้ยาต้านซึมเศร้า คือ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งพบได้แม้จะใช้ยาในขนาดปกติ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อยๆ เช่น ตาพร่า คอแห้ง ปาก

แห้ง ใจสั่น นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมอง เช่น ง่วงซึม เหนื่อย เหน็ดเหนื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกระตุก เป็นต้น (ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2540)

2. การรักษาด้วยการกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy : ECT)

จะเป็นการรักษาที่เลือกใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่รุนแรงหรือมีอาการของโรคจิตด้วยการรักษาด้วยยาใช้ไม่ได้ผล มีความคิดฆ่าตัวตาย ปฏิเสธการกินอาหารและมีการเชื่องช้าหรือพ่วงพลาวัน กระวนกระวายและอาการคิดว่าเป็นโรคทางกาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ในผู้สูงอายุ การใช้ไฟฟ้ารักษาก่อนข้างจะปลอดภัยและทำให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้นได้เร็ว ดังนั้นควรส่งต่อไปพบจิตแพทย์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและมีอันตรายต่อตนเอง

3. การรักษาทางจิตและทางสังคม (Psychosocial Approaches)

การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าในปัจจุบันไม่เน้นเฉพาะการรักษาทางกายโดยการให้ยาอย่างเดียว ผู้รักษาควรที่จะให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดี การรักษาทางจิตและสังคมที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

3.1 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้รับความร่วมมือในการรักษา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) การทำจิตบำบัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาการพลาจากบุคคลใกล้ชิด หรือประสบวิกฤตในชีวิต ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดทักษะในการเผชิญหรือแก้ปัญหาในเหตุการณ์ต่างๆ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการไม่รุนแรงนัก แต่ถ้ามีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง หรือรุนแรง มักใช้การทำจิตบำบัดควบคู่กับการบำบัดทางชีวภาพ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

3.2 การให้คำปรึกษา (Counseling Skill) เป็นการให้คำปรึกษา โดยจะเน้นที่ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งการปรับตัว เช่น การให้คำปรึกษาในบุคคลที่พบความสูญเสีย (Bereavement Counseling)

3.3 การบำบัดแนววิคิดและตัวบุคคล (Cognitive Therapy and Interpersonal Therapy) (รัตดาพร สันติวงษ์, 2550) เป็นการรักษาที่ใช้กันมากในปัจจุบัน โดยมีหลักคือ เพื่อแก้ไขปรับปรุง (Modified) พฤติกรรม (Behavior) และแนววิคิดของผู้ป่วย (Modes of Thinking) วิธีปฏิบัติคือ จัดตารางบันทึกส่วนที่ดีและไม่ดีของความคิดและมอบหมายงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข Cognitive Therapy จะปรับปรุงความคิดที่เกิดขึ้นในด้านลบเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ส่วนการบำบัดตัวบุคคล (Interpersonal Therapy) จะเน้นการปรับปรุงในด้านความคิดหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดซึมเศร้าจากความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Close Relationships)

เช่น การฝึกทักษะภายในตัวบุคคล (Interpersonal Skill Training) การแสดงบทบาทสมมุติ (Role Playing)

3.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) (สุดสบาย จุลกทัพพะ, 2540) คือ การใช้หลักของการเรียนรู้ (Learning process) มาใช้ในการแก้ไขอาการซึมเศร้า โดยให้บุคคลรู้ถึงปัญหาของตนเองและวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่ถูกต้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลได้รับประสบการณ์ในด้านบวกในชีวิตเพิ่มขึ้น เช่น การให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ความคิดหรือการกระทำในด้านดีต่อตนเอง เช่น การชม การยิ้มของแพทย์ พยาบาลและบุคคลในครอบครัวจะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้เร็ว

3.5 การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล (Stress and Anxiety Management) โดยจะใช้ได้ดีใน Agitated Depression เพื่อลด Anxiety ของผู้ป่วย วิธีที่ใช้เช่น การฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง (Progressive Relaxation) (จันทร์แรม กิจเหมา, 2540)

3.6 การใช้ครอบครัวในการบำบัด (Family Therapy) การประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ควรที่จะหาข้อมูลทางครอบครัวร่วมด้วย เช่น ความสัมพันธ์ ความถี่ห่างในการเยี่ยมผู้ป่วย นอกเหนือจากการวินิจฉัยทางจิตเวช ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งเวลาอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีปัญหาความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ผู้สูงอายุถูกทิ้งอยู่คนเดียว การขาดการดูแลเอาใจใส่ สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจถึงอาการของผู้ป่วยที่มองตนเองในแง่ลบ โดยคิดว่าเป็นการดำเนินชีวิตที่ผิด ครอบครัวมีโอกาสทำให้ผู้สูงอายุมีอาการกลับมาอีกหรือไม่หายจากการเจ็บป่วยได้ การพบญาติและสมาชิกในครอบครัวเพื่ออธิบายและหาแนวทางในการป้องกันและดูแลเป็นสิ่งที่ควรทำ แต่ถ้าในครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ การใช้ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) จะช่วยได้

3.7 การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคมให้ผู้สูงอายุ (Social Treatment) เพื่อลดอาการแยกตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การใช้กลุ่มบำบัด (Group Therapy) โดยให้ผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้ คงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ (Recreation) อาชีวบำบัด (Occupational Therapy) กายภาพบำบัด (Physical Therapy) ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย การนวดร่างกาย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) การใช้บริการดูแลจากโรงพยาบาลในช่วงเวลากลางวัน (Day – Hospital) การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ซึ่งกัลยาณี เจนอนุศาสตร์ (2542) พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่ได้รับกิจกรรมดนตรีบำบัดและวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ทั้งนี้การใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดนั้นต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การฝึกผ่อนคลาย

คล้ายคลึงกันนั้น เมื่อผู้สูงอายุได้เรียนรู้ความแตกต่างระหว่างความตึงเครียดและการผ่อนคลายแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการตระหนักรู้ในสัญญาณของความเครียดที่เกิดขึ้นทันที จึงทำให้สามารถปรับตัวตอบสนองความตึงเครียดที่เกิดขึ้นได้และผู้สูงอายุยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันด้วย แม้จะไม่ได้รับการฝึกอย่างต่อเนื่องก็ตาม ดังนั้น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

3.8 การระลึกความหลัง (Reminiscence) เป็นแนวคิดของ Butler (1963) ซึ่งได้นำทฤษฎีจิตสังคม (Psychosocial Stage of Development) ขั้นที่ 8 ของ Erikson โดย อิริคสัน เชื่อว่าพัฒนาการบุคลิกภาพเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเกิดการเรียนรู้และสะสมเป็นบุคลิกภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่วัยทารกกระทั่งถึงวัยชรา โดยแบ่งการพัฒนาการออกเป็น 8 ขั้น แต่ละขั้นจะมีพัฒนาการของบุคลิกภาพ คือระหว่างความรู้สึกมั่นคงกับความรู้สึกสิ้นหวัง (Integrity & Despair) โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงชีวิตของตน เรื่องราวในอดีตที่อยู่ในความทรงจำและประทับใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรูปแบบดูแลรักษาภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายวิธี และวิธีการใช้ที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับอาการผู้สูงอายุแต่ละคน และแต่ละวิธีการนั้นต้องขึ้นอยู่กับการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ แต่วิธีที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกและตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตนเองได้เป็นอย่างดีคือการรักษาทางด้านจิตใจ

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ควรเริ่มจากการป้องกันมิให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตสังคม ลดอาการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า รวมทั้งเพิ่มทักษะในการปรับตัวต่อความเครียดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และการดูแลตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ ดังนี้ (Stanley & Beare, 1995; Miller, 1999; Buckwalter & Piven, 1999 อ้างถึงใน ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547 หน้า 33 – 39)

1. ลดปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

1.1 ป้องกันมิให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือลดปัญหาสุขภาพพลภาพต่างๆ โดยให้ผู้สูงอายุได้ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อตรวจพบโรคในระยะแรก ให้การดูแลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ให้ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโดยกายภาพบำบัดอย่างถูกต้อง ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโดยกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตสังคม

1.2 ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่ให้เกิดการแยกตัวจากสังคมหรือเกิดการขาดการกระตุ้น/ไม่รับรู้ความรู้สึก (sensory deprivation)

1.3 พยาบาลได้ตระหนักถึงปัจจัยการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องปรับตัว เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพทางร่างกายตามวัย การเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้เกษียณ หม้ายหรือดูแลคู่สมรส การสูญเสีย การพึ่งพา การเผชิญกับโรคภัยแรง เป็นต้น พยาบาลต้องช่วยผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้เข้าใจผลกระทบเหล่านี้ พยายามเปลี่ยนความสนใจของผู้สูงอายุกระตุ้นให้ทำกิจกรรมและสร้างสัมพันธภาพใหม่ที่มีความหมาย ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยให้ครอบครัวได้ดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แนะนำให้เข้ากลุ่มในสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ มีพยาบาลเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุเหล่านี้

1.4 พยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากภาวะเจ็บป่วยต่างๆ ในผู้สูงอายุ รวมทั้งผลข้างเคียงจากยา เพื่อให้แพทย์ได้ปรับการรักษา และไม่เกิดการเข้าใจผิดว่าเป็นภาวะซึมเศร้าจากตัวของผู้ป่วยเอง

2. ตรวจพบภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรก

โดยพยาบาลได้ตระหนักถึงผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า อาจใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย โดยประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินนี้ใช้กับผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้ ไม่มีอาการแสดงอย่างชัดเจนของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ไม่มีประวัติใช้ยาเสพติดหรือโรพิษสุราเรื้อรัง และไม่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ก่อนการประเมิน

3. ให้การพยาบาลในภาวะซึมเศร้า

พยาบาลให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสุขสบาย โดยการประคับประคองและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทำสิ่งใหม่ๆ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน การได้มีปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมาย และมีเป้าหมายของชีวิต ส่งเสริมคุณค่าในผู้สูงอายุโดยใช้หลักการพยาบาลทางจิตสังคมและอื่นๆ ดังนี้

3.1 ให้คำปรึกษาโดยสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าได้รับการดูแลอย่างไร และให้ความสำคัญกับผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้บอกถึงความคิดและความรู้สึกที่ระบายสิ่งที่เกิดกับชีวิตของตน สิ่งทีละเทือนใจหรือความกลัว ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเศร้ามาก พยาบาลความมีความเข้าใจ ให้ความสนใจในการรับฟังอย่างสงบ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ พุดคุยหาแนวทางในการปรับตัวต่างๆ

3.2 ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์เศร้าผิดปกติ โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งที่ทำให้รู้สึกเศร้า อาจเป็นการสูญเสียหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เสียใจ ให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงความหลังในสิ่งที่ดี เช่น การดูแลของครอบครัว งานอดิเรก สิ่งที่ทำให้ภาคภูมิใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นว่ามีชีวิตไม่ได้มีแต่สิ่งที่เลวร้าย พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า โดยชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่ดีเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

3.3 ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ชี้แจงให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในคนทั่วไป และเหมือนกับโรคอื่นๆ คือ การรักษาจะช่วยให้ดีขึ้นหรือหายได้ การรับประทานยาและได้ระบายความรู้สึกต่างๆ nderได้รับจิตบำบัดจะช่วยลดอาการ หรือหายจากภาวะซึมเศร้าได้

3.4 ช่วยปรับสภาพแวดล้อมทั้งในด้านกายภาพและสังคม

3.4.1 เพิ่มการรับรู้ความรู้สึก โดยเพิ่มแสงสว่าง เพิ่มการสัมผัสหรือการนวด ได้ใช้แว่นตาหรือเครื่องช่วยฟังที่มีประสิทธิภาพ

3.4.2 การปลูกต้นไม้หรือทำสวนหรือดูแลสัตว์เลี้ยง ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบสิ่งที่มีการเจริญเติบโต มีความรู้สึกเป็นที่รักและได้รับการยอมรับ มีความสุข สงบ และสบายใจ

3.4.3 บอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เช่น ใคร ทำอะไร เมื่อใด ที่ไหนและอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย

3.4.4 ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตัวเองให้มากที่สุด แม้จะต้องใช้เวลาานเพื่อหลีกเลี่ยงการพึ่งพา

3.4.5 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ

3.4.6 สอนให้ผู้ผู้ป่วยได้กล้าที่จะระบายสิ่งที่อยู่ในใจกับพยาบาล

3.4.7 ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล ผู้ป่วยอื่น แพทย์ ครอบครัว เพื่อน

3.5 ให้ผู้ป่วยได้เห็นประโยชน์และร่วมออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยลดความวิตกกังวล ลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตด้านอื่นๆ (Miller, 1999)

3.6 ส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้านักจะมีปัญหาขาดสารอาหาร และสารอาหารจะช่วยส่งเสริมสภาพจิตใจและสติปัญญา รวมทั้งช่วยลดอาการท้องผูกซึ่งเป็นปัญหาจากภาวะซึมเศร้า และจากผลของยาด้านอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาจต้องให้อาหารเสริมหรือให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำหรือให้อาหารทางสายให้อาหาร

4. ให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

4.1 สังเกตผลการรักษาและผลข้างเคียงจากยาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressant drugs) และแนะนำให้ผู้ป่วยได้สังเกตผลการรักษาและผลข้างเคียงจากยาด้วย ผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกขึ้นจากท่านอน (orthostatic hypotension) ตามัว ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ปากแห้ง เหงื่อออกมาก อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึม กล้ามเนื้อกระตุก มือสั่น ประสาทหลอน หลงผิด

4.2 ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) ส่วนนี้เป็นบทบาทของพยาบาลทางจิตเวช การบำบัดโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้าใช้ได้ปลอดภัย และได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ซึมเศร้ารุนแรงอยากฆ่าตัวตายเพราะได้ผลดีกว่าการใช้ยา เมื่อเทียบกับวัยอื่น (Miller, 1999)

5. ให้การดูแลที่ต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพจิตใจ

ผู้ป่วยสูงอายุที่ซึมเศร้าภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางจิตสังคมที่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถจัดในหลายลักษณะคือ

5.1 Group therapy การใช้กลุ่มบำบัดเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดี ใช้วิธีการฟื้นฟูทางจิตสังคมหลายรูปแบบ เช่น

5.1.1 ให้มีการทำกิจกรรม เช่น การเคลื่อนไหวเพื่อการบำบัด (movement therapy) ดนตรีบำบัด (music therapy) งานฝีมือและงานศิลปะเพื่อการบำบัด (art therapy)

5.1.2 กระตุ้นให้รำลึกถึงความหลังที่มีความสุข ช่วยเพิ่มคุณค่าในตัวเอง เป็นการสร้างแรงจูงใจ

5.1.3 สอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการจัดการกับความเครียด

5.1.4 การกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก

5.1.5 การบำบัดด้วยสัตว์เลี้ยง

5.2 การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือกลุ่มเป็นจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัด โดยใช้รูปแบบ cognitive triad theory ของ Beck และคณะ โดยทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิดและความรู้สึกต่อตัวเองบิดเบือนจากความเป็นจริงเป็นความรู้สึกด้านลบ ให้ปรับความคิดและพฤติกรรมใหม่ เรียนรู้การแก้ปัญหา หลีกเลี่ยงสิ่งที่น่าสู่ภาวะซึมเศร้า ฝึกการแสดงออก ได้ทำกิจกรรมที่ทำให้มีความสุข และประสบความสำเร็จ เป็นต้น วิธีนี้ได้ทำการวิจัยโดยพยาบาลหลายคน สรุปได้ว่าได้ผลดีในผู้สูงอายุ (Miller, 1999)

5.3 การสนับสนุนทางสังคม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมกับกลุ่มในสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมทางศาสนา อาสาสมัครเยี่ยมบ้านหรือพูดคุยทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยที่ออกจากบ้านลำบาก ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าไม่มาก อาจสมัครเป็นอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมเพื่อให้อารมณ์ดีมีคุณค่ามากขึ้น

5.4 พยาบาลเยี่ยมบ้านให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า เป็นที่ปรึกษาในการดูแล แนะนำวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตสังคมที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะสามารถพบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุทั้งในชุมชน สถานพยาบาลและในโรงพยาบาล ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อนหลายปัจจัย เช่น ความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านจิตสังคม ความบกพร่องด้านสติปัญญา ความบกพร่องของการรับรู้ความรู้สึก ผลจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย ผลจากยาหรือสุรา การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ผลดีกว่าเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ การตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษามีผลให้ต้องพึ่งบริการสุขภาพมากขึ้น เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นการพยาบาลจึงต้องประกอบด้วยการสืบค้น การดูแลรักษา และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกความหลังกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของการระลึกความหลัง (Reminiscence)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการให้ความหมายการระลึกความหลัง (Reminiscence) ดังนี้

บัทเลอร์ (Butler, 1963) ให้ความหมายของการระลึกความหลังว่าเป็นการระลึกถึงความทรงจำในอดีตที่ผ่านมาของบุคคล เป็นกระบวนการพิจารณาการกระทำในอดีตของตนในหลายๆ ด้าน หลายๆแง่มุม และเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต (life review)

เบิร์นไซด์ และไฮท์ (Burnside & Haight, 1992) กล่าวว่าการระลึกความหลังเป็นพฤติกรรมธรรมชาติของผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มของพฤติกรรมที่จะหวนคิดถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมา นาน ๆ และเหตุการณ์นั้นจะต้องมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับตัวบุคคล

ฮาร์แรนด์ และบอลล์สเตเตอร์ (Harrand & Bollstetter, 2000) ให้ความหมายของการระลึกความหลังว่าหมายถึงพฤติกรรมหรือการกระทำที่มาจากความคิดที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตและเหตุการณ์นั้นต้องมีความสำคัญกับบุคคลนั้น

คิง (King, 1982) ให้ความหมายของการระลึกถึงความหลังว่าเป็นความทรงจำในอดีตที่ซึมผ่านกาลเวลา และมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

โควาช (Kovach, 1991) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการทางความคิดในการเรียกเหตุการณ์ในอดีตซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้บนพื้นฐานของความจริง

วรรณิภา บุญระยอง (2542) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการย้อนคิดถึงเหตุการณ์เรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นในอดีตซึ่งเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ภคนิช ต่วนชะเอม (2542) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังจะต้องเป็นพฤติกรรมหรือกระบวนการของการย้อนคิดถึงอดีต ซึ่งจะปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต

จกรม ทองจันทร์ (2544) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังหมายถึงการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุนำเหตุการณ์ในอดีตที่น่าสนใจของผู้สูงอายุมาย้อนคิด โดยมีขั้นตอนและเป้าหมายของการกระทำ

พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์ (2547) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังคือกระบวนการความคิดในการเรียกเหตุการณ์ในอดีต เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ มีทั้งที่ประกอบด้วยสาระและมีจุดหมายที่แน่นอน (มีรูปแบบ) และไม่มีรูปแบบ ในการระลึกถึงความหลังจะมีขั้นตอนและเป้าหมายของการระลึกถึงความหลัง

เรณู อินทร์ตา (2548) กล่าวว่า การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการทางความคิดที่เรียกความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิต มีการคิดถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านทั้งในด้านบวกและด้านลบ คือสิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและทำให้เกิดความผิดหวัง ท้อแท้ใจ

ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ให้ความหมายว่าการระลึกถึงความหลังคือเป็นกระบวนการทบทวนความคิดความทรงจำโดยเป็นเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมาทั้งด้านบวกและด้านลบ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

สรุปได้ว่า การระลึกถึงความหลัง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เรียกความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิตมีการคิดถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยจากการพูดออกมาหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีวิธีการทำได้หลายรูปแบบ ทั้งที่ประกอบด้วยสาระและมีจุดหมายที่แน่นอน (มีรูปแบบ) และไม่มีรูปแบบ มีทั้งทุกข์และสุข แบ่งเป็น 2 ด้านคือ การระลึกถึงความหลังด้านบวกและการระลึกถึงความหลังด้านลบ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการระลึกความหลัง

การระลึกความหลังมีพื้นฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีการทบทวนชีวิต (life review) ของ บัทเลอร์ (Butler, 1963) ซึ่งมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลังดังนี้

1. ทฤษฎีจิตสังคม (psychosocial stage of development)

อีริกสัน (Erickson, 1950) โดยอีริกสันเชื่อว่าพัฒนาการบุคลิกภาพเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเกิดการเรียนรู้และสะสมเป็นบุคลิกภาพของตนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยทารกจนกระทั่งถึงวัยชรา โดยแบ่งพัฒนาการออกเป็น 8 ขั้น แต่ละขั้นจะมีพัฒนาการของบุคลิกภาพเฉพาะและมีช่วงวิกฤต (critical period) โดยขั้นที่ 8 มีช่วงวิกฤตในการพัฒนาบุคลิกภาพคือระหว่างความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์กับความรู้สึกสิ้นหวัง (integrity versus despair) อธิบายว่าเมื่อคนสูงวัยขึ้นมักชอบมองย้อนกลับไปในอดีตเพื่อที่จะตรวจสอบและตัดสินใจว่าชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมดประสบความสำเร็จหรือไม่ ได้ทำชีวิตให้มีค่าอย่างไรหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่าได้ทำทุกอย่างที่ตนควรกระทำ จะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้จักปล่อยวางอดีต หากความสงบสุขความพอใจกับการมีชีวิตในวัยชรา ขอมรับสภาพความเป็นอยู่ตามสภาพความเป็นจริงเกิดความมั่นคงทางจิตใจ ในทางตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตที่ผ่านมาอย่างไร้ค่า จะรู้สึกเศร้าและขมขื่นอยากกลับไปเริ่มต้นชีวิตใหม่ มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความสิ้นหวังทั้งในตนเองและบุคคลรอบข้าง กลัวความตาย มองโลกและสังคมในแง่ลบ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

2. ทฤษฎีการทบทวนชีวิต (life review)

บัทเลอร์ (Butler, 1963) กล่าวว่าโดยธรรมชาติแล้วจิตใจของคนจะพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปได้ ก็โดยการย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกในจิตสำนึกที่เป็นประสบการณ์ในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคับข้องใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้และในขณะเดียวกันก็จะสำรวจใหม่อีกครั้งเพื่อแก้ไขความคับข้องใจนั้นและทำให้สมบูรณ์ขึ้น โดยปกติผู้สูงอายุชอบคิดและพูดถึงอดีต พฤติกรรมเช่นนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุหมองเศร้า กลัว กังวล มีความรู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง อาลัยอาวรณ์อดีต ปลงไม่ตก อาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ หรือรู้สึกปลื้มใจ พพอใจในตนเอง หรือช่วยให้สามารถปรับตัวในช่วงชีวิตสูงวัยก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องราวที่นึกถึง นอกจากนี้ บัทเลอร์ นำธรรมชาติของการย้อนคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุมาสร้างกระบวนการรักษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เรียกว่า “Planned Reminiscence” ซึ่งพบว่าช่วยทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเองดีขึ้น ปรับตัวได้ดีขึ้น ขอมรับและกล้าเผชิญความตายมากขึ้น รู้สึกสงบสุขทางกายและใจมากขึ้น (Lefrancis, 1993; Papalia & Olds, 1965 อ้างในศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

เบิร์นไซด์ (Burnside, 1983) ได้ศึกษาและอธิบายถึงคุณลักษณะที่แตกต่างกันของการทบทวนชีวิตและการระลึกความหลัง สรุปได้ดังนี้

1) การทบทวนชีวิต จะทำได้โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการทำจิตวิเคราะห์ หรือผู้ที่ผ่านการฝึกฝนเฉพาะทางในสาขาผู้สูงอายุ ส่วนการระลึกถึงความหลัง เป็นบทบาทอิสระพยาบาล ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

2) การทบทวนชีวิตมีพื้นฐานการบำบัดเป็นจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytically Based Intervention) ส่วนการระลึกความหลังเป็นการส่งเสริมทางจิตสังคม (psychosocial intervention)

3) การทบทวนชีวิตเป็นเรื่องที่เข้าใจยากกว่าการระลึกความหลัง การระลึกความหลังเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต

4) การทบทวนชีวิตเป็นการย้อนคิดในเรื่องที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดหรือขัดแย้ง เพื่อช่วยแก้ความรู้สึกเหล่านั้น และบางครั้งยังช่วยให้บุคคลเตรียมตัวสำหรับความตายที่กำลังจะมาถึงอย่างมีความสุข การระลึกความหลังเป็นเพียงความทรงจำส่วนเล็ก ๆ ของช่วงหนึ่งในชีวิต ที่มุ่งเน้นไปที่ช่วงของความทรงจำที่สนุกสนานและมีความสุข

5) การบำบัดแบบทบทวนชีวิตนิยมใช้ในการบำบัดรายบุคคล แต่สามารถให้การบำบัดแบบกลุ่มได้ก็ต่อเมื่อนำกลุ่มต้องมีความเชี่ยวชาญและชำนาญ ส่วนการระลึกความหลังสามารถกระทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

6) การทบทวนชีวิตได้ดีก็ต่อเมื่อผู้รับการบำบัดเป็นบุคคลซึ่งมีระดับความรู้สึกผิดปกติ แต่ยังไม่มีการยืนยันว่าใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีอาการสมองเสื่อม ส่วนการระลึกความหลังสามารถกระทำได้ทั้งผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดีและผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางครั้งความทรงจำระยะไกล (long-term memory) ยังดีอยู่

7) การทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง จะเริ่มจากการย้อนคิดถึงอดีตเหมือนกัน แต่ขณะย้อนคิดถึงอดีต การทบทวนชีวิตจะมีการวิเคราะห์และประเมินผล ส่วนการระลึกถึงความหลังเป็นเพียงสรุปสั้นๆ

8) การทบทวนชีวิตสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการบำบัดได้ เหมือนกันการระลึกความหลัง

รูปแบบการระลึกความหลัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีรูปแบบของการระลึกความหลังไว้ดังนี้

เมอร์เรียม (Murram, 1989 cited in Jones, 1998) ได้แบ่งการระลึกความหลังออกเป็น 3 ชนิดดังนี้

1. การระลึกความหลังแบบธรรมดา (Simple Reminiscence) หมายถึง การย้อนคิดถึง ความหลังโดยปราศจากการวิเคราะห์และประเมิน ซึ่งอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น การได้กลิ่น หอมของดอกไม้ที่เคยประทับใจในอดีต ก็เกิดการย้อนคิดถึงอดีต หรืออาจเกิดขึ้นจากการร้องขอ เช่น “บอกฉันเกี่ยวกับงานครั้งแรกของคุณได้มั๊ย” ก็เกิดการย้อนคิดได้เช่นกัน

2. การระลึกความหลังเพื่อให้ข้อมูล (Information Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึง ประสบการณ์ และความรู้ในอดีตของผู้สูงอายุและเล่าสู่บุคคลรุ่นหลัง โดยการพูดหรือเขียน เช่น การเขียนชีวประวัติของตนเอง

3. การทบทวนชีวิต (Life Review) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังที่แตกต่างจากการ ระลึกถึงความหลังที่แตกต่างจากการระลึกถึงความหลังแบบธรรมดา และการระลึกความหลัง เพื่อให้ข้อมูล ทั้งวัตถุประสงค์และรูปแบบการทบทวนชีวิตและเป็นการย้อนคิดถึงความหลังเพื่อ แก้ปัญหาหรือความขัดแย้งในอดีต

ฮาร์มิลตันและซินเดอร์ (Hamillton, 1992; Snyder, 1998) แบ่งการระลึกถึงความหลัง สามารถทำได้ 2 รูปแบบ คือ

1. การระลึกความหลังแบบกลุ่ม (group reminiscence) เบิร์นไซด์ (Burnside, 1988) ได้กล่าวถึงกลุ่มระลึกความหลังว่าเป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการเล่ารายละเอียด ของเรื่องสำคัญที่เป็นเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีต โดยการบอกเล่าและจะต้องเป็นการบอก เล่าโดยบุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปซึ่งฮาร์เรนด และบอลลสเตอร์ (Harrand & Bollstetter, 2000) กล่าวถึงเป้าหมายหลักของกลุ่มระลึกความหลังว่าทำให้ผู้สูงอายุได้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และช่วยลดความแยกตัวทางสังคมโดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นและ ไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ รวมทั้งช่วยในการประหยัดเวลามากกว่าการกระทำระลึกความหลังแบบ รายบุคคล

จำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่ม ที่เหมาะสมควรจะเป็น 4-10 คน (Huber & Miller, 1984; Hamillton, 1992) ซึ่งถ้าในกลุ่มมีสมาชิกมากจะมีประโยชน์ตรงที่จะมีความ หลากหลายของเรื่องที่เล่าและยังสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้นำมาแบ่งปันและนำความรู้ที่ ได้มาปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น แต่ก็จะมีข้อเสียคือผู้นำกลุ่มอาจให้ความสนใจได้ไม่ทั่วถึงและพอเพียง สัมพันธภาพอาจเกิดได้ไม่ดีนักผู้สูงอายุบางคนอาจจะไม่เกิดความรู้สึกระลึกถึงความหลัง ไม่เผย ตัวตนจริง และหากมีสมาชิกน้อยเกินไปจะไม่มีความหลากหลาย

จำนวนครั้งในการทำกลุ่ม ประมาณ 6-10 ครั้ง (Ebersole, 1976; Osborn, 1989) ซึ่งจะเป็นเวลาที่นานจนพอใจยอมรับในสายสัมพันธ์ที่จะเกิดขึ้นและเป็นระยะเวลาที่สั้นพอที่จะคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการเข้ากลุ่มที่ผู้สูงอายุจะไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย (Osborn, 1989) สำหรับความถี่ในการทำกลุ่มก็คือ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ซึ่งจากการศึกษาของแลปปี้ (Lappe, 1987) พบว่าการทำกลุ่มระยะลึกความหลัง 1 ครั้ง/สัปดาห์หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่อวัดการเห็นคุณค่าในตนเองแล้วทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สถานที่ในการทำกลุ่มนั้นควรกว้างเพียงพอ สะดวกสบายในการเข้าห้องน้ำ รวมทั้งควรมีอาหารหรือเครื่องดื่ม

การดำเนินการกลุ่มระยะลึกความหลัง ฮาร์แรนด์ และบอลสเตอร์ (Harrand & Bollstetter, 2000) กำหนดกฎของการเป็นผู้นำกลุ่มว่าผู้นำจะต้องบอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการเข้ากลุ่มในเรื่องของเวลา สถานที่ กฎเกณฑ์ของการเข้ากลุ่มและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มให้กับสมาชิกฟังทุกครั้งเมื่อมีการพบกัน สัมพันธภาพจะต้องเริ่มตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ากลุ่ม ผู้นำจะต้องกล่าวคำขอบคุณผู้สูงอายุที่มาเข้ากลุ่ม ผู้นำจะต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจและเห็นใจสมาชิกกลุ่มทุกคน คอยสังเกตอาการทางร่างกายและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุทุกคน อีกทั้งหน้าที่ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลัง และสนับสนุนให้มีการแบ่งปันในประสบการณ์ของซึ่งกันและกัน สมาชิกกลุ่มมีหน้าที่ในการเป็นผู้ฟังที่ดีไม่ขัดจังหวะในขณะที่มีสมาชิกกำลังเล่าประสบการณ์อยู่ ไม่มีการกล่าวคำหยาบคาย ข่มขู่ ข่มขืนประสบการณ์ที่สมาชิกเล่าพร้อมทั้งการไม่ซักถามมากเกินไปจนเกินขอบเขตของความเป็นส่วนตัว ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังนั้นผู้นำอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นด้วย เช่น ให้ผู้สูงอายุเลือก ภาพถ่าย หนังสือ งานอดิเรก ฯลฯ ซึ่งหัวข้อส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของพัฒนาการแต่ละช่วงวัย

การปิดกลุ่มระยะลึกความหลัง ในการพบกันครั้งสุดท้ายจะเป็นการสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่ได้ระลึกความหลังในทุกครั้งที่พบกัน การปิดกลุ่มจะอภิปรายกันแบบสบายๆ จะไม่มีการเปิดประสบการณ์เรื่องใหม่ขึ้นมาอีก ผู้นำจะต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจในประสบการณ์ของแต่ละคนบรรยากาศจะเต็มไปด้วยความอบอุ่น และต้องกล่าวขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำกลุ่มเป็นอย่างดี (Harrand & Bollstetter, 2000)

2. การระลึกความหลังเฉพาะรายบุคคล (one-to-one reminiscence) เบิร์นไซด์ (Burnside, 1998); และ ฮาร์มิลตัน (Hamilton, 1992) กล่าวว่าวิธีการระลึกถึงความหลังเฉพาะรายบุคคลเป็นการคิดหวนคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

2.1 การกำหนดหัวข้อการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบ (Planned reminiscence) เป็นการกำหนดหัวข้อโดยมักจะเป็นไปตามพัฒนาการของชีวิตโดยเริ่มจากวัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ชีวิตรัก วัยผู้ใหญ่วัย ซึ่งหัวข้อที่เลือกจะเป็นหัวข้อที่จะสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ

รู้สึกเป็นสุข พึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมาของตนหรือถ้าเป็นอดีตที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเจ็บปวด ผู้ให้บริการก็จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุลงประเมินเหตุการณ์นั้นในแง่มุมใหม่ว่าจะอะไรเป็นสิ่งที่ช่วยให้เขาได้ผ่านวิกฤติตรงนั้นมาได้ นอกจากนี้ เบิร์นไซด์ (Burnside, 1998) ได้ยกตัวอย่างถึงหัวข้อที่ผู้สูงอายุนิยมนำมาระลึกถึงมากที่สุดได้แก่ ประสบการณ์ทางทหารและในสนามรบ ความทรงจำเกี่ยวกับชีวิตในวัยเด็ก ความทรงจำที่น่าทรงจำเกี่ยวกับบิดา-มารดา พี่สาว พี่ชาย ความทรงจำเกี่ยวกับเพื่อน ครูที่ประทับใจ วันแรกที่ไปโรงเรียน เกมการเล่นในวัยเด็ก กีฬาที่โปรดปราน ชีวิตรัก การแต่งงาน และลูกๆ ที่ภูมิใจ วันหยุดกับครอบครัวที่สนุกสนาน ความผิดหวัง หรือความสำเร็จครั้งยิ่งใหญ่ ที่จดจำมาตลอด ภาระหน้าที่ การงาน งานอดิเรก การสูญเสีย หรือการตายจากบุคคลอันเป็นที่รัก

2.2 การไม่กำหนดหัวข้อ จะให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวในอดีตไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการกำหนดหัวข้อโดยขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุว่าจะต้องการเล่าเรื่องอะไรให้ผู้บำบัดฟังหัวข้อที่ใช้ในการสนทนาโดยผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง ผู้สูงอายุบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลในกรณีที่ไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นเล่าตรงส่วนไหนดี เพราะฉะนั้นผู้ให้บริการอาจจะต้องคำนึงถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือ (props) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีสิ่งกระตุ้นให้ระลึกถึงได้ เช่น รูปภาพ ดนตรีสัตว์เลื้อย โดยส่วนใหญ่แล้วการกำหนดหัวข้อก็มักจะเป็นไปตามระยะรุนแรง สิ่งสำคัญที่สุดของการบำบัดแบบรายบุคคลนี้คือสัมพันธภาพของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการโดยจะต้องเกิดขึ้นทันทีตั้งแต่การพบกันครั้งแรกและให้ดำเนินต่อไปจนจบกระบวนการ ซึ่งหลักสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพที่กับผู้สูงอายุคือ ผู้ให้บริการจะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะที่ดีในการสื่อสาร เช่น การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) ไม่ขัดจังหวะ (Don't interrupt) และการให้การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ (Unique human being) ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง

จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ในการระลึกความหลัง แต่ละครั้งขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคนซึ่งส่วนใหญ่จะประมาณ 30 - 60 นาที และจำนวนครั้งประมาณ 6-10 ครั้ง (Synder, 1998; Osborn, 1989)

สถานที่ที่เหมาะสมกับการระลึกความหลังจะต้องมีบรรยากาศที่จะเอื้ออำนวยต่อการระลึกความหลัง เช่นเงียบและมีความส่วนตัว มีอุณหภูมิพอเหมาะไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป และต้องไม่สว่างหรือสลัวจนเกินไป เก้าอี้ต้องสะดวกสบาย

เบิร์นไซด์ (Burnside, 1988) กล่าวถึงวิธีการระลึกความหลังแบบรายบุคคล ดังนี้

1. จะต้องแน่ใจว่าผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สะดวกสบายบนเก้าอี้ (ถ้าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายก็ไม่สามารถจะทำการระลึกถึงความหลังได้)
2. ควรเลือกสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้สูงอายุ

3. ตรวจสอบความรู้สึกตัว คูประสาทสัมผัส เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสับสนหรือไม่

4. ควรมีการประสานสายตากับผู้สูงอายุเป็นระยะ

5. ควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

6. ควรให้ความนับถือและใส่ใจผู้สูงอายุตลอดกระบวนการในเรื่องของความอ่อนล้า ความเจ็บปวดหรือความวิตกกังวล

7. ควรระลึกถึงความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุเสมอ

8. อาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นความทรงจำของผู้สูงอายุ

9. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มองสังคมในทางลบเป็นผู้ที่เข้มแข็งขึ้น

10. ควรให้การบำบัดอย่างช้า ๆ เหมาะสมความต้องการของผู้สูงอายุและปล่อยให้เวลาให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาคิดและตอบสนองอย่างเพียงพอ

11. ควรระลึกอยู่เสมอว่าทุกอย่างเป็นการตัดสินใจของผู้สูงอายุเอง

12. ควรชี้แจงกับผู้สูงอายุอย่างกระจ่างและช้า ๆ และเขียนข้อความลงในกระดาษเพื่อเตือนความจำให้ผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุรู้ว่าการพบกันครั้งหน้าจะทำอะไรกันบ้าง มีจุดมุ่งหมายอย่างไร สถานที่และเวลาที่จะพบกัน

กระบวนการระลึกความหลัง

การเข้าใจกระบวนการการระลึกความหลังนั้นมีความสำคัญ เพื่อความสะดวกและการเข้าใจที่ตรงกันสำหรับผู้เริ่มต้นใช้กิจกรรมการระลึกความหลัง ซึ่งฮาร์มิลตัน (Hamilton, 1992) แบ่งกระบวนการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) คือการเลือกเหตุการณ์ความรู้สึกที่พึงพอใจในอดีตและความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ในความทรงจำสืบเนื่องตลอดมา

2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) คือระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้น และบอกความรู้สึกให้ได้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายหรือมีคุณค่าอย่างไรต่อบุคคลจึงทำให้บุคคลเก็บจำความทรงจำนั้นตลอดมาและเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน

3. ระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Social Interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์ของความรู้สึก อารมณ์ และความคิดที่บุคคลมีต่อความทรงจำนั้นให้กับผู้อื่นฟังและยังถือว่าการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและสนับสนุนให้มีการเปิดเผยต่อตนเอง (Self Expression)

ทักษะที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลัง

ในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลังตามกระบวนการการระลึกความหลังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ ซึ่งหลักของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยทักษะต่างๆ ของการให้คำปรึกษาหลายๆ ด้าน เช่น ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การสังเกต การตีความหมาย และการสนับสนุนให้กำลังใจ (Sellers & Stork, 1997) ดังนี้

1. ทักษะในการฟัง (listening skills) เป็นทักษะที่ใช้ในการแสดงความสนใจต่อคำพูด และภาษาท่าทางของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจทั้งเนื้อหาตลอดจนความรู้สึกของเรื่องที่เล่ามา อีกทั้งยังเป็นการที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการเห็นความสำคัญและให้เกียรติกับผู้สูงอายุว่าเรื่องที่เขากล่าวมานั้นเรากำลังตั้งใจฟังอยู่ และบางครั้งต้องฟังเพื่อที่จะสังเกตได้ว่า การพูดกับอารมณ์ของผู้สูงอายุเหมาะสมกันหรือไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่

2. ทักษะในการสะท้อน (reflecting skills) วัตถุประสงค์ของการสะท้อนคือเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงความรู้สึกและเรื่องราวของตนเองได้ดียิ่งขึ้นและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักว่าผู้ให้การบำบัดพยายามที่จะเข้าใจเขา การสะท้อนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การสะท้อนความรู้สึก (reflecting feeling) เป็นการช่วยนำความคลุมเครือออกมาให้กระจ่างขึ้นก่อนจะสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความสามารถในการฟังและคิดตามไปด้วยว่าคำพูดเช่นนั้นของผู้สูงอายุเกิดจากความรู้สึกอย่างไรแล้วจึงสะท้อนออกมา และการสะท้อนเนื้อหา (reflecting contents) เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหา ดังนั้นเขาอาจไม่สามารถรวบรวมเนื้อหาให้เป็นเรื่องราวประติดประต่อกันได้ ดังนั้นจึงควรช่วยให้เรื่องราวกระจ่างขึ้นโดยการสะท้อนเนื้อหา

3. ทักษะในการตีความหมาย (interpreting skills) จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่มุมต่าง ๆ อย่างกระจ่างและเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ได้ตระหนักในตนเองช่วยให้ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

4. ทักษะในการให้กำลังใจ (reassuring skills) เป็นการสร้างความเชื่อมั่น และช่วยให้ผู้สูงอายุได้คลายเครียดในการระลึกถึงความหลัง ความสุภาพนุ่มนวลจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุเนื่องด้วยผู้สูงอายุมากถึงเกือบ 100 ปี

5. ทักษะในการสังเกต (observation) ในพฤติกรรมและความรู้สึกต่างๆ ของผู้สูงอายุปฏิกิริยาที่เป็นอาการแสดงที่ไม่ใช่คำพูด (nonverbal) ทั้งหมด เช่นอาการสั่น อาการผลุนผลัน ไม่พอใจ ซึ่งอาจจะมีผลเกิดมาจากอาการเครียดหรือวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

6. การทวนซ้ำ ใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิดความจำโดยไม่มีการเพิ่มเติมความคิดของผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสำรวจ รับรู้

และเข้าใจความคิดของตนเองและเพื่อที่จะต้องการเน้นข้อความนั้นเพื่อการขยายความกลับสู่ประเด็น

การวางแผนการในการดำเนินการกระบวนการระลึกความหลัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลัง ควรมีการวางแผน ดังนี้

1. การเลือกบุคคล ต้องเลือกบุคคลที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการนั่งทำกิจกรรม เป็นเวลานาน ๆ เช่นไม่เป็นโรคอักเสบของข้อต่อและกล้ามเนื้อ ไม่มีปัญหาในระบบไหลเวียน ไม่มีปัญหาเรื่องการควบคุมระบบขับถ่าย พวกโรคจิตหวาดระแวงหรือซึมเศร้าอย่างแรง ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน (Harrand & Bollstetter, 2000) นอกจากนี้เบิร์นไซด์ (Burnside, 1988) ได้กำหนดคุณสมบัติที่ผู้สูงอายุมีในกระบวนการระลึกความหลังคือ มีระดับการรับรู้ปกติ มีความสามารถในการฟื้นความทรงจำในระยะยาวได้ (retrieve long – term memories) แต่ความจำระยะสั้นอาจไม่จำเป็น สามารถถ่ายทอดความทรงจำนั้นออกมาเป็นภาษาพูดได้ และระบุบุคคลที่ไม่สามารถใช้การระลึกความหลังอย่างมีประสิทธิภาพได้ คือ บุคคลที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และคิดฆ่าตัวตาย บุคคลที่อยู่ในสภาพตกใจกลัวมาก มีความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง มีอาการหมกมุ่นอยู่ตลอดเวลา ยึดมั่น ถือมั่น ไม่ยืดหยุ่น หลีกเลี่ยงปัจจุบัน เน้นความสำคัญไปที่เหตุการณ์ในอดีต มีปัญหาด้านการสื่อสาร พูดไม่ได้ หรือสูญเสียการได้ยิน ซึ่งเมื่อบุคคลมีอาการดังที่กล่าวนี้ ควรจะมีการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะช่วยให้ดีขึ้นได้ด้วยการระลึกความหลังควรไปพบที่จิตแพทย์หรือนักจิตบำบัดต่อไป

2. การจัดเตรียมสถานที่ ขนาดของห้องต้องไม่คับแคบเกินไปกับขนาดของกลุ่ม มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวนอันจะเป็นการขัดจังหวะต่อการระลึกความหลัง แสงสว่างและอุณหภูมิต้องพอเหมาะ เก้าอี้ที่นั่งสะดวกสบาย จัดที่นั่งให้เป็นวงกลมเพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์ (Burnside & Haight, 1992)

3. การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น ป้ายชื่อของสมาชิกกลุ่มทุกคนและป้ายชื่อผู้นำกลุ่มและอุปกรณ์ในการเขียน เช่น กระดาษสีขาว ปากกาเมจิกสีดำ เพื่อความเด่นชัดในการมองเห็น (Burnside & Haight, 1994) และอุปกรณ์อื่นๆเช่น ดินสอ กระดาษ เทปเพลง เครื่องเล่นวิทยุเทปและซีดี รูปภาพ (ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550)

ประโยชน์ของการระลึกความหลังในผู้สูงอายุ

วอล์กเกอร์ และเอวานท์ (Walker & Avnant, 1983) ได้กล่าวถึงประสิทธิผลทางบวกของการระลึกความหลังดังนี้

1) เป็นกิจกรรมที่ตอบสนองต่ออารมณ์ทางบวกของผู้สูงอายุ

- 2) สามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์เป็นสุขของผู้สูงอายุได้
- 3) เพิ่มประสิทธิภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม
- 4) เพิ่มขีดความสามารถในการสื่อสาร
- 5) มีความเข้าใจในตนเองเพิ่มขึ้นและมีมุมมองที่ดีเกี่ยวกับตนเอง
- 6) สามารถวางแผนชีวิตตนเองในอนาคตได้ดีขึ้น
- 7) เพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือการสูญเสียที่เกิดขึ้นในอดีต

ตลอดจนมีพัฒนาการในการจัดการถึงปัญหาในปัจจุบัน และช่วยส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจ

- 8) ฝึกการเป็นผู้ฟัง
- 9) เกิดความสนุกสนาน พึงพอใจในชีวิต
- 10) ลดความซึมเศร้า
- 11) เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 12) เพิ่มความสามารถในการตัดสินใจและหาความหมายให้ชีวิตที่เหลืออยู่

การระลึกความหลังกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การระลึกความหลังเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ของผู้สูงอายุ และการระลึกความหลังมักก่อให้เกิดผลทางบวกมากกว่าทางลบ คือกระบวนการระลึกความหลังเป็นกระบวนการทบทวนและการสะท้อนกลับเกี่ยวกับชีวิตตนเองในอดีต โดยผ่านกระบวนการระลึกความหลังที่แต่ละบุคคลจะใคร่ครวญถึงความรู้สึกนึกคิดของตนและสร้างสรรค์สัญลักษณ์เฉพาะในเหตุการณ์ที่น่าจดจำแล้วประเมินออกมาเป็นคุณค่า ซึ่งจะถือได้ว่าการระลึกความหลังมีคุณค่าในแง่ของการบำบัดรักษาได้ด้วย หากบุคคลใดนึกถึงสิ่งต่างๆในอดีตทางบวก คิดถึงความสำเร็จ ความสมหวังในด้านต่างๆของตนก็ย่อมจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเป็นสุข รับรู้ในคุณค่าของตน (Parker, 1995) และสามารถปรับตัวได้จากประสบการณ์เดิม (Hogstel, 1990) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่ามีผู้ศึกษาการบำบัดด้วยการระลึกความหลังในด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังเช่น

เรณู อินทร์ตา (2548) ศึกษาผลโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน มีคะแนนความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ถึงระดับปานกลาง กลุ่มทดลองได้รับการระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีค่าคะแนนความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนความซึมเศร้าเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง จำนวน 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังการบำบัดอีกเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน ต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทย

พัฒนลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มทดลองได้ทำการระลึกถึงความหลังในช่วงชีวิตวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตามลำดับ และการยุติสัมพันธภาพใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลังมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลังมีภาวะซึมเศร้าทุกช่วงเวลาต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

จงกรม ทองจันทร์ (2544) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ สูงกว่าระยะการทดลอง และพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความหวัง ระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความหวัง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลองเช่นกัน

เฉลิมวรรณ เกตุสวาสดี (2545) ศึกษาผลของการระลึกถึงความหลังแบบกลุ่มและการให้คำปรึกษาแบบกวนิยมแบบกลุ่มที่มีต่อความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ที่มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางค่อนข้างน้อย ดำเนินการทดลองแบบกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มระลึกถึงความหลังมีความผาสุกในชีวิตในระยะหลังการทดลองและติดตามผลไม่แตกต่างกัน กลุ่มการให้

คำปรึกษาแบบภวนิยมมีความผาสุกในชีวิต ในระยะติดตามผลสูงกว่าหลังการทดลองและก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุกลุ่มให้คำปรึกษาแบบภวนิยมมีความผาสุกในชีวิตสูงกว่ากลุ่มระลึกถึงความหลังในระยะติดตามผลแต่ไม่แตกต่างกันในระยะหลังการทดลอง

เซอร์รี่ ทองเพ็ญ (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวิตสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 60-74 ปี พบว่าการระลึกถึงความหลังไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีการระลึกถึงความหลังทางบวกจะมีความผาสุกในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการระลึกถึงความหลังด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

โจนส์ (Jones, 2003 cited in Cook, 1998) ศึกษาการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ให้ระลึกถึงความหลัง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังจะมีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

วางและเรียม (Yang & Rehm, 1993) พบว่าการที่ให้ผู้สูงอายุได้ย้อนคิดถึงความสุข มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะซึมเศร้า

วาง (Wang, 2005) ศึกษาผลของโปรแกรมระลึกถึงความหลังเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน ทำการระลึกถึงความหลังเป็นรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 เดือน ใช้เวลา 30 - 45 นาทีต่อครั้ง โดยมีการระลึกเหตุการณ์โดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยกระตุ้น เช่น รูปภาพ เพลงที่ประทับใจ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังจะมีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

วาง, ชุนชู และ ซูเฟิน (Wang, Chuan Hsu, Su-Fen Cheng, 2005) ศึกษาผลของโปรแกรมระลึกถึงความหลังในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลในชุมชน ทำการระลึกถึงความหลังเป็นรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 เดือน ใช้เวลา 30 - 45 นาทีต่อครั้ง โดยมีการระลึกเหตุการณ์โดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยกระตุ้น เช่น รูปภาพ เพลงที่ประทับใจ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้ระลึกถึงความหลังจะมีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

เอิร์ท บูเฮมเจอร์, ฟิลิป สมิท และ พิม คูลเปอร์ (Ernst Bohlmeijer, Filip Smit and Pim Cuijpers, 2003) ทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลของการระลึกถึงความหลังและการทบทวนชีวิต เพื่อ

ลดภาวะซึมเศร้า พบว่า การระลึกความหลังและการทบทวนชีวิตเป็นการบำบัดที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

เอ็ดดี้ เคิร์ท (Edythe Kirk, 2005) ศึกษารูปแบบการระลึกความหลัง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าการระลึกความหลังลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกค่าในตนเอง และสัมพันธภาพภายในกลุ่มมากขึ้น

เพนส์ (Puentes, 2000) การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลังอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นร่วมด้วยเช่น หนังสือ งานอดิเรก รูปถ่าย กีฬา ฯลฯ เพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ผู้สูงอายุได้ย้อนนึกถึงอดีตได้ง่ายหากบุคคลได้คิดถึงสิ่งต่างๆ ในอดีตทางบวก คิดถึงความสำเร็จ ความสมหวังในด้านต่างๆ ของตนเองก็ย่อมจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเป็นสุข รับรู้ในคุณค่า

แพทเธอร์สัน (Patterson, 1998) พบว่าการระลึกความหลังเป็นกิจกรรมยามว่างของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราก่อให้เกิดความเพลิดเพลินสนุกสนาน ช่วยให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตและยังเพิ่มปฏิสัมพันธ์กันในสังคมในด้านการสื่อสารและการคงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นมิตรระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเองและผู้นำ

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2533) ศึกษาเรื่องตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทยโดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ทั้ง 4 ภาค คือ กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ รวม 439 คน พบว่าตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่การระลึกความหลัง การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การระลึกถึงความตายความสัมพันธ์กับคนต่างวัย ความพอใจในสถานภาพการเงิน การอยู่กับญาติพี่น้อง การอยู่บ้านตนเอง

สรุปจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลังกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการระลึกความหลังช่วยลดภาวะซึมเศร้าและก่อให้เกิดผลในทางบวกมากกว่าทางลบ

การพัฒนาโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล

การระลึกความหลัง เป็นรูปแบบการบำบัดโดยใช้กระบวนการทางความคิดที่เรียกความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิตทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยจากการพูดออกมาหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีวิธีการทำได้หลายรูปแบบ ทั้งที่มีโครงสร้าง และไม่มีโครงสร้าง (Butler, 1963) การระลึกความหลังเหมาะที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเผชิญภาวะวิกฤตและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลัง สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุที่ชอบคิดและพูดถึงอดีต เมื่อคนสูงวัยขึ้นมักชอบมองย้อนกลับไปในอดีตเพื่อที่จะตรวจสอบและตัดสินใจว่าชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมดประสบความสำเร็จ

ความสำเร็จหรือไม่ ได้ทำชีวิตให้มีค่าอย่างไรหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่าได้ทำทุกอย่างที่ตนควรกระทำ จะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้จักปล่อยวางอดีต หาความสงบ สุขความพอใจกับการมีชีวิตในวัยชรา ยอมรับสภาพความเป็นอยู่ตามสภาพความเป็นจริงเกิดความมั่นคงทางจิตใจ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2542) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้แบ่งรูปแบบของการระลึกความหลังไว้แตกต่างกัน ดังเช่น เมอร์เรียม (Murrain, 1989 cited in Jones, 1998) แบ่งการระลึกความหลังออกเป็น 3 แบบคือ 1) การระลึกความหลังแบบธรรมดา (Simple Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังโดยปราศจากการวิเคราะห์และประเมิน 2) การระลึกความหลังเพื่อให้ข้อมูล (Information Reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงประสบการณ์ และความรู้ในอดีตของผู้สูงอายุและเล่าสู่บุคคลรุ่นหลัง โดยการพูดหรือเขียน และ 3) การทบทวนชีวิต (Life Review) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังที่แตกต่างจากการระลึกถึงความหลังที่แตกต่างจากการระลึกถึงความหลังแบบธรรมดา และการระลึกความหลังเพื่อให้ข้อมูล ทั้งวัตถุประสงค์และรูปแบบการทบทวนชีวิตและเป็นการย้อนคิดถึงความหลังเพื่อแก้ปัญหาหรือความขัดแย้งในอดีตซึ่งอาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติ นอกจากนี้ฮาร์มิลตัน (Hamillton, 1992) แบ่งการระลึกถึงความหลังออกเป็น 2 แบบ คือ 1) การระลึกความหลังแบบกลุ่ม (group reminiscence) กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตและช่วยลดความแยกตัวทางสังคม โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นและไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใดๆ รวมทั้งช่วยในการประหยัดเวลามากกว่าการกระทำระลึกความหลังแบบรายบุคคล และ 2) การระลึกความหลังแบบรายบุคคล (one-to-one reminiscence) เป็นการคิดหวนคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุเฉพาะราย ซึ่งมีทั้งการกำหนดหัวข้อการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นไปตามพัฒนาการของชีวิตโดยเริ่มจากวัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ชีวิตรัก วัยผู้ใหญ่ ซึ่งหัวข้อที่เลือกจะเป็นหัวข้อที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุขพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา และการไม่กำหนดหัวข้อโดยให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวในอดีตไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการกำหนดหัวข้อโดยขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุว่าจะต้องการเล่าเรื่องอะไรให้ผู้บำบัดฟัง หัวข้อที่ใช้ในการสนทนาโดยผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการระลึกความหลังโดย พบว่าการระลึกความหลังทำให้ผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน และบ้านพักคนชรา มีสุขภาวะทางจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2006) สามารถที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป (Hsu & Wang, 2009; Stinson & Kirk, 2005) และลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคสมองเสื่อมได้ (Wang, 2007; Woods, et al, 2009) นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลังจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุได้ (Harrand & Bollstetter, 2000; จงกรม ทองจันทร์, 2544; ภคนิช ต่วนชะเอม, 2545)

ในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมระลึกความหลัง ทั้งแบบรายกลุ่ม แบบรายบุคคล และการทบทวนชีวิต ซึ่งแต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการระลึกความหลังแบบรายบุคคลนั้น มีข้อดีคือเป็นเป็นการย้อนคิดเพื่อให้ข้อมูล วัตถุประสงค์และรูปแบบการย้อนคิดถึงความหลังเพื่อแก้ปัญหาหรือความขัดแย้งในอดีต เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้สูงอายุทำให้เกิดความไว้วางใจมากขึ้น เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพเป็นคนเก็บตัว ไม่กล้าบอกเล่าความหลังของตัวเองให้ผู้ฟัง การระลึกความหลังแบบรายบุคคลก็เป็นวิธีหนึ่งที่มีความเหมาะสม (Synder, 1998) ส่งผลให้ผู้สูงอายุกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวต่างๆ ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้จำนวนครั้งและระยะเวลาของการระลึกความหลังเฉพาะรายบุคคลยังสามารถปรับให้เหมาะสมได้ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งระยะเวลาในการระลึกความหลังแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาที และจำนวนครั้งประมาณ 6 - 10 ครั้ง (Synder, 1998; Osborn, 1989) สถานที่ในการระลึกความหลัง ควรมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการระลึกความหลังและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น เงียบ มีแสงสว่างเพียงพอ มีความเป็นส่วนตัว แต่ไม่จำกัดสถานที่ สามารถทำได้ทั้งที่บ้านผู้สูงอายุหรือสถานที่อื่นๆ ที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละรายเช่นกัน ในกระบวนการบำบัดผู้บำบัดสามารถสังเกตพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึกรวมทั้งกระตุ้นผู้สูงอายุให้ระลึกความหลัง สนับสนุนและให้กำลังใจในประสบการณ์ของผู้สูงอายุได้โดยตรง นอกจากนี้เมื่อให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลังแบบรายบุคคลอย่างมีรูปแบบโดยการกำหนดหัวข้อตามระยะพัฒนาการของชีวิตโดยเริ่มจากวัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้ใหญ่ ซึ่งหัวข้อที่เลือกจะเป็นหัวข้อที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข ฟังพอใจในชีวิตที่ผ่านมาได้ (Walker & Avnant, 1983)

สำหรับประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลและนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น

เรณู อินทร์ตา (2548) ศึกษาผลโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีคะแนนความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ถึงระดับปานกลาง จำนวน 20 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 10 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลที่บ้าน และการยุติสัมพันธ์ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้วิจัย 2) – 5) ให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังในทางบวก และ 6) ยุติการระลึกถึงความหลังและยุติสัมพันธภาพ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) เป็นผู้ที่ศึกษาการระลึกความหลังแบบรายบุคคล เริ่มด้วยการทบทวนองค์ความรู้ โดยรวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้เลือกขั้นตอนของกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย โดยการประยุกต์และผสมผสานจากผลการดำเนินการศึกษาของ โจนส์ (Jones, 2003) ที่ศึกษาการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหญิงจำนวน 30 ราย ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย ให้ทำการระลึกความหลัง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาทีต่อครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) เปิดกลุ่มโดยการกล่าวถึงเรื่องราวความเป็นมาของนำและสมาชิกกลุ่ม 2) ระลึกถึงบทเพลงในยุค 1920 ถึง 1952 3) อภิปรายถึงกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจในยามว่าง 4) ร่วมแบ่งปันแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับภาพถ่ายของสมาชิกด้วยกัน 5) อภิปรายถึงงานหรือกิจกรรมที่ทำด้วยความสมัครใจในอดีตร่วมกัน และ 6) อภิปรายเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ / เหตุการณ์สำคัญในอดีตร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง และพัฒนิกษณ์ นิติภรณ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 12 คน กลุ่มทดลองได้ทำการระลึกถึงความหลังในช่วงชีวิตวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตามลำดับ และการยุติสัมพันธภาพใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลังมีภาวะซึมเศร้าทุกช่วงเวลาที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สำหรับโปรแกรมระลึกความหลังของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ที่ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการบำบัดให้มีความเหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหา วิธีการและขั้นตอนเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้สะดวก เป็นไปได้และมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยโปรแกรมการบำบัด 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปทบทวนสิ่งที่ได้รับ จากนั้นนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 8 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้าลดลง และศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 15 คน มีภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์

จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานที่สถานอนามัยในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันลักษณะพื้นที่ได้เปลี่ยนแปลงจากสังคม

เกษตรกรรมมาเป็นเขตพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม สมาชิกวัยทำงานออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านทิ้งให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ดูแลบ้านหรือเลี้ยงดูลูกหลานร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบัน ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลมูท (Willmuth, 1979 อ้างใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามักจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมในอัตราที่สูง และจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระดับเล็กน้อยร้อยละ 10.3 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 9.59 (สถิติสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง, 2550) ถ้าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าได้ จากสภาพปัญหาและข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน จึงมีความสนใจที่จะนำเอาวิธีการระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งการระลึกความหลังเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลเพื่อป้องกันและช่วยเหลือในการลดภาวะซึมเศร้าหรือปรับปรุงความมั่นใจและความพึงพอใจสำหรับผู้สูงอายุ (Lin et al, 2003) ในการระลึกความหลังแบบรายบุคคลพยาบาลสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลัง มีกำหนดหัวข้อ จัดกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลัง มีการพิสูจน์แล้วถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่า (Hsu & Wang, 2009) โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษานำเอาโปรแกรมระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) มาใช้เนื่องจากมีการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดให้มีความเหมาะสม และชัดเจนทั้งในด้านเนื้อหา วิธีการและขั้นตอนเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้สะดวก เป็นไปได้ และมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงรูปแบบการบำบัดรายบุคคลที่มีรูปแบบมีการนำวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มาร่วมเป็นสื่อในการบำบัดเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เกิดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการบำบัด ผลที่ได้จากการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเอาโปรแกรมระลึกความหลังครั้งนี้ จะเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยสามารถนำไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมและการให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

การระลึกความหลังกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นพื้นฐานของสุขภาพจิตที่เกิดจากการที่บุคคลพิจารณา และประเมินตัวเองจากการกระทำและประสบความสำเร็จในสถานการณ์ต่างๆ แล้วก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ซึ่งกมลพรรณ หอมนาน (2539) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งสอดคล้องกับ กิปสัน (Gibson, 1980) ที่ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับการรักและความเป็นเจ้าของแล้วบุคคลจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ และต้องการแสดงความสามารถต่างๆ ที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความสามารถที่จะทำบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจนอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการ นักวิเคราะห์และนักวิจัยต่างให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้หลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ ดังนี้

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1967) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการประเมินคุณค่าของตนเองตามความรู้สึกของตนเองและเจตคติที่มีต่อตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะเกี่ยวข้องกับการเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาใคร มีความเชื่อมั่นในตนเองมาก มีภาวะจิตใจที่มั่นคง มีความวิตกกังวลน้อย รับรู้ได้ถึงความสำเร็จ

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกยอมรับ นับถือตนเองและรับรู้คุณค่าในตนเอง (self-worth)

มาสโลว์ (Maslow, 1970) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและความสามารถ

พารেন্ট และวอลล์ (Parent & Whall, 1984) กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองหมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองว่าพอใจหรือไม่พอใจในตนเอง รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสามารถเป็นบุคคลสำคัญ ประสบความสำเร็จ และมีคุณค่า

โสภิต สุวรรณเวลา (2537) ให้ความหมายว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ความสามารถ การประสบผลสำเร็จ การยอมรับตนเอง การมีประโยชน์ต่อสังคมตลอดจนการได้รับการยอมรับจากเพื่อน

อรอุมา พุ่มสวัสดิ์ (2539) ได้กล่าวสรุปไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินคุณค่าตนเองในส่วนของความสามารถ ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้ตนเองมีความรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสามารถ ประสบความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับทั้งของตนเองและบุคคลรอบข้าง

บาร์รี (Barry, 1989) ได้แบ่งองค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (the body self) หมายถึง บุคลิกภาพ ความรู้สึกต่อรูปร่างและหน้าที่ของร่างกายตลอดจนความสามารถขั้นพื้นฐานของร่างกาย 2) ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (the interpersonal self) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับวิธีที่เขามีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนที่สนิทสนม คู่เนยหรือบุคคลที่พบโดยบังเอิญ 3) ความสำเร็จของตนเอง (the achieving self) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การทำงาน และ 4) ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (the identification self) หมายถึง เป็นความรู้สึกของบุคคลทางนามธรรม และพฤติกรรมแสดงความสนใจทางศีลธรรมและจิตวิญญาณ

ทาฟท์ (Taft, 1985) กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นรากฐานของภาวะสุขภาพจิตสังคม และการแสดงออกถึงคุณภาพของบุคคล ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์

เวทเลย์ ละวิช (Waitley & With, 1993) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองสามารถเสริมสร้างหรือพัฒนาได้ตามลำดับขั้นตอนพัฒนาการ 8 ขั้นของอิริคสัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลักขณา สรวิวัฒน์ (2544, หน้า 142 – 145) ที่สรุปเป็น 8 ขั้นตอนดังนี้ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ความไว้วางใจและไม่ไว้วางใจในผู้อื่น (trust – mistrust) เป็นระยะวัยทารกแรกเกิดจนถึงขวบครึ่ง ซึ่งกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในขั้นตอนนี้คือ พ่อแม่หรือผู้ที่ทำให้การเลี้ยงดู

ขั้นตอนที่ 2 ความเป็นตัวของตัวเองกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (autonomy shame and doubt) เริ่มตั้งแต่ขวบครึ่งถึง 3 ขวบ บุคคลที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการในขั้นนี้คือ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู

ขั้นตอนที่ 3 ความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิด (initiative – guilt) เริ่มตั้งแต่ 3 ขวบถึง 6 ขวบ บุคคลที่มีผลต่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองในขั้นนี้คือ สมาชิกทุกคนในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 ระยะเวลาฝึกทักษะในสังคมและการเกิดปมด้อย (industry – inferiority) เริ่มตั้งแต่ 6 – 12 ขวบ บุคคลที่มีผลต่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองในขั้นนี้คือ เพื่อนบ้าน บุคคลที่อยู่โรงเรียนได้แก่ครู เพื่อนนักเรียน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างเอกลักษณ์แห่งตนและความสับสนในเอกลักษณ์แห่งตน (identity – identity confusion) เริ่มตั้งแต่ 12 ถึง 20 ปี บุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของขั้นนี้คือ เพื่อนรุ่นเดียวกัน เพื่อนต่างกลุ่มและบุคคลที่ได้รับการนับถือเป็นตัวแบบ

ขั้นตอนที่ 6 ความใกล้ชิดผูกพันและความโดดเดี่ยว (intimacy – isolation) เริ่มตั้งแต่ 20 ถึง 40 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในขั้นนี้คือ คู่ชีวิต เพื่อนสนิท ผู้ร่วมงาน ผู้แข่งขันการงาน

ขั้นตอนที่ 7 การบำรุงส่งเสริมผู้อื่น และการพะวงเฉพาะตน (generality – self absorption) เริ่มตั้งแต่อายุ 40 ปี ถึง 60 ปี เป็นระยะวัยกลางคนแลบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองในขั้นตอนนี้คือ เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 8 ความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง (integrity – despair) เริ่มตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยสูงอายุ ซึ่งสามารถอธิบายขั้นตอนนี้ได้ว่า บุคคลจะรู้ดีกว่าตนได้กระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ควรกระทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว เช่น การเลี้ยงดูบุตร การได้แบ่งปันความรู้ความคิดแก่ผู้อื่น ได้พบและยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวของชีวิตตนเอง ถ้าบุคคลย้อนกลับไปดูชีวิตอย่างไม่ยึดมั่นถือมั่น รู้จักปล่อยวาง สามารถทำใจยอมรับชีวิตของตนเอง และชีวิตผู้อื่นอย่างเป็นจริงจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตของตนและมีความสำนึกในคุณค่าตนเองในทางบวก แต่ถ้าบุคคลยังมีความรู้สึกอาลัยอาวรณ์ มีความรู้สึกสูญเสีย ยอมรับอดีตไม่ได้กลัวความตายที่กำลังจะมาถึงจะทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและความสำนึกในคุณค่าตนเองจะลดต่ำลง ความสมดุลในขั้นตอนนี้จะช่วยให้บุคคลสำนึกตนเองตลอดเวลา รู้จักปล่อยวางและเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองให้เพิ่มสูงขึ้นได้ ซึ่งบุคคลที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการในขั้นนี้คือบุคคลที่ใกล้ชิดและบุคคลภายในครอบครัว จากพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองตามระดับขั้นตอนการพัฒนา 8 ขั้นของอีริกสันจะเห็นได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทุกช่วงวัยของชีวิตและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามระดับวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม เมื่อได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ชีวิตจึงปรับให้สูงขึ้นหรือต่ำลงได้ เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ชีวิตที่ดีก็จะช่วยดำรงรักษาไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงขึ้นได้ ดังนั้นความสำเร็จหรือความล้มเหลวในชีวิตจึงมีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตของตนเอง (ภคนิช ตัวนระเฒ, 2545)

สรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่ตัดสินใจว่าตนเองมีค่าเพียงใด ภายหลังการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดสำเร็จลุล่วงโดยเปรียบเทียบกับความคาดหวังของตนเองหรือสังคม หากได้รับความเชื่อถือและการยอมรับ สนับสนุนจากผู้อื่นและสังคมแล้วก็จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและนับถือตนเอง

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) (Rosenberg self – esteem scale; RSE) โดยสอบถามความรู้สึกของบุคคลโดยตรง ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ตัดสินระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยตนเอง เป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly agree) เห็นด้วย (agree) ไม่เห็นด้วย (disagree) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly disagree) ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ (1, 2, 4, 6, และ 7) ข้อความทางลบ 5 ข้อ (3, 5, 8, 9, และ 10) โดยโรเซนเบิร์กได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 5,024 คน และมีการหาความเที่ยงของเครื่องมือ 2 ครั้ง (test – retest) ใน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 และในประเทศไทยได้มีผู้นำแบบวัดนี้มาแปลใช้กันจำนวนมาก เช่น รุ่งนภา ชาญสุข (2541) ได้ใช้แบบประเมินนี้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราพบว่ามีความเที่ยงเท่ากับ 0.80 และวารี กังใจ (2540) ได้ปรับปรุงและใช้แบบประเมินนี้กับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดชลบุรี พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ซึ่งนับว่าอยู่ในเกณฑ์ดี

การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุให้เพิ่มสูงขึ้น มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

วิกกินส์ และกิลล์ (Wiggins & Giles, 1984) เห็นว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุนั้นสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงให้เพิ่มมากขึ้นได้และจะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีความเชื่อมั่นว่าจะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มองโลกในแง่ดีและเป็นผู้ที่มีสมรรถภาพในการทำสิ่งต่าง ๆ

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) กล่าวถึงองค์ประกอบของการที่จะทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น 4 ประการ ดังนี้ 1) การได้รับการยอมรับนับถือ ความสนใจ ใส่ใจจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต 2) การประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งจะทำให้เป็นที่รู้จักและมีผลต่อสถานภาพ 3) ตำแหน่งในสังคมมีปัจจัยที่จะทำให้บุคคลรู้สึกตนว่าประสบความสำเร็จ คือความมีอำนาจ การมีความสำคัญ การมีคุณงามความดี น่าเชื่อถือศรัทธาและการมีความสามารถ 4) การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและความปรารถนา และ 5) การไม่ใส่ใจต่อสิ่งที่จะทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองของบุคคลลดลง เช่นการไม่ใส่ใจต่อข้อวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น

จอห์นสัน (Johnson, 1979) กล่าวว่ากระบวนการเข้าร่วมกลุ่มเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่จะเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง บุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มจะต้องมีลักษณะดังนี้ 1) ต้อง

ได้รับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข 2) ได้รับการสนับสนุนยอมรับทั้งด้านวิชาการและด้านส่วนตัว โดยกลุ่มเพื่อนบุคลากรในโรงเรียน เช่น ครู และอาจารย์ใหญ่หรือผู้อำนวยการเข้าใจความรู้สึกของ บุคคลนั้น 3) บุคคลนั้นได้รับผลสำเร็จในสถานการณ์ที่ต้องการสัมฤทธิ์ผลทางวิชาการ 4) บุคคล นั้นได้รับการตอบสนองด้านจิตใจความผิดพลาดหรือความล้มเหลวเป็นตัวอย่าง ให้เกิดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และ 5) บุคคลนั้นสามารถสร้างกำลังใจในชีวิตให้กับตนเองได้ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ครุณี ชุมะวัต และคณะ (2539) ที่ศึกษาผลของการใช้กลุ่ม ช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณ ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนหน่วยรังสีรักษา วชิรพยาบาล พบว่าระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ

แซสซี (Sasse, 1978) เสนอวิธีการสร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 3 ประการ คือ 1) สร้างความมั่นใจในตนเอง โดยนึกถึงความสำเร็จข้างหน้าในชีวิต 2) ระลึกถึงตนเองเมื่อ สามารถทำงานให้ลุล่วงไปด้วยดี โดยให้รางวัลตนเองโดยอาจจะชมเชยตนเองหรือให้สิ่งที่มีความหมายกับตนเอง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เราเกิดความรู้สึกที่ดีต่องานที่เราทำมากขึ้น ซึ่งแน่นอน ที่สุดย่อมส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) สะสมบันทึกความสำเร็จ หาสมุดบันทึกเพื่อเขียน บันทึกความสำเร็จที่เราได้รับสิ่งที่เราทำได้ดีเป็นเวลาติดต่อกันหลายๆ สัปดาห์ หรือหลายเดือน โดยอาจจะประสบความสำเร็จในโครงการต่างๆ การช่วยให้ผู้อื่นมีความสุข งานในโรงเรียน การ ทำงาน หรือด้านอื่นๆ ที่มีความสำคัญสำหรับตน

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) กล่าวว่าการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็น การที่บุคคลควรที่จะให้ความเคารพนับถือตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นว่า ดีกว่าหรือเลวกว่าและไม่คิดว่าตนเองต้องเป็นคนดีเด่น แต่ควรตระหนักในความสามารถที่แท้จริง ของตนเองและคาดหวังได้ว่าจะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นได้อย่างไร

เจอร์ดาโน และเอเวอร์ลี (Gerdano & Everly, 1979) กล่าวว่ากลวิธี ที่สามารถพัฒนา ความภาคภูมิใจตนเองอย่างได้ผล คือ 1) การใช้ภาษาทางบวก (positive verbalization) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลให้แรงเสริมภาพเกี่ยวกับตน (self – image) โดยใช้ให้เห็นถึงลักษณะทางบวก ของตนเองด้วยการใช้ภาษาเป็นสื่อ เช่น การใช้กระดาษแข็งเขียนถึงลักษณะบุคลิกภาพในทางบวก หรือสิ่งที่ตนภาคภูมิใจเขียนทุกวันเมื่อหมดวันก็เปลี่ยนไปข้อความใหม่ ทำเช่นนี้ติดต่อกันเป็น สัปดาห์โดยอาจจะปิดกระดาษแข็งไว้ในที่ที่มองเห็นได้ชัดผ่านตามากที่สุดหรือทำพกไว้ในกระเป๋า สตางค์ 2) การยอมรับคำยกย่องชมเชย (accepting complement) เมื่อมีใครยกย่องชมเชยเราเราก็ ยอมรับโดยปราศจากท่าทีหรือคำตอบที่ถ่อมตนแต่ใช้ประโยคแสดงความยินดีแทน วิธีนี้จะเป็นการ

ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลประทับใจและมองตนเองในทางบวกมากขึ้น และ 3) การฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness training) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางบวก กล้าแสดงออกในทางที่เหมาะสมและมีการรับรู้ที่มีประสิทธิภาพ

มูห์เลนแคมป์ และเซย์เลสส์ (Muhlendamp & Sayless, 1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ 18-67 ปี พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ($r = .25$, $p < .01$) (Muhlendamp & Sayless), 1998

รุ่งนภา ชาญสุข (2541) เปรียบเทียบผลของการให้กิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์ และกิจกรรมกลุ่มงานอดิเรกที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มงานอดิเรกมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เสาวนีย์ พงษ์ (2542) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) สามารถเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพได้

จากแนวคิดเรื่องการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลงนั้น สามารถที่จะส่งเสริมให้เพิ่มขึ้นได้นั้นมีหลายวิธี ซึ่งการที่ผู้สูงอายุนับว่าตนเองเป็นที่น่าเชื่อถือ ศรัทธา และได้รับการยอมรับยกย่องเห็นคุณค่า ให้ความสำคัญ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การปรับความคิด สร้างความมั่นใจในตนเองโดยการระลึกความหลังถึงประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาของตน โดยผ่านการเล่าบรรยายให้ผู้ฟังและจดบันทึกประสบการณ์ความสำเร็จนั้นไว้ รวมถึงการคิดถึงหรือมโนภาพถึงตนเองทางบวก หรือความคาดหวังสิ่งต่าง ๆ ลดลงและไม่ใส่ใจต่อข้อวิจารณ์ของผู้อื่น จนเกินเหตุ สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับตนเองและช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมได้ มีกำลังใจต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อบ่งชี้ถึงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

การระลึกความหลังกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการระลึกความหลังกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น

เรณู อินทร์ตา (2548) ศึกษาผลโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะหลัง

การทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีค่าคะแนนความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

ภคณิษ ต่วนชะเอม (2545) ศึกษาผลของกลุ่มระลึกความหลังร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า กลุ่มการระลึกถึงความหลังร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แต่ผลไม่แตกต่างกันในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล

จกรกรม ทองจันทร์ (2544) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการวิจัยพบว่า การระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แคปส์ (Capps, 1998) ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณแล้ว 32 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 90 นาที เป็นเวลา 6 ครั้ง พบว่า การระลึกถึงความหลังและการทบทวนชีวิตช่วยลดความซึมเศร้า เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการมองเห็นคุณค่าในตนเองมากนัก

อาร์แลนด์ (Arland, 1991) ศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยย้อนหลัง 10 ปี พบว่า การระลึกถึงความหลังมีผลในการช่วยลดความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ แต่มีผลในการเพิ่มความพึงพอใจชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันระหว่างการระลึกถึงความหลังอย่างมีแบบแผนและไม่มีแบบแผน

สรุปได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มจะลดต่ำลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น และสมรรถภาพของร่างกายเสื่อมถอยลง หากผู้สูงอายุได้มีโอกาสที่จะระลึกถึงประสบการณ์ที่ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจหรือได้รับการสนับสนุนให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ได้รับความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ ได้รับความเคารพนับถือ และสามารถให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานได้ จะเป็นการส่งเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองว่ายังเป็นบุคคลที่มีคุณค่ารวมทั้งรับรู้ในสมรรถนะของตนเองก่อให้เกิดความแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีต่อไป

บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง เป็นบทบาทที่จะคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น และหากไม่ได้รับการแก้ไขและ

ช่วยเหลืออาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด อาจจะนำมาซึ่งปัญหาต่างๆตามมามากมาย ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ต้องสามารถให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน จัดการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่มีประสิทธิภาพ ใช้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลในการดูแลผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อนดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถนำวิธีการระลึกความหลังรายแบบบุคคลไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทักษะของการสนทนาเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคล และทักษะที่ช่วยปรับจากความคิดแง่ลบเกี่ยวกับตนเองเป็นมองตนเองในมุมมองใหม่ โดยผ่านกระบวนการระลึกความหลัง ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาค้นคว้า การฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชำนาญ จึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นผู้ใช้โปรแกรมระลึกความหลังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรงแล้ว พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลที่มีความสนใจที่จะใช้โปรแกรมระลึกความหลัง โดยช่วยให้พยาบาลที่สนใจได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีการพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นสามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของหน่วยงานได้ดี พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังมีหน้าที่ในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานให้ทราบและเรียนรู้ถึงวิธีการดำเนินการตามโปรแกรม โดยมีพยาบาลช่วยให้คำแนะนำเป็นระยะๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถที่จะดำเนินโปรแกรมได้ตามที่วางแผนไว้ อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนาวิธีประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมด้วย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทีมบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ โดยมีส่วนร่วมในการสร้างระบบเฝ้าระวังปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความชุกของปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแก่บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการที่จะดำเนินมาตรการให้สอดคล้องกับ

นโยบายรัฐบาล นอกจากนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยังทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการสนับสนุนโครงการป้องกันและลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

2. ด้านการฝึกทักษะ เป็นที่เสี่ยงในการปฏิบัติ (mentoring) โดยช่วยให้บุคลากรในหน่วยงาน ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีการพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นสามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของหน่วยงานได้ดี พยาบาลยังมีหน้าที่ในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงาน ให้ทราบและเรียนรู้ถึงวิธีการดำเนินตามโปรแกรม โดยมีพยาบาลจิตเวชช่วยให้คำแนะนำเป็นระยะๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถที่จะดำเนินโปรแกรมได้ตามที่วางแผนไว้ อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนาวิธีประเมินผลประสิทธิผลของโปรแกรมด้วย พยาบาลยังมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทีมบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ โดยมีส่วนร่วมในการสร้างระบบเฝ้าระวังปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความชุกของปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแก่บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการที่จะดำเนินมาตรการหรือเปลี่ยนแปลงนโยบาย นอกจากนี้พยาบาลยังทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการสนับสนุนโครงการป้องกันและลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

3. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การนำเสนอผลการศึกษาแก่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารฯ ทำให้ผู้บริหารและบุคลากรเกิดความสนใจและให้ความสำคัญของการป้องกันภาวะทางสุขภาพจิต และมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางการบริการอีกช่องทางหนึ่ง

4. ด้านการตัดสินใจทางจริยธรรม ในการดำเนินกิจกรรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีประเด็นประวัติของบุคคลผู้ศึกษาได้ขออนุญาตผู้รับบริการก่อนนำมาเผยแพร่

5. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลจากการศึกษาการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้นำไปสู่การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ตัวอย่างเช่น ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมระลึกความหลังในระยะยาวประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม หรือการศึกษาที่ผนวกเอาครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

และเพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชน หรือการศึกษาโปรแกรมระลึกความหลังแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

6. ด้านการบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลนำโปรแกรมการระลึกถึงความหลังไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ เจ้าหน้าที่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำโปรแกรมการระลึกถึงความหลังรายบุคคลไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในชุมชน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเป็นไปได้และผลของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังต่อไปนี้

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่เลือกเข้าร่วมในการศึกษา มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 5 คน
- 2) มีที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี
- 3) ได้รับการตรวจคัดกรอง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง (มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13 – 24 คะแนน)
- 4) ไม่เคยมีประวัติซึมเศร้ามาก่อน
- 5) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล
- 6) สามารถสื่อสารภาษาไทย พูดคุยรู้เรื่อง ถามตอบเข้าใจตรงประเด็น
- 7) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1. โปรแกรมระลึกความหลัง การศึกษาครั้งนี้ใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) โดยมีขั้นตอนและเป้าหมาย

ของการระลึกความหลัง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกถึงความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกถึงความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปบททวนสิ่งที่ได้รับ (ภาคผนวก ก)

ครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1

มารู้จักภาวะซึมเศร้ากันเถอะ : โดยการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านของผู้สูงอายุ ดำเนินการตามขั้นตอนการระลึกความหลัง และสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) ให้ผู้ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุจะได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการที่เกิดขึ้น เปิดประเด็นให้ผู้สูงอายุพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีต ที่มีทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ โดยผู้ศึกษาใช้เทคนิคต่างๆ เช่น ใช้คำถามปลายเปิด รับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรกขณะผู้สูงอายุเล่าเหตุการณ์ พูดคุยซักถาม ทบทวน กล่าวชมเชย และให้ผู้ช่วยผู้ศึกษานำทีกคำพูดที่ผู้สูงอายุพูดคุยตามแบบบันทึกสถานการณ์ระหว่างการบำบัด ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย นัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 30-45 นาที

ครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2

ระลึกความหลังวัยในเด็ก : ดูรูปภาพที่เกี่ยวข้องในวัยเด็ก ผู้ศึกษาพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านของผู้สูงอายุ กล่าวทักทายและดำเนินการทบทวนเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุได้เลือกย้อนระลึกความหลังในสัปดาห์ที่ 1 ในกิจกรรมครั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้มีการย้อนระลึกความหลังในวัยเด็ก โดยการดูรูปภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาพทุ่งนา ภาพการละเล่น ภาพการพ้อนรำ ภาพการเดินทางในสมัยก่อน หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ผู้สูงอายุเลือกรูปภาพที่เกี่ยวกับความทรงจำในวัยเด็ก จำนวน 1-2 ภาพ ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงประสบการณ์สนุกสนานที่ผ่านมาในวัยเด็กว่าเป็นอย่างไร ทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ใช้เทคนิคเช่นเดียวกับสัปดาห์แรก ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย นัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 30-45 นาที

ครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3

ระลึกความหลังในวัยรุ่น : เพลงที่ชื่นชอบในอดีต ผู้ศึกษาพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านของผู้สูงอายุ กล่าวทักทายและดำเนินการทบทวนเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุได้เลือกย้อนระลึกความหลังในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ให้ผู้สูงอายุได้ย้อนระลึกความหลังในวัยรุ่นโดยการฟังเพลงที่ตนเองชื่นชอบในสมัยก่อนเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นผู้ศึกษาเปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบให้ผู้สูงอายุฟัง 1-2 เพลง ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงประสบการณ์สนุกสนานที่ผ่านมาในวัยรุ่นว่าเป็นอย่างไร ทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ โดยใช้เทคนิคเช่นเดียวกับสัปดาห์แรก สรุปเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุเลือกย้อนระลึกความหลังให้ฟังสั้นๆ นัดหมาย

ผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุเตรียมรูปภาพที่ประทับใจประมาณ 2-3 ภาพเพื่อใช้ในกิจกรรม ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 30-45 นาที

ครั้งที่ 4: สัปดาห์ที่ 4

ระลึกความหลังในวัยผู้ใหญ่: ดูรูปภาพที่ท่านประทับใจ ผู้ศึกษาพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้านของผู้สูงอายุ กล่าวทักทายและดำเนินการทบทวนเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุได้เลือกย้อนระลึกความหลังในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 หลังจากนั้นผู้ศึกษาให้ผู้สูงอายุนำรูปภาพที่ผู้สูงอายุได้เตรียมให้ผู้ศึกษาดู พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุเล่าเหตุการณ์เกี่ยวกับรูปภาพและย้อนระลึกความหลังในวัยผู้ใหญ่โดยใช้เทคนิคเช่นเดียวกับสัปดาห์แรก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในความสามารถและความภาคภูมิใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเป็นมาของชีวิตตนเองที่เกิดขึ้น สรุปเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุเลือกย้อนระลึกความหลังให้ฟังสั้นๆ และนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 30-45 นาที

ครั้งที่ 5: สัปดาห์ที่ 5

ระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา ผู้ศึกษาพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้าน กล่าวทักทายและดำเนินการทบทวนเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุได้เลือกย้อนระลึกความหลังในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, และ 4 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำรูปภาพที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและความศรัทธาของผู้สูงอายุ ให้ระลึกความหลังในการมีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนาและใช้เทคนิคเช่นเดียวกับสัปดาห์แรก เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ มีความเบิกบานใจกับบุญกุศลที่ตนได้กระทำให้ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาที่ได้รับฟัง พร้อมแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบว่า การพบกันครั้งต่อไปเป็นครั้งสุดท้ายของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 30-45 นาที

ครั้งที่ 6: สัปดาห์ที่ 6

สรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึง ผู้ศึกษาพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลที่บ้าน กล่าวทักทายและดำเนินการทบทวนเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุได้เลือกย้อนระลึกความหลังในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้สูงอายุจะมีการนึกถึงเรื่องราวต่างๆ ที่ได้เล่ามา เพื่อจะได้มีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดสร้างความมั่นคงและความรู้สึกที่ดีของจิตใจ ผู้ศึกษาประเมินผลเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านอารมณ์ที่เป็นลบยังมีอยู่หรือไม่ สิ้นหนาท่าทางดูสดชื่นขึ้นหรือไม่ ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ และตอบแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผล ได้แก่แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง นัดติดตามผลหลังบำบัดครบ 6 ครั้งในอีก 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยผู้ศึกษาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม ยกเว้นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล กล่าวขอบคุณและทำการยุติสัมพันธภาพ

2. **อุปกรณ์สมุดประจำตัวผู้สูงอายุ** (ภาคผนวก ก) จัดทำขึ้นโดยผู้ศึกษาเป็นใบความรู้ โดยมีรายละเอียดประกอบด้วยลักษณะโปรแกรมของการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ตารางนัดหมายการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง เนื้อหาความรู้ประกอบการบำบัดในแต่ละครั้ง ได้แก่ ความหมายของภาวะซึมเศร้า สาเหตุของภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะซึมเศร้า และการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

3. **วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ** เช่น ซีดีเพลง เครื่องเล่น ซีดี ดินสอ กระดาษ รูปภาพ
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ผู้ศึกษาได้พัฒนาแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ที่ได้รับ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ และโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (ภาคผนวก ข)

2. **แบบประเมินภาวะซึมเศร้า** ผู้ศึกษาได้นำเอาแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่พัฒนาโดยนิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ (2537) (ภาคผนวก ข) มาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยแบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง จิตใจ และสังคม โดยจะเป็นข้อความทางบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อความทางลบ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินภาวะความซึมเศร้าอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน ระดับคะแนนที่ใช้เป็นเกณฑ์วัดระดับความซึมเศร้า มี 4 ระดับดังต่อไปนี้ ค่าคะแนนปกติในคนไทยสูงอายุเท่ากับ 0 - 12 คะแนน ภาวะความซึมเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 13-18 คะแนน ภาวะความซึมเศร้าปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน ภาวะความซึมเศร้ารุนแรงเท่ากับ 25-30 คะแนน

3. **แบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง** ผู้ศึกษาได้นำเอาแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale) (Rosenberg, 1965) ที่เขาลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) (ภาคผนวก ข) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มาใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการศึกษาครั้งนี้ โดยข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ และข้อความทางลบ 5 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คือ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 10-20 คะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 21-30 คะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 31-40 คะแนน

4. แบบบันทึกความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้ศึกษา เป็นแบบบันทึกบันทึกสถานการณ์ระหว่างการบำบัด เกี่ยวกับคำพูด เนื้อหา การระลึกความหลังในแต่ละครั้งของการบำบัด พฤติกรรมความสนใจ สีหน้าท่าทางการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการศึกษา (ภาคผนวก ข)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาตระหนักถึงจริยธรรมในการศึกษาวิจัย และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นก่อนดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูล โครงการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อน และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษานำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการศึกษา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลา วิธีเข้าร่วมในการศึกษา และประโยชน์ของการศึกษาต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรม จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะออกจากการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาก่อนที่โปรแกรมการศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องใช้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษา จึงจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และการระลึกความหลัง จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ตำรา เอกสาร คู่มือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

1.2 การเตรียมก่อนเก็บข้อมูล ผู้ศึกษานำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

1.3 การเตรียมผู้ศึกษา ผู้ศึกษาได้รับการฝึกปฏิบัติในคลินิกเกี่ยวกับการบำบัดด้วยวิธีระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุและเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหน่วยงาน

1.4 การเตรียมผู้ช่วยผู้ศึกษา การศึกษาครั้งนี้มีผู้ช่วยผู้ศึกษา เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 คน โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการศึกษา แบบสัมภาษณ์ ข้อคำถามและวิธีการจดบันทึก เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

1.5 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือยื่นต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อออกหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอพานทอง และหัวหน้าสถานีอนามัย เพื่อขอความร่วมมือเข้าไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

1.5 ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่สร้างขึ้นโดยนิพนธ์ พวงรินทร์และคณะ (2537) ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติจำนวน 5 คน ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษากลับนี้โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างนั้นผู้ศึกษาถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น หลังจากนั้นก็ทำการศึกษาตามขั้นตอน

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้ศึกษาดำเนินการบำบัดโดยใช้ โปรแกรมระลึกความหลังของปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ โปรแกรมการบำบัด 6 ครั้งๆละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังบำบัดครบ 6 ครั้งอีก 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2) ระลึกความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปบททวนสิ่งที่ได้รับ

2.2 ระยะติดตามประเมินผล 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการบำบัดครบ 6 ครั้ง เพื่อประเมินผลการบำบัดตามโปรแกรม

3. การประเมินผล ในการศึกษาแบ่งการประเมินผลออกเป็นดังนี้

3.1 การประเมินผลระหว่างการบำบัดในแต่ละครั้ง ตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมระดับความหลังแบบรายบุคคล

3.2 ประเมินผลจากระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนการบำบัด หลังบำบัดและในระยะติดตามผล จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย (TGDS) ของนิพนธ์ พวงรินทร์และคณะ (2537) แบบสัมภาษณ์ของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg' S Self-Esteem Scale) (Rosenberg, 1965)

3.3 ประเมินเนื้อหาการระลึกความหลังของผู้สูงอายุ จากแบบบันทึกสถานการณ์ระหว่างการบำบัด และแบบบันทึกความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้

3.4 ประเมินความเป็นไปได้และผลของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยการตีความและสรุปประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่

1.2 คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะก่อนการศึกษา หลังการศึกษา และระยะติดตามผล วิเคราะห์การแจกแจงความถี่

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ข้อมูลจากแบบบันทึกสถานการณ์ระหว่างการบำบัดเกี่ยวกับเนื้อหาการระลึกความหลังในแต่ละครั้งของการบำบัด การสังเกตพฤติกรรมความสนใจ สีนัยท่าทางการแสดงออกของผู้สูงอายุ นำมาทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2.2 ข้อมูลจากแบบบันทึกความเป็นไปได้และผลของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ

ผู้สูงอายุในชุมชน วิเคราะห์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมและความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรม
ระลึกความหลังมาใช้ ในหัวข้อกลุ่มเป้าหมายการระลึกถึงความหลัง รูปแบบของโปรแกรมระลึก
ความหลัง กลยุทธ์การบำบัด ระยะเวลา ผู้บำบัดและปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลอย่างมีรูปแบบ โดยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์และเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลัง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกความหลังมาใช้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากตาราง 1 พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 5 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 3 คน เพศชายจำนวน 2 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65 – 69 ปี จำนวน 2 คน อายุ 75 – 79 ปี จำนวน 2 คน อายุ 70 – 74 ปีจำนวน 1 คน สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 3 คน หม้าย จำนวน 2 คน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 5 คน รายได้อยู่ระหว่าง 1,0001 – 3,000 บาท จำนวน 2 คน รายได้ต่ำกว่า 1,000 จำนวน 1 คน รายได้ 3,0001 – 6,000 บาทจำนวน 1 คน รายได้ 6,001 บาทขึ้นไปจำนวน 1 คน ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการประกอบอาชีพจำนวน 3 คน และจากบุตรหลานจำนวน 2 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ ส่วน

ใหญ่มีสมาชิก 1-2 คน จำนวน 2 คน สมาชิกในครอบครัว 3-4 คน จำนวน 2 คน และสมาชิก 5-6 คน จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวแยกเป็นเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน จำนวน 2 คน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปวดหัวเข่า จำนวน 2 คน และเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 คน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษารายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากผู้สูงอายุ โรคประจำตัว (n = 5)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 5)
เพศ	
ชาย	2
หญิง	3
อายุ (ปี)	
65 – 69	2
70 – 74	1
75 – 79	2
สถานภาพสมรส	
คู่	3
หม้าย	2
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	5
รายได้ (บาท)	
ต่ำกว่า 1,000	1
1,0001 – 3,000	2
3,0001 – 6,000	1
6,001 บาทขึ้นไป	1
แหล่งที่มาของรายได้	
การประกอบอาชีพ	3
บุตร – หลาน	2

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ โรคประจำตัว (n = 5) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 5)
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ (คน)	
1 – 2	2
3 – 4	2
5 – 6	1
โรคประจำตัว	
ความดันโลหิตสูง	1
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	1
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม	3

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้ามก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการระลึกถึงความหลัง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการ ระลึกถึงความหลังทันที พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 5 คน และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 คน ยังคงมีคะแนน ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าคะแนน / ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระดับความหลัง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ จำแนกเป็นรายบุคคล (n = 5)

คนที่	คะแนน / ระดับภาวะซึมเศร้า (n=5)		
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์
1	23 (ระดับปานกลาง)	18 (ระดับเล็กน้อย)	18 (ระดับเล็กน้อย)
2	21 (ระดับปานกลาง)	16 (ระดับเล็กน้อย)	16 (ระดับเล็กน้อย)
3	22 (ระดับปานกลาง)	18 (ระดับเล็กน้อย)	17 (ระดับเล็กน้อย)
4	24 (ระดับปานกลาง)	18 (ระดับเล็กน้อย)	17 (ระดับเล็กน้อย)
5	22 (ระดับปานกลาง)	17 (ระดับเล็กน้อย)	16 (ระดับเล็กน้อย)

คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน ระดับต่ำจำนวน 2 คน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการระลึกความหลังทันที พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 คน ยังคงมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าคะแนน/ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลัง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ จำแนกเป็นรายบุคคล (n = 5)

คนที่	คะแนน / ระดับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (n=5)		
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์
1	23 (ระดับปานกลาง)	27 (ระดับปานกลาง)	29 (ระดับปานกลาง)
2	23 (ระดับปานกลาง)	28 (ระดับปานกลาง)	28 (ระดับปานกลาง)
3	24 (ระดับปานกลาง)	27 (ระดับปานกลาง)	28 (ระดับปานกลาง)
4	19 (ระดับต่ำ)	26 (ระดับปานกลาง)	27 (ระดับปานกลาง)
5	20 (ระดับต่ำ)	27 (ระดับปานกลาง)	28 (ระดับปานกลาง)

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล

ผลการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล สำหรับการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็นผลของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกความหลังมาใช้ 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกถึงความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกถึงความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปบททวนสิ่งที่ได้รับ มีดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า

ผู้ศึกษาชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมการระลึกความหลังในครั้งนี้ พร้อมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าควบคู่กับการอธิบายการใช้สมุดบันทึกประจำตัวผู้สูงอายุ ที่ประกอบไปด้วยใบความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าคืออะไร ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาการ การรักษาภาวะซึมเศร้าแบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมจึงประเมินผลอีก และให้ผู้สูงอายุทดลองบันทึกแบบสังเกตภาวะซึมเศร้าด้วย ซึ่งสามารถสรุปแยกรายบุคคล ตามตาราง 4, 5, 6, 7 และตาราง 8 (ภาคผนวก ค)

สรุปกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 40-45 นาที สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ศึกษากับผู้สูงอายุเป็นไปด้วยดี จากการสังเกตท่าทางพฤติกรรมที่แสดงออกขณะระลึกความหลัง ผู้สูงอายุสนใจพูดคุยซักถามประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมการระลึกความหลัง และสามารถบอกได้ถึงอาการของภาวะซึมเศร้า วิธีลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

ผลการศึกษาพบว่า

1. สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง คิดว่าตนเองสุขภาพไม่ดี สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสังคมไม่ดี การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และฐานะทางเศรษฐกิจ
2. อาการและอาการแสดง เช่น มึนงง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อารมณ์ไม่สดชื่น วิตกกังวลง่าย โกรธง่าย เครียด นอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ดำหนดตนเองรู้สึกผิด ไร้ค่า
3. การปรับแก้ไขตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ใช้วิธีการอ่านหนังสือธรรม การนั่งสมาธิ และสวดมนต์ไหว้พระ

ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้

การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ควบคู่กับการอธิบายการใช้สมุดบันทึกประจำตัวผู้สูงอายุ ที่ประกอบไปด้วยใบความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าคืออะไร ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาการ การรักษาภาวะซึมเศร้า ในกิจกรรมนี้พบว่าใบความรู้มีตัวหนังสือเล็กเกินไปมีเนื้อหาที่ละเอียด ผู้สูงอายุอ่านแล้วไม่ค่อยเข้าใจคิดว่ายากเกินไป เอกสารความรู้ไม่น่าสนใจทั้งในเรื่องเนื้อหาวิชาการและรูปแบบการนำเสนอ ผู้บำบัดต้องศึกษาเนื้อหาและรายละเอียดการใช้คู่มือมาเป็นอย่างดี จึงจะสามารถอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย

แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ตามโปรแกรมระดับความหลังแบบรายบุคคลมี ผลดี คือ ผู้สูงอายุสามารถบันทึกรายละเอียด การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบวกและด้านลบของตัวเองตลอดระยะเวลาที่อยู่ในช่วงการบำบัด และสามารถนำแบบสังเกตภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองมาประเมินตนเองได้เป็นช่วงๆ ผู้บำบัดได้ทราบและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ข้อจำกัด คือผู้สูงอายุจะบันทึกรายละเอียดได้ไม่ครอบคลุม ส่วนหนึ่งมาจากผู้สูงอายุบางคนเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้จดบันทึกอย่างต่อเนื่อง แต่ก็มีผู้สูงอายุบางคนปรับเปลี่ยนวิธีการบันทึกโดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นคนบันทึกแบบสังเกต ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้

ครั้งที่ 2 ระดับถึงความหลังในวัยเด็ก

ในกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นความทรงจำด้านบวกในวัยเด็ก โดยการนำรูปภาพที่เตรียมไว้เกี่ยวกับความทรงจำในวัยเด็กให้ผู้สูงอายุดู ประกอบไปด้วยภาพทุ่งนา ภาพการเล่นของเด็ก ภาพการเดินทางในสมัยก่อน ภาพควายไถนา ซึ่งแต่ละภาพจะเป็นภาพที่แสดงความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านสติปัญญาและทางด้านร่างกาย ที่อยู่ในขั้นที่มีความต้องการที่จะทำอะไรอยู่เสมอไม่คอยว่าง หรืออยู่เฉยๆ เด็กวัยนี้จะภูมิใจว่าทำอะไรได้ ขยัน ใฝ่ความพยายามอย่างมากและเมื่อรับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะให้ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และให้ผู้สูงอายุเลือกภาพที่สามารถบอกเล่าเรื่องราวต่างๆเกี่ยวกับวัยเด็กของผู้สูงอายุได้ โดยเนื้อหาของการระลึกความหลังทั้งด้านบวกและด้านลบ เช่น

ตัวอย่างความรู้สึกด้านบวก

“ถ้าถึงฤดูเกี่ยวข้าวพวกเด็กๆจะชอบมาก ได้มาเจอกันที่ท้องนา วิ่งเล่นเด็กๆ ผู้ชายก็จะช่วยกันเหลาไม้มาทำโครงว่าว วิ่งเล่นกันสนุกมาก” (คนที่ 1)

“เห็นรูปของเล่นเด็กแล้วคิดถึงตอนไปเที่ยวสวนสนุกกับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน สนุกมากๆที่สุดในชีวิต ลืมแก่ ดีใจที่ได้มาพบคนรุ่นเดียวกัน รุ่นอายุได้มากจาก 69ปีเหลือ 30 ปี พอใจที่สุดในชีวิต ที่ได้มากับคนวัยเดียวกัน กระชุ่มกระชวยมาก” (คนที่ 2)

“กลับจากโรงเรียนแล้วต้องมาเฝ้าฝูงควายที่กินหญ้าในทุ่งนา พวกเด็กก็จะเล่นมอญ ช่อนผ้ากัน ได้วิ่งรอบวงสนุกมาก” (คนที่ 3)

“ภูมิใจตัวเอง ที่ได้ทำงานช่วยเหลือครอบครัว ช่วยแม่เลี้ยงน้อง ทำงานบ้านทุกอย่าง” “น่าจะเตรียมรูปภาพทำขนมไทยมาด้วย เพราะชอบทำขนมตั้งแต่เด็กๆ” (คนที่ 4) ผู้ศึกษาได้สะท้อนความรู้สึกของผู้สูงอายุในการทำขนมไทย และภาพที่ผู้สูงอายุนึกถึงแล้วรู้สึกดี สร้างความภาคภูมิใจให้ตนเองได้

ตัวอย่างความรู้สึกด้านลบ

“เคยมากับลูกๆหลานๆ ไม่เห็นสนุกอย่างนี้เลย มันให้นั่งเฝ้าของหรือบางทีลูกๆไปเที่ยวกันหมด ให้เราอยู่บ้านคนเดียว” (คนที่ 2) ผู้ศึกษาสะท้อนความรู้สึกเมื่อต้องอยู่บ้านคนเดียวช่วยเหลือโดยการปรับแนวคิดว่าการอยู่บ้านเป็นการดูแลและมั่งคั่งของต่างๆเพื่อมิให้สูญหาย และหากเหงาควรมีการออกไปพบปะพูดคุยกับคนอื่นบ้างอาจหาวิธีการคลายเครียดเช่น ออกกำลังกาย ดูทีวี

“รู้สึกชีวิตตัวเองลำบาก ต้องทำงานตั้งแต่เด็กเพราะพ่อเสียตั้งแต่อายุได้ 5 ขวบ ต้องช่วยทำงานบ้านทุกอย่าง ไม่ได้เล่นหรือ ต้องเลี้ยงน้องอีกคน น้องชายทั้งชน ทั้งคือ เวลาเขาไม่ถูกใจ ก็จะไปฟ้องแม่ ฟ้องย่ำว่าแกล้งเขา เราก็คจะถูกทำโทษ” (คนที่ 4) ผู้ศึกษาจึงทวนซ้ำ “รู้สึกชีวิตตัวเองลำบาก” เพื่อให้ผู้สูงอายุสำรวจและรับรู้ความคิดตนเองเพื่อจะขยายประเด็น ผู้สูงอายุบอกเล่าว่า “ต้องทำงานทุกอย่างที่บ้านอยู่กันหลายคน เหมือนงสทำงานอะไรที่ ต้องช่วยกันทำหมด” ผู้ศึกษาจึงกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจ ผู้สูงอายุมีท่าทีสดชื่น มีรอยยิ้ม “รู้สึกภาคภูมิใจเหมือนกัน เพราะเราก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยงสตั้งแต่เด็กๆ” (คนที่ 4) ในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษาได้สะท้อนความรู้สึก (reflecting skills) ของผู้สูงอายุในเรื่องความภาคภูมิใจในวัยเด็ก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงความรู้สึก และเรื่องราวของตนเองได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ได้ใช้ทักษะในการตีความหมาย (interpreting skills) ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่มุมต่างๆ อย่างกระจ่างและเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักในตนเองช่วยให้ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง และมองเห็นความสามารถของตัวผู้สูงอายุเองจนเกิดเป็นความภาคภูมิใจ

“ถึงจะถูกทำโทษ ไปโรงเรียนช้า แต่ก็สนุกนะเพราะไม่มีเวลาได้เล่นเหมือนเด็กคนอื่นเขา เวลาไล่ต้อนเปิดเลยทำเป็นจิ้งมีากันกล้วย สนุกมาก ได้ทำงานด้วย ได้เล่นด้วย” (คนที่ 5) ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดที่เป็นประสบการณ์วัยเด็กที่คับข้องใจ โดย

ลองให้ประเมินเหตุการณ์นั้นในแง่ใหม่ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ช่วยให้วิกฤตตรงนั้นผ่านไปได้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความคิดไปในทางการรับรู้ที่ดีขึ้น “

สรุปการระลึกความหลังในวัยเด็ก

ผู้ศึกษาสังเกตท่าทางพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้สูงอายุขณะระลึกความหลัง ผู้สูงอายุทุกรายแสดงออกถึงความรู้สึกมีความสุขและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ เช่น การยิ้ม หัวเราะ ท่าทางเอนกาย เล่าเรื่องความหลังด้วยสีหน้าที่อิ่มเอมใจ ใบหน้าเป็นรอยยิ้ม กระตือรือร้นที่จะเล่าให้ผู้ศึกษาฟังอย่างตั้งใจ ในกิจกรรมครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีการใช้เทคนิคการสื่อสารต่างๆ เช่น การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นความคิดความรู้สึก เทคนิคการฟังอย่างมีส่วนร่วมและด้วยความเข้าใจ เทคนิคการถามนำเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสะท้อนความรู้สึก เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณศึกษารับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุ เทคนิคการตีความหมาย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่บวกต่างๆ อย่างกระจ่างและเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักในตนเองช่วยให้ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง และมองเห็นความสามารถของตัวเอง ผู้สูงอายุเองจนเกิดเป็นความภาคภูมิใจ และการสรุปความเพื่อปิดการระลึกความหลัง

ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้

เนื้อหาและขั้นตอนการบำบัด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง

อุปกรณ์และเครื่องมือ ที่นำมาเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดคือรูปภาพ ประกอบไปด้วยภาพทุ่งนา ภาพการละเล่นของเด็ก ภาพการเดินทางในสมัยก่อน ภาพควายไถนา ซึ่งแต่ละภาพจะเป็นภาพที่แสดงความสัมพันธ์กับระยะพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและด้านร่างกาย ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่ส่งผลต่อการบำบัด สร้างความสนใจให้ผู้สูงอายุและให้ความร่วมมือในการระลึกความหลังได้เป็นอย่างดี แต่ถ้ามารเตรียมแผ่นภาพที่ไม่ตรงใจหรือความต้องการของผู้สูงอายุ ภาพที่เตรียมก็จะใช้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ผู้สูงอายุจะเกิดอาการชะงัก ไม่สามารถนึกหรือระลึกความหลังได้

ครั้งที่ 3 การระลึกความหลังวัยในรุ่น

กระบวนการตามโปรแกรมระลึกความหลังในวัยรุ่น นำเสนอในเรื่องวัตถุประสงค์ของการศึกษา เนื้อหาการระลึกความหลัง กลยุทธ์ เทคนิค ทักษะที่ใช้และสรุปผลการบำบัดดังนี้

การระลึกความหลังในวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นความทรงจำด้านบวกในวัยรุ่น ผู้ศึกษาให้ผู้สูงอายุพูดคุยถึงเพลงที่ชื่นชอบในอดีตในช่วงวัยรุ่น 1-2 เพลง เนื้อหาของเพลงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ มองเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งในวัยรุ่นจะเริ่มมีความคิดแบบผู้ใหญ่ในการที่จะประกอบอาชีพอะไรต่อไป จริงจังในการคบเพื่อนและมีอุดมการณ์ มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว มั่นใจ

ในตนเอง บางคนต้องการมีคนรักเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งจะเป็นการช่วยให้ตนเข้าใจและรู้ว่าตนคือใครได้ชัดเจนขึ้น โดยแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

ตัวอย่างความรู้สึกด้านบวก

“ชอบฟังเพลงสวรรค์บ้านทุ่ง เนื้อหาเพลงความหมายดี พอนึกถึงแล้วรู้สึกมีความสุข”
“เพลงมนต์รักลูกทุ่ง นึกถึงบรรยากาศท้องนาบ้านเรา ที่มีเพื่อนๆในวัยรุ่นไปจับสาว มองไปทางไหนก็สดชื่น มีการลงแขกช่วยกันเกี่ยวข้าว คิดถึงเวลาทำนา เคยหาบกล้าในท้องนา 400 กำภูมีใจนะได้ช่วยพี่สาวด้วย รู้สึกสนุก ทำนาไถนา เกี่ยวข้าว” (คนที่ 1)

“ชอบฟังเพลงสาวสวนแตง..โดยเฉพาะตรงเนื้อหาหากพี่กลับมาซื้อผ้าตา ฟ้าฟากน่องบ้างเนื้อ อย่าให้คอยเก้อ อยากมีเสื้อใหม่ อย่าพาหญิงงามกลับมาหายนน้ำใจ หากพามาได้ แต่อย่าให้สวຍเกินฯ” “พอฟังแล้วนึกถึงสมัยที่เราเป็นสาว ๆ หนุ่ม ๆ ต่าง ๆ อำเภอรอบซื้อผ้าถุงเป็นลาย ๆ มาฝาก” (คนที่ 2) ผู้ศึกษาสังเกตว่าขณะที่ผู้สูงอายุเล่าเรื่องจะแสดงสีหน้ายิ้มแย้มมีความสุข จึงให้กำลังใจกล่าวชื่นชมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ในสิ่งที่ดีที่ผ่านมาในชีวิต เช่นการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวได้ทำงานร่วมกันทำให้ประสบความสำเร็จ

ตัวอย่างความรู้สึกด้านลบ

“ทำนาเหนื่อยเหนื่อยมาก แต่นึกถึงแล้วมีความสุข ไม่มีขโมย มีไปลงแขกเกี่ยวข้าวกันกับเพื่อนๆ บางทีไปเอาแรงช่วยสาว ๆ อีกฝั่งตำบล ต้องไปกันตั้งแต่ตี 3 ตี 4 กว่าเสร็จ ก็มีด” (คนที่ 1) ผู้ศึกษาสะท้อนความรู้สึกว่า แม้บางครั้งจะเหนื่อยแต่ผู้สูงอายุกลับรู้สึกมีความสุขที่ได้ไปลงแขกเกี่ยวข้าวกับเพื่อนๆ รวมถึงได้ไปเอาแรงช่วยสาว ๆ อีกฝั่งตำบลเกี่ยวข้าว ซึ่งเป็นการแสดงถึงการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนๆ ในความสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น

“เดี๋ยวนี้ไม่ได้ไปไหนเลย อายุมากแล้ว ไม่มีความสามารถอะไร ไปทำอะไรกับคนอื่น ๆ ก็กลัวเขาจะมองว่าทำอะไรไม่รู้เรื่อง” ผู้ศึกษาสังเกตว่าขณะที่ผู้สูงอายุเล่าจะแสดงสีหน้าสลดลง แววตาเหม่อลอย น้ำเสียงเบาเครืออยู่ในลำคอ ผู้ศึกษาได้ทวนซ้ำข้อมูล “รู้สึกตัวตัวเองอายุมากแล้ว ไม่มีความสามารถ กลัวคนอื่น ๆ จะมองว่าทำอะไรไม่รู้เรื่อง” (คนที่ 1) จากนั้นสะท้อนความรู้สึกของผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองอายุมากแล้วไม่มีความสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับคนอื่น ๆ แต่จากการสอบถามทราบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องสมุนไพร จึงได้พูดคุยถึงลักษณะ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำร่วมกับคนอื่น ๆ ในชุมชนได้ เช่นชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่สามารถนำความรู้เรื่องสมุนไพรไปแบ่งปันให้เพื่อนๆสมาชิกในชมรมได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่มุมต่าง ๆ อย่างกระจ่างและเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ได้ตระหนักในตนเองช่วยให้ได้ภาพพจน์ใหม่เกี่ยวกับตนเอง

“เพลงขึ้นหมากมาแล้ว ร้องเพลงนี้แล้วเศร้าใจ คิดถึงสมัยก่อน ยากจน ต้องทำงานทุกอย่าง ทั้งทำนาตัวเอง ไปรับจ้างเก็บเงินไว้” ผู้ศึกษาจึงใช้ทักษะการให้กำลังใจเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่น และช่วยให้คลายเครียดระหว่างการระลึกถึงความหลัง

“ชอบเพลงค่าน้ำนมของ สมยศ ทศนพันธ์ ฟังเพลงนี้หรือคิดถึงที่ไรอยากร้องให้ทุกที” ผู้ศึกษาจึงทวนซ้ำคำพูด “ฟังเพลงค่าน้ำนมแล้วอยากร้องให้ทุกทีหมายความว่าอย่างไร” ผู้สูงอายุกล่าวว่า “สมัยเราไม่เคยเลยที่จะเถียงพ่อแม่ คิดเสมอว่าบุญคุณของแม่ น้ำนมแม่ พ่อแม่เลี้ยงลูกจนโตเป็นผู้ใหญ่ ทำงานดีทุกคน แต่เวลาลูกจะเถียงคุณแม่นั้น เดียวนี้ลำบากเหลือเกิน ลูกๆไม่ค่อยมีเวลาดูแล พุดคุยกับแม่ เวลาพุดกับคนอื่นพุดดีเหลือเกิน แต่เวลาพุดกับแม่ ตะคอก บางครั้งเหมือนไม่เต็มใจ เหมือนเสียเวลาทำงาน พอเวลาวันแม่ที่ได้ยินเพลงนี้ที่ไร คิดถึงตัวเองจริงๆ ไม่รู้ว่าลูกๆ เขาจะคิดถึงหรือเปล่า” ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกและแสดงออกถึงอารมณ์ลึกๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสบายใจ และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและมีแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ตัวอย่างเช่น “เราเป็นแม่ก็ไม่อยากรบกวนเขา เห็นลูกๆ กลับจากทำงานมาเหนื่อยๆ ก็อยากให้เราได้พักผ่อน” “เตรียมอาหารไว้ให้ลูกทุกคน เขาทำงานเหนื่อยจะได้ไม่ต้องลำบากเรื่องอาหารการกิน” ผู้ศึกษาจึงกล่าวชมเชย “ลูกๆ ทุกคนคงรู้สึกภาคภูมิใจและรักแม่ของเขามากที่ทำทุกอย่างเพื่อลูกๆ” (คนที่ 4)

“เพลงสาวนาคอยคู่ เหมือนสาวท้องทุ่งท้องนาอย่างเราๆ ฝ้ายคอยรักแท้ แต่ก็เจอนะ คิดถึงที่ไร มีความสุข คิดถึงชีวิตเดิมๆ กลับคืนมาโดยเฉพาะความหลังด้านความรัก รู้สึกสมหวังกับชีวิต ขยายแต่งงานกับตารักกันดีแต่น่าเสียดายตามาเสียไปก่อนยายเร็วเหลือเกิน” ผู้ศึกษาจึงสะท้อนความรู้สึกมีความสุขความสมหวังในชีวิตคู่ และช่วยในการประเมินคุณค่าของชีวิตที่ผ่านมาที่มีความหมายดี มีคุณค่าซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป (คนที่ 5)

สรุปการระลึกความหลังในวัยรุ่น

สรุปกิจกรรมการระลึกความหลังวัยรุ่น ใช้เวลาในแต่ละครั้ง 40-45 นาที ผู้สูงอายุจะรู้สึกมีความสุขเมื่อนึกถึงเพลงที่ตนเองชื่นชอบ แต่บางคนจะนึกไม่ออกในตอนแรกต้องกระตุ้นความทรงจำ ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้ศึกษาได้ใช้ทักษะต่างๆ ในการระลึกถึงความหลัง เช่น ทักษะในการฟัง ทักษะในการสะท้อน ทักษะในการตีความหมาย ทักษะในการให้กำลังใจ ทักษะในการสังเกต การทวนซ้ำ

ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้

เนื้อหาและขั้นตอนการบำบัด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง

กลยุทธ์ การใช้เพลงเป็นสื่อให้ผู้สูงอายุพูดคุยถึงเพลงที่ชื่นชอบในอดีต ในช่วงวัยรุ่น 1–2 เพลง โดยเนื้อหาของเพลงจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ มองเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งในวัยรุ่นจะเริ่มมีความคิดแบบผู้ใหญ่ในการที่จะคาดหวังในเรื่องอาชีพ ความจริงจังในการคบเพื่อนการมีอุดมการณ์ มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว มีความมั่นใจในตนเอง บางคนเริ่มมีคนรักเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งจะเป็นการช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจและรู้ว่าตนคือใครได้ชัดเจนขึ้น โดยแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบผ่านเพลงที่เลือกนั้น พบว่ามีผู้สูงอายุบางคนใช้ระยะเวลาในการคิดหรือเลือกเพลงที่ตนเองชื่นชอบ มีผู้สูงอายุบางคนนึกชื่อเพลงไม่ออกรู้แต่เนื้อหาว่าเป็นไปในลักษณะแบบที่ตนเองต้องการ ผู้บำบัดต้องช่วยในการคิดชื่อเพลงให้สอดคล้องกับเนื้อหาของเพลงที่ผู้สูงอายุคิดได้ และมีผู้สูงอายุบางรายคิดชื่อเพลงและมีการร้องให้ผู้บำบัดฟังด้วยท่าทางที่มีความสุข นอกจากนี้ในกิจกรรมครั้งนี้มีการปรับเปลี่ยนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยด้วยจำนวน 2 ราย

ครั้งที่ 4 การระลึกถึงความหลังวัยผู้ใหญ่

กิจกรรมครั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้มีการย้อนคิดและระลึกถึงความหลังในวัยสูงอายุโดยดูรูปภาพที่ตนประทับใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในความสามารถและความภาคภูมิใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเป็นมาของชีวิตตนเองที่เกิดขึ้น เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งเริ่มที่จะรู้จักตนเองว่ามีจุดมุ่งหมายในชีวิตอย่างไร พร้อมทั้งจะมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศในฐานะเพื่อนสนิทที่จะเสียสละให้กันและกันได้ เห็นใจกันโดยไม่เห็นแก่ตัว มีความคิดตั้งตนเป็นหลักฐาน สนใจที่จะแต่งงานมีบ้านและสร้างครอบครัวของตนเอง พร้อมทั้งจะให้ความรู้ สั่งสอนและเป็นห่วง เพื่อที่ปลูกฝังให้คนรุ่นหลังเป็นคนดีต่อไป ตัวอย่างความรู้สึกด้านบวกและด้านลบที่ผู้สูงอายุ

ตัวอย่างความรู้สึกด้านบวก

“เลือกภาพครอบครัวรูปนี้เพราะดูแล้วมีความสุข ได้เห็นความสำเร็จของลูกๆ” “คิดถึงชีวิตครอบครัวที่มีความสุข ลูกทั้ง 2 คนเลี้ยงง่าย มีหน้าที่การงานมีชีวิตครอบครัวที่ดี” “คิดถึงตอนที่ลูกยังเด็กๆ ถึงแม้จะลำบากต้องทำงานหนัก ทำนา ทำสวน รับจ้าง ทำทุกอย่างเพื่อให้ได้เงินมาเลี้ยงลูกๆ เรียนจบแล้วมีงานทำที่มั่นคง” (คนที่ 1) ผู้ศึกษาสะท้อนความรู้สึกภาคภูมิใจ เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่สามารถสร้างครอบครัว และเลี้ยงดูบุตรจนประสบ

“เคยได้รับเกียรติบัตรแม่ดีเด่นประจำโรงเรียนที่ลูกเรียนอยู่” “รู้สึกภูมิใจมากที่ช่วยกันกับพ่อของลูกทำงานทุกอย่างส่งเสียลูกให้ได้เรียนสูงๆ พอลูกจบก็ได้ทำงานในบริษัทที่มั่นคง จนปัจจุบันมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่ดี” (คนที่ 2) ผู้ศึกษาได้สะท้อนความรู้สึกภาคภูมิใจเพิ่มค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้กับลูกๆ จนได้รับเกียรติบัตรที่น่าภาคภูมิใจ

“เลือกภาพครอบครัว คุณแล้วคิดถึงตั้งแต่เริ่มสร้างครอบครัวมา สร้างเนื้อสร้างตัวด้วยลำแข้งของเรา จนประสบความสำเร็จที่ทำให้ภาคภูมิใจ ลูกๆก็ได้ดีทุกคน” “ลูกๆทุกคนมีอาชีพเราก็ดีใจที่เขามีวิชาหากินได้ รู้สึกภูมิใจที่ลูกเราดีกว่าลูกคนอื่น เรามานะส่งเสียลูกให้เรียนบ้านอื่นๆเขาให้ลูกทำนากันหมด ไม่นิยมให้เรียน ตอนหลังปลูกบ้านใหม่ ก็ลูกๆทำงานได้ก็มาช่วยๆกัน รู้สึกภูมิใจมาก” ผู้ศึกษาจึงใช้ทักษะในการให้กำลังใจ (reassuring skills) ชื่นชมผู้สูงอายุที่สามารถสร้างครอบครัวที่มั่นคงและสามารถดูแลบุตรให้เรียนหนังสือจนจบมีการงานอาชีพที่มั่นคง เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และความภาคภูมิใจแก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

“รูปภาพครอบครัว ดูแล้วมีความสุขเห็นความสำเร็จของลูกๆ” “คิดถึงชีวิตครอบครัวที่มีความสุข ลูกๆทุกคนเลี้ยงง่าย มีหน้าที่การงาน มีชีวิตครอบครัวที่ดี” (คนที่ 4) ผู้ศึกษาจึงสะท้อนความรู้สึกความภาคภูมิใจที่ผู้สูงอายุมีต่อลูกๆที่เป็นคนดีและชื่นชมผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีให้ลูกๆยึดถือปฏิบัติตาม

ตัวอย่างความรู้สึกด้านลบ

“ไม่มีใครสนใจฉันเลย พอเข้ามาลูๆ ก็ไปทำงานกันหมด จะบอกจะพูดคุยเขาก็ไม่มีเวลา ตอนเย็นก็กลับมิด เขาบอกเหนื่อยแล้วขอพักผ่อน เอาไว้คุยกันวันหยุด พอถึงวันหยุดเขาก็พาครอบครัวเขาไปเที่ยวกัน” “จะมีใครสนใจไหมว่าพ่อป่วยเป็นโรคความดันสูง ต้องไปหาหมอทุกเดือน ต้องกินยาเป็นกำๆ” (คนที่ 1) ผู้ศึกษาสังเกตว่าขณะที่ผู้สูงอายุเล่าสีหน้าสลดลง แววตาเหม่อลอย น้ำเสียงเบาเครืออยู่ในลำคอ จึงสะท้อนความรู้สึกของผู้สูงอายุ “คุณตาคิดว่าลูๆไม่สนใจที่จะพูดคุยด้วยและไม่สนใจในสุขภาพของคุณตาคือความว่อย่างไระคะ” และทวนซ้ำข้อมูลย้อนกลับโดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิด ความจำโดยไม่มีการเพิ่มเติมความคิดของผู้ศึกษา “ไม่มีใครสนใจไม่มีเวลาพูดคุย วันหยุดเขาพาครอบครัวเขาไปเที่ยวกัน อาการป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่รวมถึงการที่ต้องไปพบแพทย์ต่อเนื่องและการรับประทานยา” เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สำรวจความคิดของตนเอง และสามารถตีความหมายเพิ่มเติมในประเด็นความคิดของผู้สูงอายุว่าไม่มีใครสนใจดูแล รวมถึงการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งสามารถช่วยให้ตระหนักถึงความรู้สึกในแง่มุมต่างๆ และเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ได้ปรับเปลี่ยนความคิดเป็นไปในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง

“การได้รับใช้ชาติโดยได้เป็นทหารเกณฑ์ รู้สึกภูมิใจมาก ได้มีโอกาสในการฝึกฝนระเบียบวินัย ได้ตำแหน่งเป็นพลจัตมาอันดับแรกมีโอกาสมากกว่าเพื่อนๆทหารด้วยกัน คิดว่าตนเองมีโอกาสดีกว่าเพื่อนพลทหารด้วยกัน ได้ไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ สมัยนั้นไม่มีใครที่มีโอกาสได้ไปง่ายๆ ที่สำคัญไม่ต้องฝึกหนักแบบคนอื่นฯ” (คนที่ 3) ผู้ศึกษาจึงสะท้อนความรู้สึกภาคภูมิใจในการเป็นทหารได้รับใช้ชาติ

“สิ่งที่ทำให้พ่อแม่สบายใจที่สุดก็คือการได้เห็นลูกๆ มาพร้อมหน้าพร้อมตากัน มา นั่งคุยกัน มาทานข้าวด้วยกัน มีอะไรก็มาปรึกษาหารือกัน มีความสุข” (คนที่ 2) ผู้ศึกษาจึงสะท้อน ความรู้สึกเรื่องสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวและร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหาโดยการมุ่งเน้นใน ทางบวก เช่นมองส่วนดีที่ลูกๆ ที่แม้จะมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในบางเรื่อง แต่ลูกๆ ก็ไม่ทะเลาะ เบาะแว้งกัน ซึ่งผู้สูงอายุก็ยอมรับได้และบอกว่าจะมีวิธีการแก้ปัญหาอีกอย่างคือ สวดมนต์ไหว้พระ ทุกวัน ทำให้จิตใจสงบดี ลดความตึงเครียดได้

“รู้สึกกลุ่มใจ เดียวนี้เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร บางวันไม่อยากลุกขึ้นมา ทำงานบ้านแต่เช้า ทั้งๆ ที่ใจอยากจะลุกมาแต่ไม่มีแรงที่จะทำ ดูเหมือนมันอ่อนเพลียไปหมด ยิ่งมา เจอปัญหาลูกชายคนเล็ก ไม่มีงานทำที่เป็นหลักแหล่ง เดียวเข้าทำงานบริษัทนั้น ออกบริษัทนี้ ทำงานได้ก็ไม่มีเงินเหลือเก็บ ตอนนี้บางเดือนยังต้องให้เงินเขาใช้” (คนที่ 2) ผู้ศึกษาจึงสะท้อน ความรู้สึก และใช้ทักษะการทวนซ้ำในความรู้สึกและอาการของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในขณะนี้ เพื่อให้ ข้อมูลย้อนกลับโดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิด ความจำโดยไม่มีการเพิ่มเติมความคิดของผู้ศึกษา เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการสำรวจ รับรู้และเข้าใจความคิดของตนเอง ให้สามารถแก้ไขปัญหาและการ เผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุเลือกที่จะเข้าร่วมกลุ่มในชุมชนที่มี เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มี กิจกรรมทุกวันพระ จะได้มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจกัน การพูดคุยกับ เพื่อนบ้าน

“บางครั้งพ่อกับแม่อาจทำอะไรหรือพูดอะไรกับลูกรุนแรงไปบ้าง อาจทำให้ลูกไม่ พอใจบ้าง แต่ขอให้ลูกรู้ไว้อย่างหนึ่งว่าถึงอย่างไรพ่อกับแม่ก็ยังรักลูกอยู่เสมอ” (คนที่ 3) ผู้ศึกษาจึง ใช้ทักษะในการตีความหมาย (interpreting skills) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความรู้สึก การ กระทำหรือคำพูดที่ผ่านมาก็ได้ปฏิบัติกับลูกซึ่งจะเป็นแรงจูงใจที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เห็นคุณค่าและ ความภาคภูมิใจที่ลูกเป็นคนดีทั้งต่อพ่อแม่ ครอบครัวของลูกๆ และต่อสังคม

“มีลูกชายคนเล็กที่เกเร ไม่มีงานทำที่เป็นหลักแหล่ง เดียวเข้าทำงานบริษัทนั้น ออก บริษัทนี้ ทำงานได้ก็ไม่มีเงินเหลือเก็บ ตอนนี้บางเดือนยังต้องให้เงินเขาใช้” (คนที่ 4) เมื่อ ผู้สูงอายุพูดถึงลูกชายคนเล็กมีสีหน้าแววตาวิตกกังวลแฝงไว้ด้วยความซึมเศร้า ผู้ศึกษาใช้เทคนิคการ ทวนซ้ำเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับโดยเฉพาะข้อมูลเชิงความคิด และปรับเปลี่ยนแนวคิดเพื่อช่วยในการ เผชิญปัญหามุ่งเน้นในด้านบวก มองในความคิดของบุตรชายที่ไม่อยู่ห่าง พยายามหางานทำตลอด ถึงแม้จะต้องออกจากงานบ่อยก็ตาม

“ลูกชายไม่สนใจดูแลเอาใจใส่เหมือนก่อน” (คนที่ 4) ผู้ศึกษาจึงให้ผู้สูงอายุให้ความ กระจำในเรื่อง “คิดว่าลูกชายไม่สนใจเอาใจใส่เหมือนก่อน หมายความว่าอย่างไรคะ” “ตอนยัง ไม่แต่งงานก็สนใจดี ไปไหนก็ชวนแม่ไปด้วย แต่ตอนนี้เขาไปแต่ครอบครัวเขา ไม่ชวน คงเห็นว่า

แม่แก่แล้วเลยไม่อยากพาไปไหนด้วย” ผู้ศึกษาจึงพูดคุยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมองในทางด้านบวก คือ คิดในแง่ยึดหยุ่นมากขึ้น มองต่างมุมโดยมองให้กว้างๆมากขึ้น ได้แก่การมองเหตุและผล เช่น ใช้การเปรียบเทียบสถานการณ์ เช่น ให้เอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่คิดถึงตัวเองในแง่ลบ ซึ่งผู้สูงอายุได้กล่าวในตอนท้ายว่า “ยายก็เข้าใจลูกเขานะ ทำงานมาทั้งวันกลับมาบ้านก็เหนื่อยแล้ว ไหนจะต้องมาดูแลลูกอีกกำลังอยู่ในวัยชราเลย เวลาจะทานข้าวคงแทบไม่มี หัวถึงหมอนคงจะหลับไปเลย”

สรุปกิจกรรมการระลึกความหลังวัยผู้ใหญ่ ใช้เวลาในแต่ละครั้ง 40-45 นาทีผู้สูงอายุจะระลึกถึงเหตุการณ์ต่างๆทั้งด้านบวกและด้านลบผ่านภาพที่เลือกมาได้ สามารถปรับกระบวนการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน ขณะสนทนาผู้ศึกษาสังเกตสีหน้าและพฤติกรรมผู้สูงอายุ พบว่าสีหน้าและแวตจะยิ้มและหัวเราะ ที่บ่งบอกถึงความสุข ความสนุกสนาน ผู้ศึกษาใช้ทักษะต่างๆในการระลึกถึงความหลัง เช่น ทักษะในการฟัง ทักษะในการสะท้อนความรู้สึก ทักษะในการตีความหมาย ทักษะในการให้กำลังใจ ทักษะในการสังเกต การทวนซ้ำ นอกจากนี้มีการพูดคุยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมองในทางด้านบวก คือ คิดในแง่ยึดหยุ่นมากขึ้น มองต่างมุมโดยมองให้กว้างๆมากขึ้น ได้แก่การมองเหตุและผล เช่น ใช้การเปรียบเทียบสถานการณ์ เช่น ให้เอาใจเขามาใส่ใจเรา ไม่คิดถึงตัวเองในแง่ลบ และสรุปรวบรวมจากการพูดคุยในกิจกรรมครั้งนี้

ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมระลึกความหลังไปใช้

เนื้อหาและขั้นตอนการบำบัด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง

กลยุทธ์ ให้ผู้สูงอายุเตรียมรูปภาพที่ตนประทับใจ ผู้สูงอายุบอกเล่าถึงภาพแต่ละภาพที่เตรียมมา สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์และสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้สูงอายุทุกคน ที่มีทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบได้ ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ในความสามารถและความภาคภูมิใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเป็นมาของชีวิตตนเองที่เกิดขึ้น ซึ่งในช่วงวัยผู้ใหญ่เริ่มที่จะวางจุดมุ่งหมายในชีวิต พร้อมทั้งมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศในฐานะเพื่อนสนิท มีความคิดตั้งตนเป็นหลักฐาน สนใจที่จะแต่งงานมีบ้านและสร้างครอบครัวของตนเอง พร้อมทั้งให้ความรู้ สั่งสอนและเป็นห่วงเพื่อที่ปลูกฝังให้คนรุ่นหลังเป็นคนดีต่อไป ในกิจกรรมครั้งนี้มีการปรับเปลี่ยนโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยด้วยจำนวน 3 ราย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่ากลยุทธ์การใช้ภาพที่ประทับใจมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

ครั้งที่ 5 การระลึกความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา

กิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุนึกถึงความสุขและความสบายใจในการที่ตนได้มีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนา รับรู้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายกับตนเองอย่างไร และมีอะไรเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยผู้ศึกษานำรูปภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำบุญความเชื่อและศรัทธาของผู้สูงอายุให้ดูทีละภาพ ซึ่งผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกถึงอย่างมีความสุขด้วยตนเอง ซึ่งในชีวิตคนเราที่ผ่านมามีหลายอย่างที่ประทับใจ ได้ว่ามีชีวิตที่ดีและได้ทำดีที่สุด ทำประโยชน์และหน้าที่มาเต็มที่แล้ว ยอมรับว่าคนเราเกิดมาแล้วก็ต้องตาย ยอมรับสภาพร่างกายของตน ก็จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้ “ดูรูปภาพแล้ว รู้สึกอย่างไร สิ่งยึดเหนี่ยวในใจคืออะไร ถ้าให้นึกถึงการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนาที่ประทับใจ และเมื่อคิดถึงแล้วรู้สึกมีความสุข ความสบายใจมากที่สุด”

ตัวอย่างความรู้สึกด้านบวก

“ถ้ามีโอกาสก็จะไปทำบุญที่วัดทุกวันพระ ทำบุญ ฟังพระเทศน์แล้วสบายใจคิดว่า บางครั้งก็ไม่จำเป็นต้องไปทำบุญที่วัดหรอกนะ เราอาจทำบุญได้ในหลายๆแบบ การทำบุญแล้วได้รับผลบุญต่างกันนั้นเนื่องจากเจตนา” (คนที่ 1)

“รูปภาพวันนี้เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันมากที่สุด ทุกรูปมีความหมาย ดูรูปแล้วนึกถึงความสุขและความสบายใจ เช่นไปช่วยงานวัดในวันสำคัญต่างๆ เช่นวันพระ วันสงกรานต์ เมื่อก่อนไม่ชอบมาทำบุญที่วัด มีแต่เวลาทำมาากินดูแลครอบครัว ตอนหลังอายุมากขึ้นอยู่บ้านแล้วเหงา คิดฟุ้งซ่านเลยมาช่วยงานที่วัด ทำให้จิตใจเราสงบมากขึ้น” และในตอนท้ายผู้สูงอายุสรุปว่าในชีวิตของคนเราไม่มีอะไรแน่นอน ต้องทำบุญไว้”

“ถ้าจะให้ใจสงบมากขึ้น ก็ต้องไหว้พระ สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำจิตใจให้นิ่ง” “เราต้องทำเอง ไม่มีใครทำแทนเราได้ บุญกุศลเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องทำกันเอง” “ให้ละความชั่ว ให้ทำความดี ทำจิตใจให้ผ่องใส” (คนที่ 2) ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคต่างๆ ในกิจกรรมครั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกผูกพันกับเหตุการณ์ในอดีต เช่นการถามนำความรู้สึกทางบวกของผู้สูงอายุในรูปภาพที่เกี่ยวข้องกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การสะท้อนความรู้สึก (reflecting) เช่น “คุณตา รู้สึกมีความสุขใจ และสบายใจที่ทุกครั้งได้ทำบุญ”

“การมองเห็นความจริงเป็นสัจธรรมในชีวิต มองตนเองและความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น “เกิด แก่ เจ็บ ตาย ก็เป็นเรื่องธรรมดา นะ มาถึงวัยนี้แล้วทำใจให้สงบดีกว่า” “ตัวเราต้องสร้างคุณค่าที่ตัวเราก่อนที่จะให้คนอื่นรู้” (คนที่ 3)

“การทำบุญให้ทานควรทำตามฐานะ มีน้อยทำน้อยก็มีความสุข” (คนที่ 4) ผู้ศึกษาได้สะท้อนให้ผู้สูงอายุเห็นธรรมชาติของชีวิต บางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการ

เปลี่ยนแปลงแยกจากกัน ซึ่งผู้สูงอายุจะรับรู้ว่ามีบางปัญหาสามารถแก้ไขได้ ถ้าปัญหาใดแก้ไขไม่ได้ก็ต้องปล่อยไป เราจึงจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเองทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ทอดทิ้งกับชีวิตตนเอง ในชีวิตจะมีความสุขได้ ต้องยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นโดยไม่หลีกเลี่ยงความทุกข์นั้น

ตัวอย่างความรู้สึกด้านลบ

“รู้สึกแย่มากๆ ดูแลดูไม่ดี ถ้าวันนั้นยายอยู่บ้านลูกชายก็คงอยู่กับยายจนทุกวันนี้” (คนที่ 5) ผู้ศึกษาจึงทวนซ้ำ “รู้สึกแย่มากที่ดูแลดูชราไม่ดี” และช่วยในการปรับเปลี่ยนด้านความคิด โดยเฉพาะความคับข้องใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในความรู้สึกว่าดูแลบุตรชายนิด ในขณะเดียวกันก็จะสำรวจใหม่อีกครั้งเพื่อแก้ไขความคับข้องใจนั้นและทำให้สมบูรณ์ขึ้น และชมเชยผู้สูงอายุที่ตอนนี้ไปทำบุญ สวดมนต์ไหว้พระ และอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลไปให้บุตรชายที่เสียชีวิตไป

สรุปกิจกรรมการระลึกความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา

ใช้เวลาในแต่ละครั้ง 40-45 นาที ผู้สูงอายุจะระลึกถึงเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งด้านบวกและด้านลบผ่านภาพที่เลือกมาได้ สามารถปรับกระบวนการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน ขณะสนทนาผู้ศึกษาสังเกตสีหน้าและพฤติกรรมผู้สูงอายุ พบว่าสีหน้าและแววตาจะยิ้มและหัวเราะ บ่งบอกถึงความสุข ความสนุกสนาน ผู้ศึกษาใช้ทักษะต่างๆ ในการระลึกความหลัง เช่น ทักษะในการฟัง ทักษะในการสะท้อนความรู้สึกเช่น “คุณารู้สึกมีความสุขและสบายใจที่ทุกครั้งได้ทำบุญ” ทักษะในการตีความหมาย ทักษะในการให้กำลังใจ เช่น ชมเชยผู้สูงอายุที่ตอนนี้ไปทำบุญ สวดมนต์ไหว้พระ และอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลไปให้บุตรชายที่เสียชีวิตไป ทักษะในการสังเกตเช่น สังเกตสีหน้า แววตา พฤติกรรมขณะบำบัด ทักษะการทวนซ้ำ เช่น “รู้สึกแย่มากที่ดูแลดูชราไม่ดี”, และสรุปรวบรวมจากการพูดคุยในกิจกรรมครั้งนี้

ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมระลึกความหลังไปใช้

เนื้อหาและขั้นตอนการบำบัด เมื่อดำเนินกิจกรรมการบำบัดตามขั้นตอนของโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุทุกคน

กลยุทธ์ เป็นรูปภาพที่เกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา เมื่อผู้สูงอายุดูรูปภาพแล้วสามารถระลึกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำบุญด้วยวิธีต่างๆ ทั้งเหตุการณ์ที่ผ่านมาในด้านบวกและด้านลบได้ ซึ่งภาพที่นำมาต้องเป็นภาพที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรมของผู้สูงอายุด้วย โดยเฉพาะการนับถือศาสนาในโปรแกรมการผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ จึงมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ แต่ถ้าหากผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่นๆ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปภาพให้เหมาะสมต่อไป

ครั้งที่ 6 การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึง

กิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุนึกถึงเรื่องราวต่างๆที่ได้ผ่านมาทั้งหมดเป็นการทบทวน รวบรวมข้อมูลทั้งหมดสร้างความมั่นคงและความรู้สึกที่ดีของจิตใจ ผู้ศึกษาประเมินผลเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านอารมณ์ที่เป็นลบว่ายังคงอยู่หรือไม่ สิ้นหนาท่าทางดูสดชื่นขึ้นหรือไม่ ให้ผู้สูงอายุกล่าวความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังในครั้งนี้ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม แนวทางในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและข้อเสนอแนะอื่นๆ พร้อมทั้งตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังแสดงผลตามตาราง 4, 5, 6, 7 และตาราง 8 (ภาคผนวก ก)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุเริ่มมีการปรับเปลี่ยนความคิดในเรื่องสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้สูงอายุ 2 ราย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง สัมพันธภาพทางสังคมและครอบครัวดีขึ้นทุกคน เช่น เข้าร่วมกลุ่มชมรมต่างๆในชุมชน มีการพูดคุยปรึกษาระหว่างสมาชิกในครอบครัว การปรับแนวคิดทางบวกในเรื่องการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และฐานะทางเศรษฐกิจ
2. อาการและอาการแสดงที่ยังคงมีอยู่ เช่น มึนงง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อารมณ์ไม่สดชื่น วิตกกังวลง่าย โกรธง่าย เครียด นอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ต่ำหนืดตนเอง ความคับข้องใจในเรื่องดีแลบุตรชายดี
3. การปรับแก้ไขตนเองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ใช้วิธีการอ่านหนังสือธรรมะ การนั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเช่น ชมรมผู้สูงอายุ ทำงานบ้าน ดูโทรทัศน์ พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว

ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมระลึกความหลังไปใช้

เนื้อหาและขั้นตอนการบำบัด เมื่อดำเนินกิจกรรมการบำบัดตามขั้นตอนของโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุทุกคน

แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ตามโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้ผลดี

ระยะติดตามประเมินผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมระลึกความหลัง

การสรุปและทบทวนเหตุการณ์และการติดตามประเมินผลนั้น สามารถประเมินความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้คือ

เนื้อหาและขั้นตอนการบำบัด สามารถใช้กับผู้สูงอายุทุกคน

กลยุทธ์ แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองตามโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล ถ้าผู้สูงอายุสามารถบันทึกรายละเอียดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบวกและด้านลบของตัวเองตลอดระยะเวลาที่อยู่ในช่วงการบำบัด จะสามารถนำแบบสังเกตภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองมาประเมินตนเองได้เป็นช่วงๆ และผู้บำบัดจะได้ทราบและติดตามความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง แต่มีข้อจำกัดคือผู้สูงอายุอาจจะบันทึกรายละเอียดไม่ครอบคลุม ส่วนหนึ่งมาจากผู้สูงอายุบางคนเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้จดบันทึกอย่างต่อเนื่อง แต่ก็มีผู้สูงอายุบางคนปรับเปลี่ยนวิธีการบันทึกโดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นคนบันทึกแบบสังเกต ซึ่งสามารถปรับหรือประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคนได้



บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ซึ่งจะได้อภิปรายผลการศึกษาในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ประสิทธิภาพของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และ
- 2) ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกความหลังมาใช้ โดยพิจารณาจากเนื้อหาและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม ผู้ดำเนินกิจกรรม และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโปรแกรม

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล

ผลที่ได้จากโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน คือ ผลต่อภาวะซึมเศร้า และผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.1 ผลต่อภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลังรายบุคคล โดยที่คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ประเมิน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 5 คนมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาให้ผู้สูงอายุใช้แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุนั้นที่รายละเอียดต่างๆ ได้แก่สาเหตุ อาการ และวิธีการแก้ไขเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้สูงอายุนำแบบสังเกตภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองมาประเมินภาวะซึมเศร้าของตนเองเป็นระยะๆ ทำให้ผู้สูงอายุทราบความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบวกและด้านลบของตนเองตลอดระยะเวลาที่อยู่ในช่วงการบำบัด และผู้บำบัดได้ทราบและติดตามความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง เมื่อผู้สูงอายุได้รับการอธิบายเป็น

รายบุคคล ถึงภาวะ สาเหตุ และวิธีการบำบัดอย่างชัดเจนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความกระตือรือร้นในภาวะซึมเศร้าของตนเอง ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้สูงอายุและผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยบาย แสดงอารมณ์ต่างๆทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสบายใจ คลายความกังวล ทำให้เข้าใจชีวิตมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Thomson (1996 อ้างในปราโมทย์ สุนิษฐ์ และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2545) ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลความรู้และความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกของผู้บำบัดควรจัดให้มีการรักษาผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นเครื่องมือทางจิตอย่างหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่ผู้ป่วย เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ตลอดจนการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาได้ให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกถึงอย่างมีความสุขด้วยตนเอง ซึ่งเหมาะสมกับความเป็นจริงตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ ตามทฤษฎีขั้นตอนการพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial Developmental Stage) ขั้นที่ 8 ของอีริกสันที่อธิบายถึงวัยสูงอายุว่าเป็นวัยที่ขบถมองย้อนกลับไปในอดีตถึงเหตุการณ์ในอดีตมากกว่าบุคคลในวัยอื่น ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบและตัดสินใจชีวิตของตนเอง โดยผ่านความทรงจำและค้นหาความหมายของชีวิต ค้นหาคุณค่าของชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง เมื่อเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุมองย้อนกลับไปในอดีตนั้นเป็นเหตุการณ์ทางบวกหรือเป็นเหตุการณ์ที่ตนเองประทับใจหรือประสบความสำเร็จ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองได้ใช้ชีวิตที่ผ่านมาอย่างคุ้มค่า เช่นเดียวกับ เบิร์นไซด์ (Burnside, 1988 อ้างในเรณู อินทร์ตา, 2548) ที่กล่าวว่า แม้ว่าการย้อนคิดจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่ผู้สูงอายุมักจะย้อนคิดถึงอดีตด้วยความพอใจมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชอร์ ทองเพ็ญ (2537) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการระลึกความหลังด้านบวก ถึงร้อยละ 85.4 และจากการที่ผู้สูงอายุได้ย้อนคิดถึงความสุข มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะซึมเศร้าได้ (Yang & Rehm, 1993) ซึ่งจอห์นส์และเบค-ลิทเทิล (Jones & Beck-Little, 2002) พบว่าการระลึกความหลังเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการระลึกความหลังแบบรายบุคคลอย่างมีรูปแบบ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่แสดงถึงประสิทธิผลของการระลึกความหลังในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น Jone (2003) ได้ทำการศึกษาการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าเมื่อผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังจะมีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง Hsieh & Wang (2003) ศึกษาผลของโปรแกรมระลึกความหลังเพื่อลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ระลึกความหลังเป็นรายบุคคล มีการระลึกถึงเหตุการณ์โดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยกระตุ้น เช่น รูปภาพ เพลงที่ประทับใจ พบว่า

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Bohlmeijer, Smit & Cuijpers (2003) ได้ทบทวนวรรณกรรมเรื่องผลของการระลึกความหลังและการทบทวนชีวิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่าการระลึกความหลังและการทบทวนชีวิตเป็นการบำบัดที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

นอกจากการศึกษาประสิทธิผลของการระลึกความหลังเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในต่างประเทศดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีการศึกษาในทำนองเดียวกันในประเทศไทยและมีผลสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้และการศึกษาอื่นๆที่กล่าวมา เช่น พินิลักษณ์ นิติภากรณ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เรณู อินทร์ตา (2548) ศึกษาผลการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี และ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาทั้ง 3 การศึกษาพบว่า มีผลไปในทิศทางเดียวกันคือ การระลึกความหลังแบบรายบุคคลช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลังรายบุคคล โดยที่คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลัง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ประเมิน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 5 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมระลึกความหลังมีผลทำให้ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง จะได้รับการกระตุ้นให้มีการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ตนภาคภูมิใจและหากนำเสนอในครอบครัวมาเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ผู้สูงอายุก็น่าจะมีโอกาสแบ่งปันให้กับสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ นอกจากนี้ยังได้รับการยอมรับและชื่นชมจากสมาชิกในครอบครัวและจากผู้บำบัด ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเองใหม่ว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความสำคัญ มีความสามารถ (ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) ซึ่งครอบครัวจัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรักความเอาใจใส่ ยกย่องหรือเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายมีสังคม มีการติดต่อผูกพันซึ่งกันและกัน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเกิดกำลังใจที่ดี มั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีเสถียรภาพมั่นคง สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ โดยช่วยทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตตนยังคงมีสิ่งดีๆอยู่ มีคุณค่าสำหรับบุคคลอื่น และสามารถมีชีวิตอยู่กับสภาพหรือภาวะที่มี

ข้อจำกัดทางสุขภาพได้ นอกจากนี้ช่วยให้มีการแก้ปัญหาทางจิตใจได้ดียิ่งขึ้น เกิดพลังแรงจูงใจให้สามารถเผชิญอุปสรรคปัญหาอันเนื่องจากความเจ็บป่วยได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง (ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2543)

การระลึกความหลังเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Hamillton, 1992; Nugent, 1995) การที่ผู้สูงอายุมองอดีตด้วยความพอใจ จะช่วยเพิ่มความภูมิใจในตนเอง การศึกษาของปริญญา โดมานะและระวีวรรณ ศรีสุชาติ (2548) พบว่าความภาคภูมิใจกับความสำเร็จในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับแลปปี้ (Lapp, 1987) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ภายหลังการระลึกความหลัง และจากการศึกษาของเฮอร์ท (Herth, 1990) พบว่าการระลึกความหลังที่มีความสุขช่วยเสริมความหวังในชีวิต การศึกษาของฟอร์เบส (Forbes, 1994) พบว่าการระลึกความหลัง ร่วมกับการสวดมนต์ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่าการที่ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงความหลังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในตนเองและมีอารมณ์ที่มั่นคง ดังเช่นการศึกษาของจงกรม ทองจันทร์ (2544) พบว่าการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุวรรณ วุฒิธฤฤทธิ์ (2546) พบว่าการระลึกความหลังเป็นการทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความหมายในตนเอง รับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและมีความหวังในชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่ำลง สอดคล้องกับแนวคิดของศรีประภา ชัยสินธพ (2549) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้สูงอายุหันกลับไปมองชีวิตตัวเอง เกิดการยอมรับและกล้าเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ โดยภูมิใจในสิ่งที่ตนได้กระทำลงไป เกิดความภาคภูมิใจในชีวิตที่ผ่านมาจนบรรลุถึงจุดที่เรียกว่า “ความรู้สึกมั่นคงภายในจิตใจของตนเอง” (ego integrity) ถึงแม้ว่าการระลึกความหลังที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบก็ตาม

เรณู อินทร์ตา (2548) ศึกษาการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะหลังทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในกระบวนการการระลึกความหลังอาจขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง จึงไม่ได้กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพราะการระลึกถึงความหลังสามารถไปกระตุ้นจุดกำเนิดของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในอดีตให้ฟื้นฟูกลับมาอีกครั้ง (Steven-Ratchfort, 1993) นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เช่น สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้ สถานภาพทางสังคม ปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมกับลูกหลานหรือญาติ (นงลักษณ์

บุญไทย, 2549; ปริญา โทมานะ, 2548) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในกระบวนการทำกิจกรรมการระลึกความหลังต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีโดยอาศัยทักษะต่างๆหลายๆด้านเช่น ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ การทวนความ การตั้งคำถาม การสะท้อนทั้งความรู้สึกและเนื้อหาการตีความหมาย ทักษะการให้กำลังใจเพื่อแก้ไขความคับข้องใจ จะทำให้สมบุรณ์ยิ่งขึ้น

2. ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกความหลังมาใช้

สำหรับการศึกษานี้ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ส่วน คือ เนื้อหาและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม ผู้ดำเนินกิจกรรม และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโปรแกรม

2.1 เนื้อหาและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรม

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลอย่างมีรูปแบบในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2) ระลึกถึงความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกถึงความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปทบทวนสิ่งที่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่า มีความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมนี้อมาใช้ โดยผู้สูงอายุทั้ง 5 คนเห็นประโยชน์ของโปรแกรม ส่วนเนื้อหาและการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม ส่วนใหญ่เป็นไปตามคู่มือโปรแกรม แต่มีการปรับวิธีในการดำเนินกิจกรรมในบางกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละราย เช่น การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการอธิบายเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ และวิธีการดูแลรักษาอย่างชัดเจนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความกระตือรือร้นหรือการตระหนักรู้ในอาการหรือภาวะซึมเศร้าของตนเองอย่างถูกต้อง จึงเกิดเป็นแรงจูงใจและร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละครั้งเป็นอย่างดีซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทอมสัน (Thomson, 1996 อ้างในปราโมทย์ สุคนิชย์ และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2545) ที่กล่าวว่าทำให้ข้อมูล ความรู้และความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกของผู้บำบัดควรจัดให้ในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นเครื่องมือทางจิตอย่างหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมตลอดจนการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมต่อไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ในโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลมีการเลือกสื่อรูปภาพกระตุ้นความทรงจำ เช่น รูปภาพการละเล่นในวัยเด็ก รูปภาพครอบครัว หรือเพลงที่ใช้ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกความหลัง หรือการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุย ก็มีส่วนช่วย

ให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือในการระลึกความหลังเป็นอย่างดี การให้ผู้สูงอายุได้หาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจตามความเชื่อของแต่ละบุคคลให้นึกถึงความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมการทำงานบุญกุศลและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาแล้วจะทำให้รู้สึกมีความสุข ความสบายใจได้ เพราะว่าถือว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับเรื่องมากมายทำให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ เป็นพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณที่สมบูรณ์ จะทำให้บุคคลเข้าใจถึงคุณค่าของชีวิต มีการดำเนินชีวิตที่มีจุดมุ่งหมาย เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์และวิถีของโลกและมีการเตรียมพร้อมสำหรับความตาย การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณจึงเป็นการพัฒนาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจและเป็นเครื่องชี้นำทางของชีวิตได้ (พรรณงามพรรณเชษฐ, 2545) ผู้สูงอายุพึงพอใจในรูปแบบกระบวนการตามโปรแกรมการระลึกความหลังเฉพาะรายบุคคล สอดคล้องกับเบิร์นไซด์ (Burnside, 1998) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการระลึกความหลังอย่างมีรูปแบบ (Planned reminiscence) โดยกำหนดหัวข้อระลึกความหลังให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกถึงอย่างมีความสุขด้วยตนเอง ตามระยะพัฒนาการของชีวิตเริ่มจากประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ระลึกความหลังในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการนึกถึงบุญกุศลที่ทำมา ตามกระบวนการระลึกความหลังของฮาล์มิลตัน (Hamilton, 1992) ที่แบ่งกระบวนการการระลึกความหลังออกเป็น 3 ระยะ คือระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (Memory) ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น (Experiencing) และระยะการแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (Social Interaction) ร่วมกับการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้บำบัด ซึ่งหลักของการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีนั้นจะต้องอาศัยทักษะต่างๆ ของการให้คำปรึกษาหลายๆ ด้าน เช่น ทักษะในการฟังอย่างตั้งใจ (listening skills) ทักษะในการสะท้อน (reflecting skills) ทักษะในการตีความหมาย (interpreting skills) ทักษะในการให้กำลังใจ (reassuring skills) ทักษะในการสังเกต (observation) การทวนซ้ำ (Sellers & Stork, 1997) เป็นต้น การให้ผู้สูงอายุมองย้อนกลับไปนึกถึงเหตุการณ์ในอดีต เพื่อตรวจสอบและตัดสินใจชีวิตของตนเองโดยผ่านความทรงจำ ค้นหาความหมายและคุณค่าของชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง อาจมีความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เมื่อเหตุการณ์ที่ย้อนคิดเป็นเหตุการณ์ทางบวกหรือเป็นเหตุการณ์ที่ตนเองประทับใจหรือประสบความสำเร็จ ในแต่ละช่วงวัยผู้บำบัดก็จะเสริมให้ผู้สูงอายุได้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น สนับสนุนให้นำประสบการณ์ต่างๆ ที่ดีหรือมีข้อคิดได้ถ่ายทอดให้ผู้บำบัดหรือครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการบำบัดแต่ละครั้งได้รับฟัง ผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตที่ผ่านมาอย่างคุ้มค่า แต่หากพบว่ามีความรู้สึกด้านลบ มีความคับข้องใจที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้บำบัดก็จะทำการสำรวจค้นหาความหมายของเหตุการณ์ในระยะนั้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการประเมินเหตุการณ์ ปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ ที่ทำให้รู้สึกว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย มีคุณค่า

สรุปได้ว่าการระลึกความหลังแบบรายบุคคลอย่างมีรูปแบบมีผลดี คือรูปแบบการระลึกความหลังเป็นไปตามระยะพัฒนาการ จำนวนครั้งและระยะเวลาในการทำกิจกรรม สามารถปรับใช้ให้เหมาะสมขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การใช้สื่อรูปภาพกระตุ้นความทรงจำเช่น รูปภาพการเล่นในวัยเด็ก รูปภาพครอบครัว หรือเพลงที่ใช้ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกความหลัง หรือการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุย ก็มีมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือในการระลึกความหลังเป็นอย่างดี สถานที่ในการทำกิจกรรมสามารถปรับใช้ที่บ้านของผู้สูงอายุหรือสถานที่ที่สะดวก มีความเป็นส่วนตัว เงียบ มีแสงสว่างเพียงพอ และมีบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการระลึกความหลัง นอกจากนี้การระลึกความหลังแบบรายบุคคลยังสามารถทำได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นคนเก็บตัว ไม่กล้าบอกเล่าความหลังของตัวเองให้ผู้อื่นฟังสามารถเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัยได้อย่างเต็มที่ ได้ใช้ต่างๆในการบำบัด เช่น ทักษะในการฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อน การตีความหมาย ทักษะในการให้กำลังใจ ทักษะในการสังเกต การทวนซ้ำ ตลอดจนใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยเน้นพูดซ้ำและชัดเจนทำให้ผู้สูงอายุสนใจและติดตาม ส่งผลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้งของการบำบัด (ปิยะรัตน์ แวงวรรณ, 2550) แต่ก็มีข้อจำกัด เช่น ปัจจัยหลายอย่างที่ไม่ได้ควบคุม เช่น การเลื่อนระยะเวลาการบำบัดออกไปเมื่อผู้สูงอายุติดธุระ ไม่อยู่บ้าน นอกจากนี้มีผู้สูงอายุบางรายได้เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยเพื่อช่วยกระตุ้นในการระลึกความหลังด้วย

กลุ่มเป้าหมายการระลึกความหลัง เป็นผู้สูงอายุในชุมชน มีอาการและอาการแสดงต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เมื่อได้รับการบำบัดตามโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลอย่างมีรูปแบบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังและในระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลังทั้ง 5 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง เรณู อินทร์ตา (2548) พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระยะติดตามผลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน สูงขึ้น การศึกษาของ วางซ์ (Wang, 2005) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สตีเวน-แรชฟอร์ด (Steven-Ratchford, 1993) ได้ศึกษาผลการระลึกความหลังแบบรายบุคคลกับภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าการระลึกความหลังมีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่น่าสนใจกิจกรรมการระลึกความหลังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ เช่น สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้

สถานภาพทางสังคม ปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมทางกิจกรรมสังคมกับลูกหลานหรือญาติ (นงลักษณ์ บุญไทย, 2549; ปริญา โทมานะ, 2548) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (เรณู อินทร์ตา, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประพิศ จันทรพิทยภา (2537) และสำเนาวี เรืองยศ (2535) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางสังคมนอกบ้านและไปร่วมกิจกรรมชมรมจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทางบวกสอดคล้องกับทฤษฎีบทบาทและทฤษฎีกิจกรรมที่ว่าผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาทหน้าที่ต่อเนื่องในสังคมและมีกิจกรรมทำต่อเนื่อง จะมีบุคลิกภาพกระฉับกระเฉง มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือหน้าที่ และมีความรู้สึกภาคภูมิใจ พอใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทางบวก

สรุปความเป็นไปได้ของการดำเนินการตามโปรแกรมนี้ พบว่า การระลึกความหลังสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้สำหรับให้บริการดูแลสุขภาพในชุมชนซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่

การใช้สื่อการสอนและวัสดุอุปกรณ์ พบว่าจากการที่ผู้ศึกษาได้ใช้สื่อ อุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงสมุดบันทึกประจำตัวที่มีเนื้อหาเข้าใจง่ายครอบคลุมทุกขั้นตอนของโปรแกรมการบำบัดผู้สูงอายุสามารถอ่านทบทวนได้ตลอดเวลา นำมากระตุ้นในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีการระลึกความหลังได้ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาร์มิลตัน, เบิร์นไชด์ และฮอกสเทล (Hamilton, 1992; Burnside, 1983; Hogstel, 1990) กล่าวถึงการกำหนดหัวข้อจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการถ่ายทอดเรื่องราวได้เป็นอย่างดี ไม่มีความเป็นกังวล เช่น กำหนดหัวข้อให้เป็นไปตามพัฒนาการของชีวิต เริ่มจากวัยเด็กวัยรุ่น ชีวิตการทำงาน ชีวิตรัก วัยผู้ใหญ่ และอาจใช้สิ่งกระตุ้นให้ระลึกถึงความหลังได้ เช่น รูปภาพ คนตรี สัตว์เลี้ยง การศึกษาของ วาง (Wang, 2005) ศึกษาผลของโปรแกรมระลึกความหลังเพื่อลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยกระตุ้นการระลึกความหลัง เช่น รูปภาพ เพลงที่ประทับใจ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาของ วาง, ฮุยและเซ็ง (Wang, Hsu & Cheng, 2005) พบว่าผลของโปรแกรมระลึกความหลังในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลในชุมชน มีการระลึกเหตุการณ์โดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยกระตุ้น เช่น รูปภาพ เพลงที่ประทับใจ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้ระลึกถึงความหลังจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

สรุปความเป็นไปได้ของการดำเนินตามโปรแกรมนี้โดยการใช้สื่อการสอนและวัสดุอุปกรณ์ในการบำบัด ดังนี้

แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ผู้สูงอายุสามารถบันทึกรายละเอียด ความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบวกและด้านลบของตัวเองตลอดระยะเวลาที่อยู่ในช่วงการบำบัด และสามารถนำแบบสังเกตภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองมาประเมินตนเองได้เป็นช่วงๆ ผู้บำบัดได้ทราบและติดตามความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ข้อจำกัดคือ ผู้สูงอายุจะบันทึกรายละเอียดได้ไม่ครอบคลุม ส่วนหนึ่งมาจากผู้สูงอายุบางคนเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้จดบันทึกอย่างต่อเนื่อง แต่ก็มีผู้สูงอายุบางคนปรับเปลี่ยนวิธีการบันทึกโดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นคนบันทึกแบบสังเกต ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้

สมุดประจำตัวผู้สูงอายุ และแผ่นพับความรู้ “มารู้จักภาวะซึมเศร้ากันเถอะ” ในกิจกรรมนี้พบว่าใบความรู้มีตัวหนังสือเล็กเกินไป มีเนื้อหาที่ละเอียด ผู้สูงอายุอ่านแล้วไม่ค่อยเข้าใจคิดว่ายากเกินไป เอกสารความรู้ไม่น่าสนใจทั้งในเรื่องเนื้อหาวิชาการและรูปแบบการนำเสนอ ผู้บำบัดต้องศึกษาเนื้อหาและรายละเอียดการใช้คู่มือมาเป็นอย่างดี จึงจะสามารถอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย

รูปภาพประกอบ ในวัยเด็ก แต่ละภาพจะเป็นภาพที่แสดงความสัมพันธ์กับระยะพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและด้านร่างกาย ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่ส่งผลต่อการบำบัดสร้างความสนใจให้ผู้สูงอายุและให้ความร่วมมือในการระลึกความหลังได้เป็นอย่างดี แต่ถ้าวาดเตรียมแผ่นภาพที่ไม่ตรงใจหรือความต้องการของผู้สูงอายุ ภาพที่เตรียมก็จะใช้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ผู้สูงอายุจะเกิดการชะงัก ไม่สามารถนึกหรือระลึกความหลังได้

เพลง เนื้อหาของเพลงจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ มองเห็นคุณค่าในตนเองพบว่ามีผู้สูงอายุบางคนใช้ระยะเวลานานในการคิดหรือเลือกเพลงที่ตนเองชื่นชอบ มีผู้สูงอายุบางคนนึกชื่อเพลงไม่ออกรู้แต่เนื้อหาคือเป็นไปในลักษณะแบบที่ตนเองต้องการ ผู้บำบัดต้องช่วยในการคิดชื่อเพลงให้สอดคล้องกับเนื้อหาของเพลงที่ผู้สูงอายุคิดได้ และมีผู้สูงอายุบางรายคิดชื่อเพลงและมีการร้องให้ผู้บำบัดฟังด้วยท่าทางที่มีความสุข เพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบก็เป็นสื่อที่ทำให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังได้เป็นอย่างดี จึงนับได้ว่าสื่อมีความสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้และกระตุ้นความทรงจำ เพราะผู้ดูหรือผู้ฟังแต่ละคนจะเห็นและนึกถึงสิ่งต่างๆ ในภาพและเสียงที่แตกต่างกัน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมและภูมิหลังทางวัฒนธรรม ทักษะคิดและวุฒิภาวะ (วาสนา ชาวหา, 2533) นอกจากนี้มีผู้สูงอายุบางรายได้เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยเพื่อช่วยกระตุ้นในการระลึกความหลังด้วย

รูปภาพที่ประทับใจ ผู้สูงอายุบอกเล่าถึงภาพแต่ละภาพที่เตรียมมา โดยใช้รูปภาพบุคคลภายในครอบครัว รูปภาพที่ผู้สูงอายุประทับใจในช่วงที่อยู่ในวัยเกิดขึ้น ผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์และสอดคล้องกับความรู้สึของผู้สูงอายุทุกคน ที่มีทั้งความรู้สึด้านบวกและด้านลบได้ ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ในความสามารถและความภาคภูมิใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเป็นมาของชีวิตตนเองที่ได้เกิดขึ้น ซึ่งในช่วงวัยผู้ใหญ่เริ่มที่จะวางจุดมุ่งหมายในชีวิต พร้อมทั้งมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศในฐานะเพื่อนสนิท มีความคิดตั้งตนเป็นหลักฐาน สนใจที่จะแต่งงานมีบ้านและสร้างครอบครัวของตนเอง พร้อมทั้งจะให้ความรู้ สั่งสอนและเป็นห่วงเพื่อที่ปลูกฝังให้คนรุ่นหลังเป็นคนดีในผู้สูงอายุบางราย นอกจากนี้มีผู้สูงอายุบางรายได้เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยเพื่อช่วยกระตุ้นในการระลึกความหลังด้วย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่ากลยุทธ์การใช้ภาพที่ประทับใจมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

รูปภาพที่เกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา โดยการดูรูปภาพที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและความศรัทธาของผู้สูงอายุ ให้ระลึกความหลังในการมีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนา เป็นรูปภาพที่เกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา เมื่อผู้สูงอายุดูรูปภาพแล้วสามารถระลึกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำบุญด้วยวิธีต่างๆ ทั้งเหตุการณ์ที่ผ่านมาในด้านบวกและด้านลบได้ ซึ่งภาพที่นำมาต้องเป็นภาพที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรมของผู้สูงอายุด้วยโดยเฉพาะการนับถือศาสนาในโปรแกรมการผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ จึงมีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ แต่ถ้าหากผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่นๆจะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปภาพให้เหมาะสมต่อไป

2.2 ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม

ประกอบด้วยโปรแกรมการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังบำบัดครบ 6 ครั้งอีก 2 สัปดาห์ ช่วงเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ใช้เวลาช่วงตอนเย็นและวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมเพราะผู้สูงอายุได้พักผ่อนและทำภารกิจส่วนตัวเรียบร้อยแล้ว และระยะเวลาที่ดำเนินกิจกรรมบำบัดในแต่ละครั้งไม่เกิน 30-45 นาที เป็นระยะเวลาที่มีความเหมาะสมไม่น้อยและไม่มากเกินไป จากการทบทวนวรรณกรรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล พบว่า จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ใช้ในการระลึกความหลังแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งส่วนใหญ่จะประมาณ 6-10 ครั้งๆ ละ 30-60 นาที (Synder, 1998) สำหรับความถี่ในการทำกลุ่มก็คือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งจากการศึกษาของวาง (Wang, 2005) ศึกษาผลของโปรแกรมระลึกความหลังเพื่อลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ระลึกความหลังเป็นรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 เดือน ใช้เวลา 30-45 นาทีต่อครั้ง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วาง, ฮุยและชาง (Wang, Hsu & Cheng, 2005) ศึกษาผลของโปรแกรมระลึกความหลังในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลในชุมชน ทำการระลึกความหลังเป็นรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 เดือนใช้เวลา 30-45 นาทีต่อครั้ง พบว่าผู้สูงอายุที่ได้ระลึกถึงความหลังจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2.3 ผู้ดำเนินกิจกรรม

ผู้ดำเนินกิจกรรมจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ ทดลองฝึกปฏิบัติการในโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ทำให้เกิดความเข้าใจทั้งเนื้อหาของการระลึกถึงความหลังและความเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจนสามารถเชื่อมโยงประเด็นให้สอดคล้องกับความต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นอกจากนี้ สัมพันธภาพที่ดีของผู้ดำเนินกิจกรรมที่แสดงถึงความห่วงใย ใส่ใจและให้คุณค่า ให้การต้อนรับเป็นกันเองต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ดำเนินกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดแผนการดำเนินโปรแกรม จะเห็นได้จากการดำเนินการศึกษาเป็นไปอย่างราบรื่น และพบปัญหาระหว่างการศึกษาน้อยมาก ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า บทบาทของผู้บำบัด (Burnside, 1988) จะต้องแน่ใจว่าผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สะดวกสบายบนเก้าอี้ (ถ้าผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บปวดหรือไม่สบายก็ไม่สามารถจะทำการระลึกถึงความหลังได้) ควรเลือกสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้สูงอายุ ตรวจสอบความรู้สึกตัว ดูประสาทสัมผัส เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสับสนหรือไม่ ในขณะที่บำบัดควรมีการประสานสายตากับผู้สูงอายุเป็นระยะ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ให้ความนับถือและใส่ใจผู้สูงอายุตลอดกระบวนการในเรื่องของความอ่อนล้าความเจ็บปวดหรือความวิตกกังวล คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุเสมอ อาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยกระตุ้นความทรงจำของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มองสังคมในทางลบเป็นผู้ที่เข้มแข็งขึ้น ให้การบำบัดอย่างช้าๆ เหมาะกับความต้องการของผู้สูงอายุ และปล่อยเวลาให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาคิดและตอบสนองอย่างเพียงพอ ระลึกอยู่เสมอว่าทุกอย่างเป็นการตัดสินใจของผู้สูงอายุเอง และควรชี้แจงกับผู้สูงอายุอย่างกระจ่างและช้าๆ และเขียนข้อความลงในกระดาษเพื่อเตือนความจำให้ผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุรู้ว่าการพบกันครั้งหน้าจะทำอะไรกันบ้าง มีจุดมุ่งหมายอย่างไร สถานที่และเวลาที่จะพบกัน

2.4 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโปรแกรม

การนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้ในครั้งนี้ มีปัญหาอุปสรรคดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้ ทำให้มีความยากลำบากในการสื่อสาร ผู้ศึกษาได้มีการปรับวิธีโดยการให้สรุปวาดในการอธิบาย หรือใช้วิธีเขียนแล้วอธิบายให้ฟังทีละขั้นตอนแทน และที่สำคัญไม่ควรข้ามขั้นตอนซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสับสน

2) ระยะเวลาในการบำบัดตามโปรแกรม ในแต่ละครั้งอาจไม่ตรงกับวันนัดทำกิจกรรมทุกครั้ง แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินกิจกรรม และกรอบระยะเวลาการดำเนินงานตามโปรแกรม

จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า มีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้ โดยพิจารณาถึงประสิทธิผลของโปรแกรม เนื้อหาของกิจกรรม ความเหมาะสมของการดำเนินกิจกรรม ขอมรับว่าเป็นกิจกรรมที่ดีและมีประโยชน์ของทั้งผู้สูงอายุในชุมชน ผู้นำบัด และหน่วยบริการสาธารณสุข



บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี สามารถสรุปผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลของโปรแกรมระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคล

ผลที่ได้จากโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และประสิทธิผลของโปรแกรม

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 5 คน เป็นเพศหญิง 3 คน เพศชาย 2 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65 – 69 ปี และ อายุ 75 – 79 ปี สถานภาพสมรสคู่ 3 คน หม้าย 2 คน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาทั้ง 5 คน รายได้อยู่ระหว่าง 1,0001 – 3,000 บาท จำนวน 2 คน ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการประกอบอาชีพจำนวน 3 คน และจากบุตรหลานจำนวน 2 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสมาชิก 1-2 คน ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 2 คน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปวดหัวเข่า จำนวน 2 คน และเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 คน

ประสิทธิผลของโปรแกรม

ผลต่อภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลังรายบุคคล โดยที่คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ประเมินเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 5 คนมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย

ผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลังรายบุคคล โดยที่คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน ระดับต่ำจำนวน 2 คน ประเมินเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 5 คนมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมมาใช้

สำหรับการศึกษาค้นคว้าความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ส่วน คือ เนื้อหาและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม ผู้ดำเนินกิจกรรม และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโปรแกรม

เนื้อหาและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรม

เนื้อหาและการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมระลึกความหลังส่วนใหญ่เป็นไปตามคู่มือโปรแกรม แต่มีการปรับวิธีในการดำเนินกิจกรรมในบางกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละราย การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมระลึกความหลังครั้งนี้มีการใช้สื่อ เช่น รูปภาพ ภาพถ่าย หรือเพลง เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือในการระลึกถึงความหลังได้เป็นอย่างดี ควรมีการเตรียมภาพหรือเพลงสำรองไว้ทุกครั้ง เพราะถ้าหากแผ่นภาพหรือเพลงใดที่ไม่ตรงใจหรือความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะชะงัก ไม่สามารถนึกหรือระลึกความหลังได้ เพราะผู้ดูหรือผู้ฟังแต่ละคนจะเห็นและนึกถึงสิ่งต่างๆ ในภาพและเสียงที่แตกต่างกัน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมและภูมิหลังทางวัฒนธรรม ทักษะและวุฒิภาวะของแต่ละคน นอกจากนี้ในผู้สูงอายุบางราย ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยเพื่อช่วยกระตุ้นในการระลึกความหลัง

ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม

ผู้ศึกษาได้ศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในชุมชนอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยโปรแกรมการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังบำบัดครบ 6 ครั้งอีก 2 สัปดาห์ ช่วงเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ใช้เวลาช่วงตอนเย็นและวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมเพราะผู้สูงอายุได้พักผ่อนและทำภารกิจส่วนตัวเรียบร้อยแล้ว และระยะเวลาดำเนินกิจกรรมบำบัดในแต่ละครั้งไม่เกิน 30 – 45 นาที เป็นระยะเวลาที่มีความเหมาะสมไม่น้อยและไม่มากเกินไป

ผู้ดำเนินกิจกรรม

ผู้ดำเนินกิจกรรมจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ ทดลองฝึกปฏิบัติการในโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ทำให้เกิดความเข้าใจทั้งเนื้อหาของการระลึกถึงความหลังและความเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจนสามารถเชื่อมโยงประเด็นให้สอดคล้องกับความต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นอกจากนี้ สัมพันธภาพที่ดีของผู้ดำเนินกิจกรรมที่แสดงถึงความห่วงใย ใส่ใจและให้คุณค่า ให้การต้อนรับเป็นกันเองต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ดำเนินกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดแผนการดำเนินโปรแกรม จะเห็นได้จากการดำเนินการศึกษาเป็นไปอย่างราบรื่น และพบปัญหาระหว่างการศึกษาน้อยมาก

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโปรแกรม การนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้นี้ มีปัญหาอุปสรรคดังนี้

1. ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้ ทำให้มีความยากลำบากในการสื่อสาร ผู้ศึกษาได้มีการปรับวิธีโดยการให้สรุปวาดในการอธิบาย หรือใช้วิธีเขียนแล้วอธิบายให้ฟังทีละขั้นตอนแทน และที่สำคัญไม่ควรข้ามขั้นตอนซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสับสน
2. ระยะเวลาในการบำบัดตามโปรแกรม ในแต่ละครั้งอาจไม่ตรงกับวันนัดทำกิจกรรมทุกครั้ง แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินกิจกรรม และกรอบระยะเวลาการดำเนินงานตามโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังในผู้สูงอายุอื่นที่ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธ ถึงแม้ว่ากิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ การนำไปใช้ครั้งต่อไปควรจะมีการปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับค่านิยม ความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ถ้านำโปรแกรมไปใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธเช่นเดียวกับผู้สูงอายุในการศึกษานี้ กิจกรรมที่ 5 ที่ให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา อาจต้องมีการปรับให้ระลึกถึงสิ่งที่เป็นสากล โดยไม่ต้องมีบริบทของความเชื่อทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น ระลึกถึงการกระทำดีในอดีต
2. ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากที่ได้รับโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลแล้ว เพื่อคงไว้ซึ่งผลของโปรแกรม อาจมีการจัดให้มีการระลึกความหลังในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ผ่านการได้รับโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลแล้ว โดยที่ข้อดีของกระบวนการ

กลุ่มจะช่วยลดการแยกตัวจากสังคมของผู้สูงอายุ และช่วยเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ

3. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นสถานที่ในการดำเนินโปรแกรม ดังนั้นจึงมีการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมในกิจกรรมระลึกความหลังของผู้สูงอายุด้วยการประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งความเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา วางแผนการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

การนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้คือ

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถนำวิธีการระลึกความหลังรายแบบบุคคลไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทักษะของการสนทนาเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคล และทักษะที่ช่วยปรับจากความคิดแง่ลบเกี่ยวกับตนเองเป็นมองตนเองในมุมมองใหม่ โดยผ่านกระบวนการระลึกความหลัง ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาค้นคว้า การฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชำนาญ จึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นผู้ใช้โปรแกรมระลึกความหลังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรงแล้ว พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลที่มีความสนใจที่จะใช้โปรแกรมระลึกความหลัง โดยช่วยให้พยาบาลที่สนใจได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีการพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นสามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของหน่วยงานได้ดี พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังมีหน้าที่ในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานให้ทราบและเรียนรู้ถึงวิธีการดำเนินตามโปรแกรม โดยมีพยาบาลช่วยให้คำแนะนำเป็นระยะๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถที่จะดำเนินโปรแกรมได้ตามที่วางแผนไว้ อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนาวิธีประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมด้วย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทีมบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ โดยมีส่วนร่วมในการสร้างระบบเฝ้าระวังปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความชุกของปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแก่บุคลากรใน

หน่วยงาน เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการที่จะดำเนินมาตรการให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล นอกจากนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยังทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการสนับสนุนโครงการป้องกันและลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลจากการศึกษาการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชน ครั้งนี้นำไปสู่การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ตัวอย่างเช่น ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมระลึกความหลังในระยะยาวประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม หรือการศึกษาที่ผนวกเอาครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชน หรือการศึกษาโปรแกรมระลึกความหลังแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในชุมชน

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

IMPLEMENTING THE INDIVIDUAL REMINISCENCE PROGRAM IN OLDER ADULTS
WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

ชุลีกร กิตติกำแหง 4937004 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D.
(Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปรากฏการณ์ปัจจุบันพบว่าโครงสร้างอายุคนไทยเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุ เป็นผลจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วนในระยะเวลาอันสั้น ในปี 2550 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2563 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 10.7 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 16.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) จากสถานการณ์ที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอายุยืนยาวขึ้นนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับการดูแล เนื่องจากการสูงวัยเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และเป็นพัฒนาช่วงหนึ่งของมนุษย์ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสภาวะทางสังคม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) แนวโน้มมีการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าวัยอื่นๆ (อรพรรณ ทองแดง และคณะ, 2544)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่างๆ โดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า แยกตัวจากสังคม ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมดนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Buschmann, et al., 1998) ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าเป็นปัญหา

สุขภาพจิตที่สำคัญ แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นอาการที่เกิดจากความชรา ในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกำลังได้รับความสนใจเนื่องจากมีความชุกเพิ่มขึ้น (เจิมจิต สแนชแซล, 2551) สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยมีจำนวนร้อยละ 12.78 ซึ่งจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างเดีย্বর้อยละ 8.23 และมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับภาวะทางสมองร้อยละ 4.55 (อรพรรณ ทองแดง และคณะ, 2545) และจากการศึกษาผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาโดย วันเพ็ญ เชาว์เชิงและเกรกศ พรหมดี (2545) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนร้อยละ 20.70 โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นอัตรา 3.28 ต่อประชากร 1,000 คน นอกจากภาวะซึมเศร้าแล้ว ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาอย่างอื่นร่วมด้วยจากการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุไทย พบว่า การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายुर้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2546) นอกจากนี้จากการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ มักมีสาเหตุจากการมีอาการร่วมกันของความซึมเศร้าและวิตกกังวลและความซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงร้อยละ 42.5 และ 25 ตามลำดับ (ศิริรัตน์ บุญนาค และศิริเกียรติ ยันตติลล, 2540)

การที่บุคคลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเมื่ออายุเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาพบว่า ในวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องพบกับการสูญเสีย เช่น การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน สูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม ตลอดจนการสูญเสียบทบาทการเป็นที่พึ่งของครอบครัวสภาวะการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดรวมทั้งบุคคลอันเป็นที่รัก คู่ชีวิต ญาติพี่น้องและเพื่อนสนิทด้วยการตายจากกัน (ธน ชาติชนานนท์, 2540; ปาหนัน บุญหลง และคณะ, 2544) รวมทั้งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยที่ความเสื่อมนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาได้ (สรวิศ สังข์ศรี, พิมพาภรณ์ สังข์ศรี และสุวรรณี เรืองเดช, 2540) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกสูญเสียมากมีแนวโน้มที่จะมีความว้าวุ่นและมีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย (ธิดา มีศิริ, 2540) ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียด ความคับข้องใจ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว (ผ่องพรรณ อ้วนพรมมา, 2544) เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว ถ้าไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้จะทำให้มีอาการเศร้า ระวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิต เหนาร์องให้่ง่าย น้อยใจบ่อย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึม แยกตัวจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้า (Hsieh & Wang, 2003; กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542; อำไพพนิชฐ์ สมานวงศ์ไทย, 2549) และเมื่อไม่ได้รับดูแลรักษาจะเข้าสู่ภาวะซึมเศร้ารุนแรงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอยากตาย

และฆ่าตัวตายในที่สุด (Miller, 1995) จึงควรมีการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าโดยเร็วที่สุด ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเข้าสู่ช่วงที่มีความซึมเศร้ารุนแรงและคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (เรณู อินทร์ตา, 2548)

การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่างๆ โดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ผลดี โดยที่การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัด ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับความสูญเสีย ความสิ้นหวัง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง โดยมีทั้งรูปแบบการทำจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม (ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และคณะ, 2542) การให้คำปรึกษาเป็นการให้คำปรึกษาเน้นที่ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคต่างๆ ในชีวิตของผู้สูงอายุรวมทั้งการปรับตัว การบำบัดโดยวิธีปรับวิธีคิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นแก้ไขแนวคิดของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งปรับพฤติกรรมและใช้ทักษะใหม่ในการแก้ไขปัญหา (Robert, Hirschfei, & Shea, 2000) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นการบำบัดเพื่อให้บุคคลรู้ถึงปัญหาของตนและวิธีการแก้ไขปัญหาก็ถูกต้อง ส่งผลให้ได้รับประสบการณ์ด้านบวกในชีวิตเพิ่มขึ้น (สุดสบาย จุลกทัพพะ, 2540) การฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง (Progressive relaxation) เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล (จันทร์แรม กิจเหมา, 2540) การใช้ครอบครัวในการบำบัด (Family therapy) ซึ่งพบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างดี การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคมให้ผู้สูงอายุ นับเป็นวิธีการช่วยเหลือหนึ่งที่จะช่วยลดอาการแยกตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้ คงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสุขสนุกสนาน เพลิดเพลิน กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุต่างๆ (กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542) นอกจากนี้การระลึกความหลัง (Reminiscence) โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าถึงชีวิตในอดีตที่อยู่ในความทรงจำและประทับใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและมีพลังในการดำเนินชีวิต จัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดภาวะซึมเศร้าด้วย (Shives & Isaacs, 2002)

การระลึกความหลัง เป็นรูปแบบการบำบัดโดยใช้กระบวนการทางความคิดที่เรียกความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิต มีการคิดถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยจากการพูดออกมาหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีวิธีการทำได้หลายรูปแบบ ทั้งที่มีโครงสร้าง และไม่มีโครงสร้าง (Butler, 1963) การระลึกความหลังเหมาะที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเผชิญภาวะวิกฤตและภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากการให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลัง สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุที่ชอบคิดและพูดถึงอดีต เมื่อคนสูงวัยขึ้นมักชอบมองย้อนกลับไปในอดีตเพื่อที่จะตรวจสอบและตัดสินใจว่าชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมดประสบความสำเร็จหรือไม่ ได้ทำชีวิตให้มีค่าอย่างไรหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่าได้ทำทุกอย่างที่ตนควรกระทำ จะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้จักปล่อยวางอดีต หากความสงบสุขความพอใจกับการมีชีวิตในวัยชรา ยอมรับสภาพความเป็นอยู่ตามสภาพความเป็นจริงเกิดความมั่นคงทางจิตใจ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการแบ่งรูปแบบของการระลึกความหลังไว้แตกต่างกัน ดังเช่น เมอร์เรียม (Murrain, 1989 cited in Jones, 1998) ได้แบ่งการระลึกความหลังออกเป็น 3 แบบคือ 1) การระลึกความหลังแบบธรรมดา (Simple reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังโดยปราศจากการวิเคราะห์และประเมิน 2) การระลึกความหลังเพื่อให้ข้อมูล (Information reminiscence) เป็นการย้อนคิดถึงประสบการณ์ และความรู้ในอดีตของผู้สูงอายุและเล่าสู่บุคคลรุ่นหลัง โดยการพูดหรือเขียน และ 3) การทบทวนชีวิต (Life review) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังเพื่อแก้ปัญหาหรือความขัดแย้งในอดีต โดยมีกระบวนการพิจารณาการกระทำในอดีตของตนในหลายๆ ด้าน หลายๆแง่มุม นอกจากนี้ฮาร์มิลตัน (Hamillton, 1992) แบ่งการระลึกถึงความหลังออกเป็น 2 แบบ คือ 1) การระลึกความหลังแบบกลุ่ม (group reminiscence) กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตและช่วยลดความแยกตัวทางสังคม โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น และ 2) การระลึกความหลังแบบรายบุคคล (one-to-one reminiscence) เป็นการคิดหวนคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุเฉพาะราย ซึ่งมีทั้งการกำหนดหัวข้อการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นไปตามพัฒนาการของชีวิตโดยเริ่มจากวัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ชีวิตรัก วัยผู้ใหญ่ ซึ่งหัวข้อที่เลือกจะเป็นหัวข้อที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุขพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา และการไม่กำหนดหัวข้อโดยให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวในอดีตไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการกำหนดหัวข้อโดยขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุว่าจะต้องการเล่าเรื่องอะไรให้ผู้บำบัดฟัง หัวข้อที่ใช้ในการสนทนาโดยผู้สูงอายุจะต้องเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการระลึกความหลังโดย พบว่าการระลึกความหลังทำให้ผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน และบ้านพักคนชรา มีสุขภาพทางจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2006) สามารถที่จะช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป (Hsu & Wang, 2009; Stinson & Kirk, 2005) และลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคสมองเสื่อมได้ (Wang, 2007; Woods, et al., 2009) นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลังจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุได้ (Harrand & Bollstetter, 2000; จงกรม ทองจันทร์, 2544; ภคนิช ต่วนชะเอม, 2545)

สำหรับประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล และนำมาใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกนำเอาโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลซึ่งพัฒนาโดย ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) มาทำศึกษา ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมนี้เริ่มด้วยการทบทวนองค์ความรู้ โดยรวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการประยุกต์โปรแกรมระลึกความหลังแบบกลุ่ม ซึ่งพัฒนาโดยโจนส์ (Jones, 2003) โดยวิธีการที่ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้ระลึกถึงบทเพลงในยุค 1920 ถึง 1952 ระลึกถึงกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจในยามว่าง ร่วมแบ่งปันแสดงความรู้เกี่ยวกับภาพถ่ายของสมาชิกร่วมกัน อภิปรายถึงงานหรือกิจกรรมที่ทำด้วยความสมัครใจในอดีตร่วมกัน และ อภิปรายเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ หรือ เหตุการณ์สำคัญในอดีตร่วมกัน นอกจากนี้ยังได้มีการประยุกต์โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล ซึ่งพัฒนาโดย พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์ (2547) ซึ่งมีขั้นตอนให้ผู้สูงอายุได้ทำการระลึกถึงความหลังในช่วงชีวิตวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตามลำดับ จากองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้น นำมาซึ่งการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการบำบัดให้มีความเหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหา วิธีการและขั้นตอนเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้สะดวก เป็นไปได้และมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย ซึ่งโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลซึ่งพัฒนาโดย ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) นี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปทบทวนสิ่งที่ได้รับ จากนั้นนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิผลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 8 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้าลดลง และศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางจำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 15 คน มีภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์

จากการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานที่สถานอนามัยในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันลักษณะพื้นที่ได้เปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นเขตพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม สมาชิกวัยทำงานออกไปประกอบอาชีพนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ดูแลบ้านหรือเลี้ยงดูลูกหลานไปด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบัน ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลมูท (Willmuth, 1979 อ้างใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้านั้นมักจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในสังคมอุตสาหกรรมในอัตราที่สูง และจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุไทย (TGDS) พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระดับเล็กน้อยร้อยละ 10.3 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 9.59 (สถิติสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง, 2550) ถ้าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าได้ จากสภาพปัญหาและข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน จึงมีความสนใจที่จะนำเอาวิธีการระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลของปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) มาใช้ผลที่ได้จากการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเอาโปรแกรมระลึกความหลังครั้งนี้ จะเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน โดยสามารถนำไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมและการให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลของการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง (ราชกิจจานุเบกษา, 2546)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ไม่มีความสุข ท้อแท้ เบื่อหน่าย สำหรับการศึกษานี้ การประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้ตามเกณฑ์แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ซึ่งพัฒนาโดยนิพนธ์ พวงรินทร์และคณะ (2537)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง เจตคติที่มีต่อตนเองประเมินตนเองว่า มีค่า มีความหมาย มีความสามารถ มั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญและประสบความสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สำหรับการศึกษานี้ ใช้แบบวัดสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยเขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529)

โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคล หมายถึง รูปแบบการบำบัดโดยการใช้กระบวนการทางความคิดที่เรียกความทรงจำในอดีตกลับมา เป็นการย้อนคิดถึงเรื่องราวประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในชีวิต มีการคิดถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยจากการพูดออกมาหรือจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สำหรับการศึกษานี้ใช้โปรแกรม

ระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) โดยมีขั้นตอนและเป้าหมายของการระลึกถึงความหลัง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกถึงความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกถึงความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปบททวนสิ่งที่ได้รับ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลของการนำโปรแกรมการระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS) จำนวน 5 ราย

ระยะเวลาการศึกษา

ระหว่างเดือนธันวาคม 2551 ถึง เดือนมกราคม 2552 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1. โปรแกรมระลึกถึงความหลัง การศึกษานี้ใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) โดยมีขั้นตอนและเป้าหมายของการระลึกถึงความหลัง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับซึมเศร้า 2) ระลึกถึงความหลังในวัยเด็ก 3) ระลึกถึงความหลังในวัยรุ่น 4) ระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่ 5) ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา และ 6) สรุปบททวนสิ่งที่ได้รับ

2. อุปกรณ์สมุดประจำตัวผู้สูงอายุ จัดทำขึ้นโดยผู้ศึกษาเป็นใบความรู้ โดยมีรายละเอียดประกอบด้วยลักษณะโปรแกรมของการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัด ตารางนัดหมาย การเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง เนื้อหาความรู้ประกอบการบำบัดในแต่ละครั้ง ได้แก่ ความหมายของภาวะซึมเศร้า สาเหตุของภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะซึมเศร้า และการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

3. วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ เช่น ซีดีเพลง เครื่องเล่น ซีดี ดินสอ กระดาษ รูปภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้ศึกษาได้พัฒนาแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ที่ได้รับ แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ และโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้นำเอาแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) ที่พัฒนาโดยนิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ (2537) มาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยแบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง จิตใจ และสังคม โดยจะเป็นข้อความทางบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อความทางลบ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินภาวะความซึมเศร้าอยู่ในช่วง 0 – 30 คะแนน ระดับคะแนนที่ใช้เป็นเกณฑ์วัดระดับความซึมเศร้า มี 4 ระดับดังต่อไปนี้ ค่าคะแนนปกติในคนไทยสูงอายุเท่ากับ 0 - 12 คะแนน ภาวะความซึมเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 13-18 คะแนน ภาวะความซึมเศร้าปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน ภาวะความซึมเศร้ารุนแรงเท่ากับ 25-30 คะแนน

3. แบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง ผู้ศึกษาได้นำเอาแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem scale) (Rosenberg, 1965) ที่เขยาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มาใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการศึกษาครั้งนี้ โดยข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ และข้อความทางลบ 5 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คือ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในช่วง 10 – 40 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 10-20 คะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 21-30 คะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 31-40 คะแนน

4. แบบบันทึกความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้ศึกษา เป็นแบบบันทึกบันทึกสถานการณ์ระหว่างการบำบัด เกี่ยวกับคำพูด เนื้อหาการระลึกความหลังในแต่ละครั้งของการบำบัด พฤติกรรมความสนใจ สีหน้าท่าทางการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุญาตให้เข้าศึกษาข้อมูลพื้นที่ จากหัวหน้าสถานีนามัย และสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมก่อนเก็บข้อมูล ผู้ศึกษานำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรีเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าสถานีนามัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการศึกษา

1.3 การเตรียมผู้ช่วยผู้ศึกษา การศึกษาครั้งนี้มีผู้ช่วยผู้ศึกษาเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรม ระยะสิ้นสุดโปรแกรม และระยะติดตามผล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรีมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 คน โดยผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการศึกษา แบบสัมภาษณ์ ข้อคำถามและวิธีการจดบันทึก เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

1.4 ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติจำนวน 5 คนแล้ว ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างนั้นผู้ศึกษาถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาตามขั้นตอน

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้ศึกษาเข้าพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งแรกที่บ้าน ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างนั้นผู้ศึกษาถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาตามขั้นตอน ให้ผู้ช่วยผู้ศึกษาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2 ผู้ศึกษาดำเนินการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการระลึกความหลังของปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งๆ ละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังบำบัดอีก 2 สัปดาห์

3. การประเมินผล ในการศึกษาแบ่งการประเมินผลออกเป็นดังนี้

3.1 ประเมินผลจากระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนได้รับโปรแกรม ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์

3.2 การประเมินผลระหว่างการบำบัดในแต่ละครั้ง ตามแบบบันทึกความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทั้งก่อนได้รับโปรแกรม ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ข้อมูลที่ได้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งหมดที่ได้จากแบบบันทึกความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้ ได้แก่ สถานการณ์ระหว่างการบำบัด เกี่ยวกับคำพูด เนื้อหาการระลึกความหลังในแต่ละครั้งของการบำบัด พฤติกรรมความสนใจ สีนัยท่าทางการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการศึกษา นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามวัตถุประสงค์โดยนำมาจัดเป็นหมวดหมู่

ผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษานำเสนอและอภิปรายออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ได้แก่ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคล และส่วนที่ 2 ได้แก่ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้

ส่วนที่ 1 ผลของโปรแกรมระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคล

ผลที่ได้จากโปรแกรมระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และประสิทธิผลของโปรแกรม

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 5 คน เป็นเพศหญิง 3 คน เพศชาย 2 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65 – 69 ปี และ อายุ 75 – 79 ปี สถานภาพสมรสคู่ 3 คน หม้าย 2 คน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาทั้ง 5 คน รายได้อยู่ระหว่าง 1,0001 – 3,000 บาท จำนวน 2 คน ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการประกอบอาชีพจำนวน 3 คน และจากบุตรหลานจำนวน 2 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือไปจากตัวผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสมาชิก 1-2 คน ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 2 คน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปวดหัวเข่า จำนวน 2 คน และเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 คน

ประสิทธิผลของโปรแกรม

ผลต่อภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมระลึกถึงความหลังรายบุคคล โดยที่คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ประเมิน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 5 คนมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย

ผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมระลึกถึงความหลังรายบุคคล โดยที่คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน ระดับต่ำจำนวน 2 คน ประเมินเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 5 คนมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมมาใช้

สำหรับการศึกษาค้นคว้าความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมระลึกถึงความหลังแบบรายบุคคลมาใช้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ส่วน คือ เนื้อหาและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม ผู้ดำเนินกิจกรรม และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโปรแกรม

เนื้อหาและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรม

เนื้อหาและการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมระลึกความหลังส่วนใหญ่เป็นไปตามคู่มือโปรแกรม แต่มีการปรับวิธีในการดำเนินกิจกรรมในบางกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละราย การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมระลึกความหลังครั้งนี้มีการใช้สื่อ เช่น รูปภาพ ภาพถ่าย หรือเพลง เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือในการระลึกถึงความหลังได้เป็นอย่างดี ควรมีการเตรียมภาพหรือเพลงสำรองไว้ทุกครั้ง เพราะถ้าหากแผ่นภาพหรือเพลงใดที่ไม่ตรงใจหรือความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะชะงัก ไม่สามารถนึกหรือระลึกความหลังได้ เพราะผู้ดูหรือผู้ฟังแต่ละคนจะเห็นและนึกถึงสิ่งต่างๆ ในภาพและเสียงที่แตกต่างกัน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมและภูมิหลังทางวัฒนธรรม ทักษะและวุฒิภาวะของแต่ละคน นอกจากนี้ในผู้สูงอายุบางราย ได้เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยเพื่อช่วยกระตุ้นในการระลึกความหลัง

ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม

ผู้ศึกษาได้ศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในชุมชนอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยโปรแกรมการบำบัด 6 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และติดตามผลหลังบำบัดครบ 6 ครั้งอีก 2 สัปดาห์ ช่วงเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่ใช้เวลาช่วงตอนเย็นและวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมเพราะผู้สูงอายุได้พักผ่อนและทำภารกิจส่วนตัวเรียบร้อยแล้ว และระยะเวลาที่ดำเนินกิจกรรมบำบัดในแต่ละครั้งไม่เกิน 30 – 45 นาที เป็นระยะเวลาที่มีความเหมาะสมไม่น้อยและไม่มากเกินไป

ผู้ดำเนินกิจกรรม

ผู้ดำเนินกิจกรรมจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ ทดลองฝึกปฏิบัติการในโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ทำให้เกิดความเข้าใจทั้งเนื้อหาของการระลึกถึงความหลังและความเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจนสามารถเชื่อมโยงประเด็นให้สอดคล้องกับความต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นอกจากนี้ สัมพันธภาพที่ดีของผู้ดำเนินกิจกรรมที่แสดงถึงความห่วงใย ใส่ใจและให้คุณค่า ให้การต้อนรับเป็นกันเองต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นของผู้ดำเนินกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดแผนการดำเนินโปรแกรม จะเห็นได้จากการดำเนินการศึกษาเป็นไปอย่างราบรื่น และพบปัญหาระหว่างการศึกษาน้อยมาก

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโปรแกรม การนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้ในครั้งนี้ มีปัญหาอุปสรรคดังนี้

1. ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้ ทำให้มีความยากลำบากในการสื่อสาร ผู้ศึกษาได้มีการปรับวิธีโดยการใช้รูปภาพในการอธิบาย หรือใช้วิธีเขียนแล้วอธิบายให้ฟังทีละขั้นตอนแทน และที่สำคัญไม่ควรข้ามขั้นตอนซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสับสน
2. ระยะเวลาในการบำบัดตามโปรแกรม ในแต่ละครั้งอาจไม่ตรงกับวันนัดทำกิจกรรมทุกครั้ง แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุ ผู้ดำเนินกิจกรรม และกรอบระยะเวลาการดำเนินงานตามโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังในผู้สูงอายุอื่นที่ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธ ถึงแม้ว่ากิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ การนำไปใช้ครั้งต่อไปควรจะมีการปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับค่านิยม ความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ถ้านำโปรแกรมไปใช้กับผู้สูงอายุอื่นที่ไม่ได้นับถือศาสนาพุทธเช่นเดียวกับผู้สูงอายุในการศึกษานี้ กิจกรรมที่ 5 ที่ให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงบุญกุศลที่เคยทำมา อาจต้องมีการปรับให้ระลึกถึงสิ่งที่เป็นสากล โดยไม่ต้องมีบริบทของความเชื่อทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น ระลึกถึงการกระทำดีในอดีต
2. ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากให้ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลแล้ว เพื่อคงไว้ซึ่งผลของโปรแกรม อาจมีการจัดให้มีการระลึกความหลังในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ผ่านการได้รับโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลแล้ว โดยที่ข้อดีของกระบวนการกลุ่มจะช่วยลดการแยกตัวจากสังคมของผู้สูงอายุ และช่วยเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ
3. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นสถานที่ในการดำเนินโปรแกรม ดังนั้นจึงมีการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมในกิจกรรมระลึกความหลังของผู้สูงอายุด้วยการประยุกต์การใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งความเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา วางแผนการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

การนำผลการศึกษาไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางพยาบาล ดังต่อไปนี้คือ

2.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถนำวิธีการระลึกความหลังแบบบุคคลไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ผู้บำบัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทักษะของการสนทนาเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคล และทักษะที่ช่วยปรับจากความคิดแง่ลบเกี่ยวกับตนเองเป็นมองตนเองในมุมมองใหม่ โดยผ่านกระบวนการระลึกความหลัง ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาค้นคว้า การฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชำนาญ จึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นผู้ใช้โปรแกรมระลึกความหลังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรงแล้ว พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลที่มีความสนใจที่จะใช้โปรแกรมระลึกความหลัง โดยช่วยให้พยาบาลที่สนใจได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีการพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นสามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของหน่วยงานได้ดี พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังมีหน้าที่ในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานให้ทราบและเรียนรู้ถึงวิธีการดำเนินการตามโปรแกรม โดยมีพยาบาลช่วยให้คำแนะนำเป็นระยะๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถที่จะดำเนินโปรแกรมได้ตามที่วางแผนไว้ อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนาวิธีประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมด้วย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทีมบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ โดยมีส่วนร่วมในการสร้างระบบเฝ้าระวังปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์และความชุกของปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแก่บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการที่จะดำเนินการให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล นอกจากนี้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวทยังทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการสนับสนุนโครงการป้องกันและลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

2.2 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ผลจากการศึกษาการนำโปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้นำไปสู่การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ตัวอย่างเช่น ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมระลึกความหลังในระยะยาวประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม หรือการศึกษาที่ผนวกเอาครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชน หรือการศึกษาโปรแกรมระลึกความหลังแบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

IMPLEMENTING THE INDIVIDUAL REMINISCENCE PROGRAM IN OLDER ADULTS WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

CHULEEKORN KITTIKUMHANG 4937004 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON,
Ph.D. (NURSING), SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing)**EXTENDED SUMMARY****Introduction**

Nowadays the age structure of Thailand has been changed: Thai society has changed to be aging society as a result of medical and health care advancement. This advancement makes people live longer and the elderly population grows quickly, both in number and population ratio within a short period of time. In 2007 the elderly population of Thailand was 7 million, which was about 10 percent of all Thai population. In 2020 it is estimated that the elderly population will reach 10.7 million or 16.8 percent of all Thai population (National Statistics Institute, 2007). When the society has more elderly people and these people live longer, it is necessary for the society to provide care and treatment to this group of people, who are in natural changing and in a period of human beings. Aging causes physical, mental, emotional, and social status changes (Lueboonthawachai, 2002). The elderly have the higher possibility to have physical and mental health problems, particularly depression, than the other people do (Thongtang et al., 2001).

Depression in the elderly is a symptom from physiological, emotional, and cognitive changes, including emotional distortion from various factors. The elderly with depression have depressive moods, hopeless and worthless feelings, social isolation, a lack of interest, or are not happy in almost all kinds of activities at least

two weeks (Buschmann, et al., 1998). Depression in the elderly is a crucial mental health problem, which is overlooked and misunderstood that it is a symptom of aging. Presently, depression in the elderly has been gained more attention from the society because the depression prevalent rate increases (Snashshall, 2008). In Thailand, Thongtang et al. (2002) reported that the prevalent rate of depression in the elderly was 12.78 %: about 8.23 % had depression alone and 4.55 % had depression, along with brain problems. A study in the elderly in Nakornrachasima Province showed that 20.70% of the elderly had depression and its prevalent rate was 3.28 to 1000 populations (Chaocheng & Promadee, 2002). Besides depression, the elderly often have other problems. A study on intended suicidal and suicidal ideas in the Thai elderly revealed that 90 % of suicidal in the elderly were correlated with depression (Medical Faculty, Siriraj Hospital, 2003). In addition, depression with anxiety (42.5%) and severe depression (25%) are co-morbidities in most psychological diagnosis (Boonnak& Yuntadilok, 1997).

When an individual is facing multiple changes while aging, it will lead to depression in his elderly period. A study showed that people in the aging period encounter many losses such as the losses in working position, social status, and leader role in the family as well as the losses in loved and close ones from the deaths of their life partners, relatives, and close friends (Chatithananont, 1997; Boonlong et al, 2001). Aging in the elderly leads to deteriorative changes of both body and mind. The deterioration increases with age and primarily causes physical and mental health problems in the elderly (Sungrasami, Sungrasami, & Ruengdej, 1997). A study by Meesiri (1997) revealed that the elderly have a tendency to feel loneliness and have mental problems. These changes stimulate stress, frustration, and social isolation, broken relationships with family members (Aunproma, 2001). If the elderly cannot adapt themselves to face with problems from aging changes, they will have depressive moods, paranoid, hopelessness, life tiredness, loneliness, easy crying, sadness, low self-esteem, inactiveness, and isolation. Eventually, they have depression (Hsieh & Wang, 2003; Jenanusart, 1998; Samanwongthai, 2006). If their depression is left untreated, they will develop severe depression, which may cause them to have suicidal ideas and finally commit suicide (Miller, 1995). It is necessary to help the elderly who

have depression as soon as possible before they have severe depression and have an idea to commit suicide (Inta, 2003).

Several kinds of care and treatment for depression in the elderly are provided to the elderly. The alternative care and treatments, avoiding using the medicines that cause many side effects to the elderly, focuses on psycho-social treatment. The psychological and social treatment is used for the elderly with mild to moderate depression. Psychotherapy is an example of psycho-social treatment. The therapy helps the elderly adjust themselves towards losses and hopelessness as well as enhance their self-esteem. Many kinds of the psychotherapy can be done in individual and in group (Sukanich et al., 1999). Counseling emphasizes solving problems of conflicts and difficulties in the elderly life, including the self-adaptation of the elderly. Cognitive behavioral therapy mainly corrects the thoughts of the elderly, from distorted thoughts to be the most reasonable thoughts. The therapy also adjusts the behaviors and trains new problem-solving skills (Robert, Hirschfei, & Shea, 2000). Behavioral therapy helps individuals to understand their problems and correctly solve the problems in order to gain positive experience for their life (Julkatappa, 1997). Progressive relaxation assists the elderly managing their stress and anxiety (Kijmoa, 1997). Additionally, family therapy is crucial because family has an important role to provide mental support and help the elderly in effectively reducing their depression. Furthermore, enhancing the social-role capacity of the elderly is a helping means to reduce their isolation that causes depression. A method to enhance the social-role capacity of the elderly is providing group activities for them. In the group activities such as recreational group activities and the participation in the elderly association, the elderly can learn and enjoy with the activities. The group process will help the elderly maintain their self-pride (Jenanusart, 1999). Besides these therapies, reminiscence allowing the elderly to tell their life in the past that is still in their good and impressed memory is another means appropriate for the elderly. Reminiscence makes the elderly feel satisfied and gain power to live. It is an alternative to reduce depression in the elderly (Shives & Isaaces, 2002).

Reminiscence is a therapy using thinking process to recall the past and to evoke past experiences and events, both negative and positive ones, though talking or having interaction with other people. The methods of providing reminiscence therapy

include both structured and unstructured therapies (Butler, 1963). Reminiscence therapy is suitable for helping the elderly cope with crisis and depression because it allows the elderly to recall the past, which suites well with the nature of the elderly, who love to think and talk about the past. Aging people love to look back to the past in order to examine and judge if their life of all past years was happy and successful and if they made their life worthwhile. If the elderly feel that they spent their life to the fullest and they did everything as they should, they will feel satisfied with themselves, they will let the past go. They also will seek peace, happiness, and appreciation in their aging life. They will accept their real being so that their mental state will be stable (Kaewkungwan, 1999).

Based on a review of the literature, reminiscence therapy was classified in several patterns. Murram (1989 cited in Jones, 1998) classified the reminiscence therapy in three patterns: 1) simple reminiscence, 2) information reminiscence, and 3) life review. Simple reminiscence is recalling thinking, without analyzing and evaluating, to the past. Information reminiscence is recalling experiences and knowing, through speaking or writing, in the past of the elderly in order to tell younger persons. Life review is recalling thinking about the past of the elderly to solve problems or conflicts in the past, via the process of scrutinizing what they had done in the past. Hamilton (1992) classified reminiscence therapy into two patterns: 1) group reminiscence and 2) one-to-one reminiscence. In the group reminiscence therapy, the group process helps the elderly achieve life satisfaction and reduce their social isolation. The group therapy encourages the elderly to participate more social activities. One-to-one reminiscence is recalling about the past of an individual elderly person. Reminiscence is conducted as either structured or unstructured therapies. The structured therapy sets the reminiscence topics that go with their life development; it starts from childhood, teenager, working period, love life, and adulthood. The selected topics of reminiscence are the ones that stimulate the elderly to feel happy and satisfied with their life in the previous years. The unstructured therapy allows the elderly to tell about the past events of whatever they want to tell to the therapist. The elderly set the topic of reminiscence. According to a review of the literature regarding the effectiveness of reminiscence, it was found that reminiscence makes the elderly both living in the community and at assisted living homes have sound mental health

and better quality of life (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2006). It also reduces the depression in the elderly in general (Hsu & Wang, 2009; Stinson & Kirk, 2005) and in the elderly with the deterioration of brain functions (Wang, 2007; Woods, et al, 2009). In addition, reminiscence enhances self-esteem of the elderly (Harrand & Bollstetter, 2000; Thongchan, 2001; Taunchaem, 2002).

In Thailand some researchers studied and developed an individual reminiscence program or one-to-one reminiscence for the elderly with depression. In this present study, the researcher studied one-to-one reminiscence program, developed by Wangwan (2007). The Wangwan's one-to-one reminiscence program was developed from a review of literature and relevant knowledge from books, papers, and research studies as well as from modifying group reminiscence that was developed by Jones (2003). Jones allows a group of elderly to recall about songs in 1920 to 1952, to recall about hobbies they used to have, share how they feel about the pictures in the past of the group members, discuss about the past voluntary work and activities, and also discuss about historical events or important events together. Furthermore, Wangwan applied the one-to-one reminiscence program, developed by Nitipakorn (2004), into her program development. Nitipakorn's program comprises the process that allows the elderly to recall the past of childhood, teenager, and adulthood, respectively. With regards to knowledge and evidence, as mentioned, Wangwan developed and improved her program that is appropriate in its contents, strategies, and process of the therapy so that it is convenient for use, transferable, and suitable for the context of the Thai elderly. The one-to-one reminiscence program of Wangwan is composed of 6 activities: 1) building a relationship and educating on depression 2) recalling the past in childhood period, 3) recalling the past during teenager period 4) recalling the past during adulthood period, 5) recalling the merit the elderly used to make, and 6) summarizing and repeating what the elderly received in the program. Wangwan tested her developed program for its effectiveness with 8 elderly persons. It was found that the depression of all 8 persons reduced. She also applied her program with 15 elderly persons, who have mild to moderate depression. It revealed that the depression of all 15 persons decreased when measured immediately and at two weeks after the program completion.

The researcher works at a primary health care center of health care service network in Panthong District, Chonburi Province. The health care center provides health promotion, health prevention, and rehabilitation of clients in the area for their physical and mental health problems. Presently, this area has changed from agricultural society to be industrial estate society. The members, who are in their working age, of this society go to work outside the houses. They leave the elderly to stay home as house sitters or/and take care their children and grand children. Consequently, the elderly face with a problem of self-adaptation, regarding their thoughts, understanding, and value, to live harmoniously with present society. This situation was corresponded with a study by Willmuth (1979, cited in Jenanusorn, 1999) in that depression often occurred in a high rate in the elderly living in industrial society. According to a survey for depression, using Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), in the elderly of Panthong District, Chonburi Province in 2007, it was found that 10.3 % of the elderly had mild depression and 9.59 % had moderate depression (Statistical Data, Panthong Health Office, 2007). If these elderly persons do not receive helps, they may develop severe depression. Based on this background problems and situations, the researcher, as a mental health nurse working in the community, was interested in applying one-to-one reminiscence therapy for assisting the elderly who have depression in the community. The researcher applied the one-to-one reminiscence therapy of Wangwan (2007). The results of assessing the implementation potential of this program will be an alternative for nurses working in the community. They can adjust the therapy to guide the development of activities and provide quality of care in order to reduce the depression and enhance the self-esteem of the elderly in the community.

Objectives

This study aimed to assess the implementation potential and results of applying the one-to-one reminiscence therapy to reduce depression and enhance self-esteem of the elderly in the community of Panthong District, Chonburi Province.

Operational Definition

The elderly means persons, both male and female, who are 60 years old and older (Royal Thai Government Gazette, 2003).

Depression means a feeling of gloominess, dismay, sadness, unhappiness, hopeless, and world-weariness. In this study, depression was assessed by Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), developed by Puangrin et al. (1994).

Self-esteem was defined as the attitude of a person towards himself by assessing himself that he is worth, meaningful, and capable as well as he has self-confidence and sees himself having importance and success in doing something. In this study, self-esteem was measured by Rosenberg Self-Esteem Scale (1965) that was translated from English to Thai by Mahasithiwat (1986).

One-to-one or individual reminiscence program therapy was defined as a therapy using reminiscence to recall the past experiences and events of life of the elderly by thinking and talking about both positive and negative experiences or by interaction among each other. This study used the individual reminiscence program for the elderly with depression of Piyarat Wangwan (2007). The program is composed of 6 activities, as abovementioned.

Method

This study aimed to assess the implementation potential and results of applying an individual reminiscence program therapy to reduce the depression and augment the self-esteem of the elderly in community of Panthong District, Chonburi Province. The study method is described as of following details.

Study Samples

Samples used in this study were the elderly, who live in Panthong District, Chonburi Province. The elderly had mild to moderate depression, as assessed by TGDS. Five elderly persons were recruited into the study.

Study Duration

The study took place from December 2008 to January 2009, which was 8 weeks in duration.

Study Tools

The tools utilized in this study included the tools used for study method and the tools used for data collection.

Tools for study method

1. *Reminiscence program*. This study used the one-to-one reminiscence program for the elderly with depression of Wangwan (2007). The program contains 6 activities, as aforementioned.

2. *Individual handbook for the elderly*. The researcher developed this handbook to give education to the elderly on depression and reminiscence therapy. The details of handbook are composed of characteristics of the reminiscence program therapy, a table for the therapy schedule, and content knowledge for each therapy. The content knowledge includes a definition of depression, causes of depression, depression self-care, and depression prevention, etc.

3. *Other tools* such as musical CDs, a CD player, pencils, paper, and pictures.

Tools for data collection

1. *A questionnaire assessing general information*. The researcher developed the questionnaire assessing general information regarding gender, age, marital status, educational level, income, source of income, number of family members, excluding the elderly themselves, and personal health/disease problems. The items of the questionnaire are alternative answers.

2. *Depression assessment*. The researcher applied Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), an interview scale, that was developed by Nipon Paungrin et al. (1994) to assess depression of the elderly. The scale contains 30 questions: 10 positive statements and 20 negative statements asking about how the elderly feel about themselves, their mental status, and society. There are two answer choices: “yes” and “no” for each statement. Scale scores are 0-30. There are 4 levels of depression that

are classified by the scale score: 0-12 = normal for Thai elderly persons; 13-18 = mild depression; 19-24 = moderate depression; 25-30 = severe depression.

3. *Self-Esteem Scale*. For this study, the researcher used Rosenberg's Self-Esteem scale, which is an interview scale. Mahasithiwat (1986) translated from English to be Thai and adapted it for appropriate use with the Thai elderly. The scale has 10 open-ended questions: 5 negative and 5 positive questions. The scale format is a 1-to-4 Likert rating scale: 4 = mostly agree; 3 = agree; 2 = do not agree; 1 = mostly do not agree. The scale yields 10-40 scores. The scores are classified in 3 levels: 10-20 scores = low self-esteem; 21-30 = moderate self-esteem; 31-40 scores = high self-esteem.

4. *A record data sheet of implementation potential in using the reminiscence program*. The researcher developed this record. It is used for recording the situations and activities during the therapy. The records focuses on the conversation, words, contents of reminiscence in each session of the therapy, how the elderly behave and interested in reminiscence in each session, face and body expressions of the samples, and barriers and difficulties during implementing the therapy.

Protection the rights of participants

The program therapy of this study was approved by research ethic committee of Medical Faculty, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The researcher was allowed to collect data in the area from the head of primary health care center and Health Office of Panthong District, Chonburi Province.

Steps of Implementation

The therapy implementation contained 3 steps as follows:

1. Preparation

1.1 Before conducting data collection, the researcher presented a study approval letter from Graduate School, Mahidol University to Panthong District's Health Office, Chonburi Province in order to solicit a permission and cooperation in study implementation

1.2 After the permission was granted, the researcher met with the head of a primary health care center in order to inform her about the study objectives and ask for her cooperation.

1.3 The researcher prepared a research assistant to help in data collection. The research assistant conducted interviews with the participants at pre-program intervention, after intervention, and follow-up. The research assistant is a professional nurse working in Panthong District, Chonburi Province. She has experiences in elderly nursing care. The researcher informed her about the study objectives, steps of data collection, study implementation, interviewing tools, questions, and how to take note. This preparation made both researcher and research assistant be in the same direction for the study implementation.

1.4 The researcher selected the elderly to participate in the study by relying on the established criteria. She used the TGDS to select 5 participants. The researcher met them by giving self-introduction, explaining the study objectives, steps of the study implementation, asking their cooperation in the data collection, and explaining the rights of participants. The researcher explained that the participants had a right to participate or not participate anytime in the study and all information and data are confidential. The data were used only in this study. Then, the researcher implemented the study.

2. Study implementation

2.1 The researcher met the elderly who had first depression at home. The researcher built a relationship with them by introducing herself. She explained the study objectives, steps of study implementation, asked for their cooperation in data collection, and informed them about the right to agree or not agree to participate in the study. The researcher told the participants that all information and data would be kept confidential and they would be used only in this study. Then, the implementation took place, step by step as planned. The researcher let the research assistant interviewed the elderly who had depression by using a questionnaire assessing general information, TGDS, and Self-Esteem scale.

2.2 The researcher implemented the reminiscence therapy program of Wangwan (2007) that contains 6 activities, as abovementioned. Each

activity took 30-45 minutes, once a week, and 6 weeks consecutively. Afterwards the researcher conducted a follow-up for results of the therapy in 2 weeks.

3. Evaluation

The evaluation of the outcome therapy was done in two ways.

3.1 The outcome was evaluated from depression score and self-esteem score of the elderly at pre-intervention, after completing the intervention, and at two week after intervention.

3.2 During each therapy session, the outcome was evaluated from the record sheet of implementation potential in using reminiscence therapy.

Data Analysis

The researcher collected all information and data to examine for the completion of answers in the assessment scales that were used before the program intervention, after completing the program, and at two weeks of follow-up after the program. There were two types of data: qualitative versus quantitative data.

1. Quantitative data included personal data, depression score, and self-esteem score. These data were analyzed by using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

2. Qualitative data from the record data sheet of implementation potential in using reminiscence therapy contained situations during the therapy, words and conversations, contents of reminiscence of each therapy session, attention behaviors, facial and body expression of participants, and barriers/difficulties during the therapy. These data were analyzed by using content analysis, based on objectives. The content analysis allowed theme classification.

Study Results

In this study, the results of study were presented and discussed into two parts: Part I: outcomes of implementing the one-to-one reminiscence program and Part II: the implementation potential of applying the one-to-one reminiscence program.

Part I: Outcomes of implementing the one-to-one reminiscence program

Outcomes of implementing the one-to-one reminiscence program were presented in two parts: personal data and the program effectiveness.

Personal data

The participants were 5 elderly persons: 3 females and 2 males. They were in between 65-69 years old and 75-79 years old. Three of them were married and the other two were widowed. All five participants graduated with elementary school. Two of them had monthly incomes of 1,001-3,000 bahts. Three of them earned their incomes mostly from work whereas the other two earned from their offspring. Most participants had 1-2 family members, besides themselves. Two participants had hypertension and diabetes; two participants had hypertension, diabetes, and knee pain; the other one had hypertension.

Program effectiveness

Depression outcome. This study showed that the depression of the elderly decreased after completing the one-to-one reminiscence program. The depression scores, as classified for level of depression, of all 5 elderly participants were in moderate depression level. When assessing the depression scores after the program completion and at 2 weeks of follow-up, the depression scores of all 5 participants were in mild depression level.

Self-esteem outcome. This study revealed that the self-esteem of the elderly increased after completing the one-to-one reminiscence program. Before participating the one-to-one reminiscence program, the self-esteem scores, as classified for level of the self-esteem, of three participants were in moderate level and of two participants were in low level. After completing the program and at two weeks of follow-up, the self-esteem scores of all 5 participants were in moderate level.

Part II: The implementation potential of applying the one-to-one reminiscence program

The implementation potential of applying the one-to-one reminiscence program was described in 4 areas: contents and strategies in implementing the

program activity, duration of the program therapy, program therapist, and barriers/difficulties of program implementation.

Contents and strategies in implementing the program activity

The contents and strategies in implementing the reminiscence program activity followed the program handbook. However, some strategies for implementing the program activities were adjusted to match with the contexts of each individually elderly person. Implementing the program activities for reminiscence therapy in this study applied some materials such as pictures, photographs, and songs to stimulate good attentions and cooperation of the elderly in reminiscence program therapy. In the each session of the therapy, the therapist should prepare extra pictures or songs. If the elderly did not like some pictures and songs, the elderly would cease their interest and could not recall the past. Watchers and listeners see and recall the events in the pictures and sound in the songs differently; it depends on past experiences, cultural backgrounds, attitude, and maturity of persons. In addition, allowing family members to join the program activities for talking about the past stimulates the reminiscence of some elderly persons.

Duration of the program therapy

The researcher studied the application of one-to-one reminiscence program for the elderly with depression in Panthong District, Chonburi Province. The program is composed of 6 sessions of the therapy: 30-45 minutes per session, once a week for the continuous 6 weeks, and follow-up at two weeks after the completion of 6 week-sessions. The best times for implementing the program therapy were in the evening and weekends because the elderly already had their rest and completed their personal business. The proper duration of the therapy should be no more than 30-45 minutes, which are not too little or not too much time consuming.

Program therapist

The program therapist needs to have experiences and conducts a pilot test in applying the reminiscence program. Therefore, the therapist will gain understanding the contents of reminiscence as well as problems and needs of the elderly with depression. As a result, issues and activities are matched with the needs of the elderly. Also, the elderly will pay attention on the therapy and give good cooperation. In

addition, the therapist should have a good relationship that shows her cordial care, concern, respect, and welcome to the elderly. This relationship is necessary for the therapist to have so that the elderly can give a good cooperation throughout the program. Therefore, the program implementation would go smoothly and few problems arose.

Barriers/difficulties of program implementation

1. Some difficulties arose in the implementation of program therapy. Some elderly participants could not read and write so that it was difficult for communication. Therefore, the researcher adapted the therapy strategies by drawing pictures, writing, and explaining each step. It was necessary to do every step, not skip any step, so that the elderly would not get confused.

2. Each time of the therapy may not be the time that was scheduled. The therapy time should be adapted appropriately with the elderly, therapist, and time frame set in the program implementation.

Recommendations for future studies

1. The reminiscence program can be applied with the elderly, who are not Buddhists. All 6 activities in the one-to-one reminiscence program used in this study showed that they help to reduce depression in the elderly and increase self-esteem of the elderly with depression. However, future application should adjust the program activities suitably with the value and belief of the elderly samples. For example, if the program is used with the elderly, who are not Buddhists, the fifth activity that allows the elderly to recall their past merit may be adjusted to be recalling something else in general; it doesn't need to be related to religions. Recalling the good things the elderly used to do in the past may be an alternative.

2. In this study, after the elderly completed the one-to-one reminiscence program, the group reminiscence program may be provided for these elderly. The positive outcomes of the group reminiscence include reducing social isolation and increasing social support to the elderly.

3. In this study, the houses of the elderly were used for the program implementation. This implementation opened a chance to family members to participate in the program. Applying the one-to-one reminiscence program by

allowing the family members to join the program aims to make the family understand about the changes, both sickness and mental problems, of the elderly and plan to take care and help the elderly later on.

Implications

The results of this study can be applied in nursing practice and research.

2.1 Nursing practice Mental health and psychological nurses working in the community can apply the one-to-one reminiscence program with the elderly who have depression. In the program application, the therapist should have knowledge and understanding about depression in the elderly, have conversation skills for individual therapy, and skills to modify negative thoughts about oneself to new positive thoughts towards oneself, through reminiscence process. To yield the most effective outcomes, the therapist needs to study, search for knowledge, be trained, and practice to gain expertise in the reminiscence therapy.

In addition to apply the reminiscence program, the mental health and psychological nurses can be consultants for nurses, who are interested in applying the program. The mental health nurses assist nurses, who are interested in using the program, learning about practicing with evidence-based practice and show them that the program, developed from evidence-based practice, can meet the needs and solve the problems of organizations well. Mental health nurses have a role in training health care personnel in the organization to understand and learn about the program implementation or intervention. The mental health nurses periodically recommend them so that they can implement the program as planned. The mental health nurses can assist in developing the method to evaluation the program effectiveness. They have a role in helping and supporting health care team. They are a part of building a surveillance system to watch for depression in the elderly. They provide the personnel in the organization incidence and prevalence rates of depression in the elderly as well as suicidal risk of the elderly with depression in order to help the personnel making a decision on what needs to be done harmoniously with the government policy. Furthermore, mental health nurses perform a function of contacting and coordinating with useful resources in the community. They support the projects that prevent and

reduce depression in the elderly as well as support the means to prevent suicidal in the elderly with depression.

2.2 Nursing research The results of implementing the one-to-one reminiscence program in reducing depression and increasing self-esteem of the elderly in the community lead to conducting future studies. For instance, the studies should be conducted to evaluate the long term effective results of the reminiscence program. The studies should include family and community in the application of one-to-one reminiscence program in reducing depression and enhancing self-esteem of the elderly in community. The studies may be conducted to study group reminiscence programs in reducing depression in the elderly.

รายการอ้างอิง

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. *สารศิริราช*, 51(4), 232-243.
- กนกศรี จาดเงิน. (2543). เปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลีน สาดรา. (2531). ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษาในกรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรกช สังขชาติ. (2536). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ *Introduction to the Elderly*. ชลบุรี:ภาควิชาการศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัลยาณี เจนอนุศาสตร์. (2542). เปรียบเทียบระหว่างผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกษม ดันดิผลาชีวะ และกุลยา ดันดิผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์.
- เกษม เล่งเวหาสถิตย์, กาญจนา รามสูตร, และจรรยา สันตยากร. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการแพทย์* เขต 8,5(2), 115 – 121.

- เกษราภรณ์ คุณานุวัฒน์ชัยเดช. (2543). *สุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจมิกา ยามะรัต. (2527). *ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวง เกษตรและสหกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จงกรม ทองจันทร์. (2544). *ผลของการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบ ต่อความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองและความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย บูรพา.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). *ภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล*. *พยาบาลสาร*, 25(3), 9-20.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. (2533). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จินตนา วาฤทธิ และคณะ. (2533). *ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาล มหาราช นครเชียงใหม่*. รายงานการวิจัย.
- จันทิมา องค์ไวยมิต. (2545). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น.
- จันทร์แรม กิจเหมาะ. (2540). *ประสิทธิผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดใน นักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนิน ชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ ต. สกุล. (2545). *จิตเวชชุมชน เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช: นนทบุรี.
- จำลอง ดิษขณิก, พร้มเพรา ดิษขณิก. (2546). *ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า*. *สมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย*, 48(3), 185-199.
- เฉลิมวรรณ เกตุสวัสดิ์. (2546). *ผลของกลุ่มระลึกถึงความหลังร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบภาวะ นิยมต่อความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ฉันทนา กาญจนพจน์. (2530). *ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตราโน้ตของผู้นสูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้นสูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุลธิพร ศรีไชยวาน. (2542). *เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการฝึกสมาธิแบบอาณานิพนธ์ที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้นสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เชอริ ทองเพ็ญ. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความผาสุกในชีวิตของผู้นสูงอายุในชมรมผู้นสูงอายุ กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโทปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ครุณี ชูณหะวัต และคณะ. (2539). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกรู้ค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้นป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *ราชบัณฑิตยบาลสาร*. 1(2), 31-43.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้ารักษาหายได้*. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ธรรมรจนา อุดม. (2547). *ประสิทธิผลของโปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุงในผู้นสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). *ความรู้สึกรู้ค่าในตนเองของผู้นสูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้นสูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- นิศา ชูโต. (2525). *คนชราไทย*. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยสังคม: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาดี และคณะ. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้นสูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์วารสาร*, 35(4), 195-203.

- เนตรนภา จัตุรงค์แสง. (2540). การเปรียบเทียบอัมโนโทสน์และความเข้มเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในหรือภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาศิลปศาสตรการแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2532). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง. รายงานการวิจัย องค์การอนามัยโลก กรุงเทพฯ: สามติการพิมพ์.
- ประกาศ จิตตาศิริวัตร. (2544). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลสวนแตง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดชุมพร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 24(1), 92 - 98.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2540). โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(1), 35-38.
- ปาลิรัตน์ พรทวีกันทา. (2545). ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. ใน บุญศรี นุกฤต, และปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (บก.), การพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 39 – 69). นนทบุรี: บุทธรินทร์การพิมพ์.
- ปริญญา โทมานะและระวีวรรณ ศรีสุชาติ. (2548). ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(1), 28 – 37.
- ปิยะรัตน์ แวงวรรณ. (2550). การใช้โปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรีชา ศตวรรษารังและคณะ. (2544). การศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พยอม อิงคตานุวัฒน์. (2525). จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ: โครงการตำราศิริราช.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2545). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: [ม.ป.พ.].
- พิชากัด ประทีปเสถียรกุล. (2541). ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเครียดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการดัดตั้งกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- พินิลักษณ์ นิติภากรณ์. (2547). ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญศรี หลินสุวรรณ์. (2543). การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช ทับมณี. (2541). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. (จิตวิทยาคลินิก), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภคนิช ต่วนชะเอม. (2545). ผลของกลุ่มระลึกถึงความหลังต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รณชัย คงสกนธ์, วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์, อัญชลี ตมียะประดิษฐ์และคณะ. (2548). ปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้า. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548. กรุงเทพฯ.
- รมิตา คงเจริญ. (2546). ผลของการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี การประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข.
- รุ่งนภา ชาญสุข. (2541). เปรียบเทียบผลการใช้กิจกรรมกลุ่มจิตสัมพันธ์และกิจกรรมกลุ่มงานอดิเรกที่มีต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าแห่งตนในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรabanบางละมุง จ.ชลบุรี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตดาพร สันติวงษ์. (2550). การบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติในการดูแลบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เรณู อินทร์ตา. (2548). ผลของการระลึกถึงความหลัง ต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ถิรธรรม อุณนาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- ลำเนาวัลย์ เรืองยศ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดา แสนสีหา. (2541). ในฉวีวรรณ สัตยธรรม (บรรณาธิการ). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- วรรณภา บุญระยอง. (2542). การจัดกลุ่มระลึกถึงความหลังสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารกิจกรรมบำบัด, 4(2), 11-14.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2523). คู่มือการแพทย์เรื่องโรคประสาทและการรักษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บำรุงนุกูลกิจ.
- วิชัย คาริกานนท์และคณะ. (2539). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 2 วันที่ 18-20 กันยายน 2539.
- วันเพ็ญ เชาวเชิง และเกรกศ พรหมดี. (2544). การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- วันเพ็ญ วงศ์จันทร์. (2539). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาริ กังใจ. (2540). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2533). ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21(1), 1-24.
- _____. (2540). ทฤษฎีจิตวิทยานุคลิกภาพ รู้เขา-รู้เรา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- _____. (2545). จิตวิทยาพัฒนาทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น – วัยสูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีวรรณ ดันศิริ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวสันเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 6(1), 32-39.
- ศิริรัตน์ คุปต์วิวัฒน์และศิริเกียรติ ยันตติลล. (2540). การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(1), 39-54.
- ศิริชัย คาริกานนท์และคณะ. (2539). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 18 – 20 กันยายน 2539.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สรวิทย์ สังข์ศรี, พิมพ์ภรณ์ สังข์ศรี และสุวรรณี เรืองเดช. (2540). การศึกษาอารมณ์เศร้าในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 28(2), 1-11.
- สายยนต์ เจริญจำ. (2535). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ. เทคนิค. (2547). *ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด*. เชียงใหม่: คณะการแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณา วุฒิธฤทธิ. ผลของการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี*, 16(1), 19-28.
- โสภิต สุวรรณเวลา. (2537). *ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา รำพึงกิจ. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2543). อารมณ์ซึมเศร้า. *ศรีนครินทร์ เวชสาร*, 15(1), 23-27.
- สุวณีย์ เกียรติแก้ว. (2527). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป๋อง.
- สุดสบาย จุลทักพะพะ. (2540). การบำบัดรักษาอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *สารศิริราช*. 49(12), 1200-1209.
- สุพัตรา สุภาพ. (2536). *สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัวยุคใหม่ ศาสนา ประเพณี*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวนีย์ พงษ์. (2542). *ผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากรรมฐาน) ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล. (2546). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซิกกรงโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2536). *ปัญหาผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สมชายการพิมพ์.
- อรพรรณ ทองแดง. (2542). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการศึกษาศาสตร์ประเทศไทย*, 15, 86-89.
- อรพรรณ ทองแดงและคณะ. (2544). *การวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย*. เอกสารประกอบการวิจัยในโครงการ วสส.1.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2543). *การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 12, 14-24.
- _____. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือทองเงิน. (2535). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชราบ้านบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรชума พุ่มสวัสดิ์. (2539). *การเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูในรูปแบบที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของตนเอง*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชรรรมสาร.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Barry, P. D. (1989). *Psychosocial nursing assessment and intervention: Care of the physically III person* (2nd ed.). Philadelphia: I.B Lippin Cott.
- Berkman LF, Berkman CS, Kasal S, et al. (1986). *Depressive symptoms in Relation to Physical And Functioning in the elderly*. (pp372:388). AM J Epidemiol. Burnside, I.M. (1988). *Nursing and the aged: A self-care approach* (3th ed). New York: McGraw-Hill.
- Blazer. D. G. (1982). *Depression in last life*. London: Mosby.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2006). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging Mental Health*, 11(3), 291-300.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094.
- Burnside, I. M., (1983). Reminiscence as a modality. *Aging and Mental Health*. 4, 81-85.
- _____. (1988). Reminiscence and other therapeutic modalities. In I. M. Burnside (Ed.), *Nursing and the aged: A self-care approach* (3th ed., pp. 645-686). New York: McGraw-Hill.
- _____. (1994). Reminiscence and life review: Therapeutic intervention for older people. *Nurse Practitioner*, 19(4), 55-61.
- Burnside, I. M. & Haight, B. (1992). Reminiscence and life review: Analyzing each concept. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 855-862.
- Butler, R. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76.
- Cook, E. (1998). Effect to reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care for Women International*, 19, 109-118.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedent of self-esteem*. Sanfrancisco: Freeman.

- _____. (1984). *SEI: self-esteem inventory*. Palo Alto, C. A.: Counseling Psychologist Press.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological nursing*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Erickson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Feedwan, A. M. (1986). *Psychosocial and Psychotherapeutic measures in elderly depression patients*. n. p.
- Gerdano, D., & Everly, G. (1979). *Controlling stress & tension: A holistic*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs.
- Hall, D. A. (1976). *The aging of connective tissue*. New York: Academic.
- Hamilton, D. B. (1992). Reminiscence therapy. In G. M. Bolecerk, & J. C. Mecloskey (Eds.), *Interventions essential nursing treatment* (2nd ed., pp. 272-278). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Harrand, A. G., & Bollstetter, J. J (2000). Developing a community-base reminiscence group for the elderly. *Clinical Nurse Specialist*, 14(1), 17-24.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-1259.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A (1988). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hogstel, M. O. (1990). *Depression*. Geropsychiatric Nursing. [n.p]: The C.V. Mosby Company. (pp.131-176).
- Hsieh, H. F., & Wang, J. J (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adult: Systematic review. *International Journal Nursing Study*, 40(4), 335-345.
- Hsu, Y. C., & Wang, J. J. (2009). *Physical, Affect, and Behavioral Effect of Group Reminiscence on Depressive Institutionalized Elders in Taiwan*. *Nursing Research*, 50(4), 294-299.
- Huber, K., & Miller, P. (1984). Reminiscence with the Elderly...Do it!. *Geriatric Nursing*, 8, 84-87.
- Hughes, C. (1997). Depression and mania in later life. In I. Norman & S. Redfern (Eds.), *Mental health care for elderly people* (pp. 141-161). London: Pearson professional.

- Jasmin, S., & Trygstad, L. (1979). *Behavioral concepts and the nursing process*. St. Louis, M. O.: The C. V. Mosby.
- Johnson, B. S. (1997). *Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Jones, E.D., & Beck-Little, R. (2002). The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adult. *Issues Mental Health Nursing*, 23(3), 279-290.
- Kirk, E. (2005). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 208-218.
- Kranch, P. (1995). Assessment of depressed older persons living in home setting. *Home Health Care Nurse*, 13(3), 61-64.
- Kurlowicz, L. H., & Facluty, N. (1997). Nursing standard of practice protocol: Depression in elderly patients. *Geriatric Nursing*, 18(5), 192-200.
- Lappe, M. J. (1987). The life review therapy. *Journal of Gerrontological Nursing*, 13(4), 12-16.
- Lazarus, L. W. (1984). Depression. In Wilson, L. B., Simson, P.S., & Baxfer, C.R. (Eds.), *Handbook of Geriatric Emergency Care*. (pp. 202-206). Baltimore: University Park Press.
- Irwin, M., Daniels, M., Bloom, E. T., Smith, T. L., & Weiner, H. (1987). Life event, depressive symptoms and immune function. *American Journal Psychiatry* 144(4): 437-441.
- Maslow, A. W. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Basic Book.
- McMordie & Blom. (1979). Mentoring–reminiscence: A conceptual and empirical analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, 39(4), 321-336.
- Miller, C. A. (1995). *Nursing care of older adults: Theory and Practice* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- _____. (1999). *Nursing Care of Older Adults Theroy and Practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Neese, J. B. (1991). Depression in the general hospital. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), 613-622.
- Newbern, V. B. (1992). Sharing the memories The value of reminiscence as a research tool. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(5), 13-18.

- Nugent, E. (1995). Thy to reminiscence... reminiscence as a nursing intervention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(11), 7-11.
- Osborn, C. L. (1989). Reminiscence when the past eases the present. *Journal of Gerontological Nursing*, 15(10), 6-12.
- Parent , C. J., & whall, A. L. (1984). Are physical activity, self-esteem & depression related. *Journal of Gerontological Nursing*, 9, 75-79.
- Parker, R. G. (1995). Reminiscence: A continuity theory framework. *The Gerontologist*, 35(4), 515-525.
- Patterson, I. (1998). Leisure programs and older people in care. *Geriatric*, 16(3), 24.
- Puentes, W. S. (2000). Using social reminiscence to teach therapeutic communication skill. *Geriatric Nursing*, 21(6), 315-318.
- Robert, M. A., Hirschfei, M. D., & Shea, M. T. (2000). Mood disorder: Psychotherapy. In B. Sadock & V. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- _____. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.
- Sellers, S. C., & Stork, P. E. (1997). Reminiscence as an intervention: Rediscovering the essence of nursing. *Nursing Forum*, 32(1), 17-32.
- Sesse, C. R. (1978). *Person to Person*. C. A.: Bemott Co. Inc.
- Shive, L. R., & Isaacs, A. (2002). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing* (5th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Smit, F., Ederveen, A., Cuijper P., Deeg, D., & Beekman, A. (2006). Opportunities for cost-effective prevention of late life depression. *Archive of General Psychiatry*, 63, 290-296.
- Snyder, M. (1998). Reminiscence. In M. Snyder (ED.), *Complementary alternative therapies in Nursing* (3rd ed., pp. 211-219). New York: Springer Publishing.
- Steven-Ratchfort, R. G. (1993). The effect of life review reminiscence activities on depression and self-esteem in older adult. *American Journal of Occupation Therapy*, 47(5), 413-420.

- Taft, L. B. (1985). Self-Esteem in late life: A nursing perspective. *Advance in Nursing Science*, 8(10), 79.
- Valente, S. M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. *American Journal of Nursing*, 94(12), 18-28.
- Walker, L., & Avnant, K. (1983). *Strategies for theory construction in nursing*. New York: Norwalk.
- Walker, J. I., & Covington, T. R. (1984). *Current geriatric therapy*. Philadelphia: W.B. Sanders.
- Wallace, R. B. (1992). Aging and disease: From laboratory to communication. *In the epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press.
- Wang, J. J.(2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 57-62.
- Wang, J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1235-1240.
- Wang, J. J., Hsu. Y. C., Cheng. S.F. (2005). The effects of reminiscence in promoting mental health of Taiwanese elderly. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 31-36.
- Woods, R., et al. (2009). Reminiscence group for with dementia and their family carers: pragmaticeight-centre randomized trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. *Trials*, 10-64.
- World Health Organization. (2002). *Mental Health; Responding to the call for action. Fifty-fifty world health assembly*. Retrieved December 15, 2009, from <http://www.WHO.org>.
- Wiggins, I. D., & Giles, T. A. (1984). The relationship between counselors and students self-esteem as related to counseling outcomes. *The School Counselor*, 32(9), 18-22.
- Yang , J. A., & Rehm, L. P. (1993). Depressed and nondepressed elderly individuals. *International Journal Aging Humen Development*, 36(1), 39-55.
- Yurick, A. G., et al. (1980). *The age person and the nursing process*. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.



ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การบำบัดครั้งที่ 1

เรื่อง มารู้จักภาวะซึมเศร้ากันเถอะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่ความรู้สึกไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน
2. เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวลในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมการระลึกถึงความหลัง
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ

สื่อ / อุปกรณ์

1. แผ่นพับแนะนำการบำบัดตามโปรแกรม
2. ดินสอ / ปากกา
3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป / แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เวลา 30 – 45 นาที

การประเมินผล

ประเมินผลจากสัมพันธภาพที่ดี คุณเคยและไว้วางใจในการที่จะระบายความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ และการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามที่ได้นัดหมายไว้

วิธีดำเนินการ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้สูงอายุ โดยผู้ศึกษาแนะนำตัวด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและใส่ใจผู้สูงอายุ (การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญในการดำเนินโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง เช่นเดียวกับการบำบัดรักษาวิธีอื่นอันเนื่องจากการทำหน้าที่เป็นสื่อกลางให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงและความร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งในการระลึกถึงความหลัง ผู้สูงอายุและผู้ศึกษาจะต้องร่วมมือกันอย่างมาก)

2. พูดคุย ซักถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักการและความสำคัญของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับ (ใบความรู้ที่ 1)

4. ผู้ศึกษาเปิดประเด็นให้ผู้สูงอายุพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีต เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

5. ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาที่ได้มีการพูดคุย พร้อมนัดหมายวันที่ เวลา.....น.

ใบความรู้ที่ 1

ภาวะซึมเศร้าและการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยวิธี “การระลึกถึงความหลัง”

(Reminiscence therapy)

เหตุผลและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นการป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและความคิด ซึ่งผลของภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การหลับนอน ความรับรู้ตัวเอง ผู้ป่วยไม่สามารถประสานความคิด ความรู้สึกของดังเพื่อแก้ไขปัญหา หากไม่ได้รับการรักษาอาการอาจจะอยู่เป็นเดือน

สาเหตุ

1. มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทจากการมีอายุมาก
2. โรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน
3. ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกท้อแท้ หดหู่ รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า
4. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ญาติหรือคนใกล้ชิด การต้องออกจากงาน ฐานะทางการเงินฝืดเคือง ขาดคนดูแลช่วยเหลือ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม

อาการและอาการแสดง

1. ด้านอารมณ์ จะรู้สึกผิดหวัง เศร้า ท้อแท้ ร้องไห้ อาจรู้สึกโกรธ เกลียด กลัว หรือระแวงง่าย ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจสิ่งต่างๆและรู้สึกว่าในชีวิตไม่มีสิ่งใดที่ดีเลย
2. ด้านความคิด จะรู้สึกคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง จะคิดหมกมุ่นในสิ่งที่ปัญหา แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือช่วยตนเองได้เลย สมาธิลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจได้ รู้สึกหดหู่ ตำหนิตนเอง
3. ด้านพฤติกรรม การแสดงออก ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ละเลยในการดูแลกิจวัตรประจำวัน แยกตัวออกจากสังคม
4. ด้านร่างกาย การนอนหลับเปลี่ยนไป อาจไม่นอน นอนหลับยาก ตื่นเช้ามาก หรือนอนมากเกินไป ความอยากอาหารเปลี่ยนไป รู้สึกมีความผิดปกติทางด้านร่างกายเกิดขึ้น

ทำไมเราต้องมาระลึกถึงความหลัง?

Erikson ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลมีขั้นตอนพัฒนาการ 8 ขั้น เริ่มตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยสูงอายุ ในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาการมีสิ่งที่ท้าทายอยู่เสมอโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ซึ่งอธิบาย

ว่าเป็นวัยของการประสมประสานความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา และพบความสุขตามสมควร ตรงกันข้ามกับผู้ที่ไม่ได้เตรียมพร้อมในภาวะใกล้ตายจะรู้สึกผิดหวัง หมดหวังในชีวิต ในขั้นตอนพัฒนาการวัยนี้จะสะสมเหตุการณ์ต่างๆที่ผ่านมา ด้านจิตใจจะสะท้อนถึงความสำเร็จในขั้นนี้ ถ้าพัฒนาการในวัยนี้มีความรู้สึกต่อตนเองในแง่บวก รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความพึงพอใจและผสมผสานสิ่งต่างๆในชีวิตที่ผ่านมาได้ ผู้สูงอายุที่มีความผสมผสานในตนเองไม่ได้จะไม่ยอมรับความตายที่ยังมาไม่ถึง หมดความหวังในวัยนี้ หมายถึงไม่เห็นชีวิต ในวัยนี้เป็นวัยท้าทาย ความหมดหวังทำให้บุคคลไม่สามารถทำอะไรในสิ่งที่ถูกต้อง สิ่งที่เป็นภาวะคับข้องใจ ทำให้ผู้สูงอายุกลัวความตาย มีความรู้สึกชีวิตไร้ความหมาย ชีวิตไร้ประโยชน์

การระลึกถึงความหลังเป็นกระบวนการการทบทวนความคิด ความทรงจำโดยเป็นเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมาทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งการระลึกถึงความหลังเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น การนั่งคิดทบทวนเหตุการณ์ในอดีตเงียบๆคนเดียว การพูดเล่าให้ผู้อื่นฟัง

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเกิดจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จัดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งเสริมการเกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น หากผู้สูงอายุได้มีการทบทวนและระลึกถึงความหลัง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ลดภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในสภาวะของอาการซึมเศร้า
2. เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ลักษณะโปรแกรมประกอบด้วย

- ครั้งที่ 1: สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และสุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะ ซึมเศร้า
- ครั้งที่ 2 : การระลึกถึงความหลังวัยเด็ก : รูปภาพที่เกี่ยวข้องในวัยเด็ก
- ครั้งที่ 3 : การระลึกถึงความหลังวัยรุ่น : เพลงที่ชื่นชอบในอดีต
- ครั้งที่ 4 : การระลึกถึงความหลังวัยผู้ใหญ่ : รูปภาพที่ท่านประทับใจ
- ครั้งที่ 5 : การระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา
- ครั้งที่ 6 : การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึง

ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง

สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30-45 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์

อธิบายแนวทางการเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ / เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 1 สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และสุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า
สัปดาห์ที่ 2 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 2 การระลึกความหลังวัยเด็ก : โครงภาพที่เกี่ยวข้องในวัยเด็ก
สัปดาห์ที่ 3 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 3 การระลึกความหลังวัยรุ่น : เพลงที่ชื่นชอบในอดีต
สัปดาห์ที่ 4 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 4 การระลึกความหลังวัยผู้ใหญ่ : โครงภาพที่ท่านประทับใจ
สัปดาห์ที่ 5 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 5 การระลึกความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา : พุดคุยถึงเรื่องการทำบุญกุศล
สัปดาห์ที่ 6 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 6 การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึง
นัดติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา	ติดตามผล

การบำบัดครั้งที่ 2

การระลึกถึงความหลังวัยเด็ก : ดูรูปภาพที่เกี่ยวข้องในวัยเด็ก

กิจกรรม : ครึ่งหนึ่ง..เธอจำได้ไหม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นความทรงจำด้านบวกในวัยเด็ก
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาเหตุการณ์ที่ตนเองรู้สึกสนุกสนานในวัยเด็ก
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่มีความหมายกับตนเองอย่างไร
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกเล่าถึงความทรงจำของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้น
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้นึกถึงความสนุกสนานของตนเองในวัยเด็กและเกิดการยอมรับ

ตนเองว่ามีคุณค่า

สื่อ/อุปกรณ์

1. รูปภาพเกี่ยวกับความทรงจำในวัยเด็ก เช่น รูปภาพทุ่งนา ภาพการเล่น ภาพการเดินทางในสมัยก่อน ภาพควายไถนา

เวลา 30 – 45 นาที

การประเมินผล

สังเกตสีหน้าและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสุข ความสนุกสนานโดยมีสีหน้ายิ้มแย้ม หัวเราะ

วิธีการดำเนินการ

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
2. ทบทวนเนื้อหาที่ได้พูดคุยไปกันครั้งที่แล้ว
3. นำรูปภาพที่ได้เตรียมไว้ให้ผู้สูงอายุดูแล้วตั้งคำถามปลายเปิดว่า “ขณะที่ดูรูปภาพ คุณตา/คุณยาย รู้สึกอย่างไรบ้างคะ?”
4. ตั้งคำถามปลายเปิด “ถ้าให้พูดหรือนึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาในวัยเด็กเป็นอย่างไร

บ้างค่ะ และเหตุการณ์อะไรที่ประทับใจ เมื่อนึกถึงแล้วรู้สึกถึงความสนุกสนานมากที่สุด พอจะกรุณาเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ” หากผู้สูงอายุนิ่งหรือนึกไม่ออก ผู้ศึกษากระตุ้นด้วยคำถามใหม่ โดยมุ่งประเด็นไปเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (Focusing) ในวัยเด็ก เช่น “สมัยตอนเป็นเด็กๆชีวิตของคุณตา / คุณยายเป็นอย่างไรบ้างคะ” เป็นต้น

5. เมื่อผู้สูงอายุเริ่มระลึกถึงความหลังในวัยเด็กโดยการบอกเล่า ให้ผู้ศึกษาฟัง ผู้ศึกษาจะต้องรับฟังด้วยความตั้งใจ โดยประสานสายตากับผู้สูงอายุ ขานรับอย่างสงบโดยการพองศีรษะพร้อมกับออกเสียงในลำคอ “ค่ะ” หรือพูดสอดแทรกเมื่อผู้สูงอายุเจิบ เพื่อแสดงให้เห็นว่าสนใจในเรื่องที่ผู้สูงอายุเล่า เช่น “แล้วเป็นอย่างไรต่อคะ” พร้อมทั้งสังเกตสีหน้าท่าทางของผู้สูงอายุ

6. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายโดยการเล่าว่ามีความคิดและความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร

7. ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาที่ได้รับฟังและนัดหมายวันที่ และเวลาในครั้งต่อไป

การบำบัดครั้งที่ 3

เรื่อง การระลึกถึงความหลังวัยรุ่น : เพลงที่ชื่นชอบในอดีต

กิจกรรม : เพลงดังในอดีต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความสนุกสนานเมื่อได้ฟังเพลงที่อยู่ในวัยรุ่น
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาเหตุการณ์ที่ตนเองรู้สึกสนุกสนานในวัยรุ่น
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่มีความหมายกับตนเองอย่างไร
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกเล่าถึงความทรงจำของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้น
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

สื่อ/อุปกรณ์

1. ซีดีเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ
2. ม้วนซีดีเพลงและเครื่องซีดี

เวลา 30 – 45 นาที

การประเมินผล

สังเกตสีหน้าและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสุข ความสนุกสนานโดยมีสีหน้ายิ้มแย้ม หัวเราะ

วิธีการดำเนินการ

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
2. ทบทวนเนื้อหาที่ได้พูดคุยไปกันครั้งที่ผ่านมา
3. เปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชื่นชอบให้ผู้สูงอายุฟัง 1 เพลง
4. ผู้ศึกษาดำคำถามปลายเปิดว่า “ขณะฟังเพลงนี้ถึงอะไรอยู่พอจะกรุณาเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ” และ “เพราะอะไรถึงชอบฟังเพลงนี้หรือนักร้องท่านนี้คะ”

5. ผู้ศึกษาดังกล่าวเปิดใจว่า ถ้าให้พูดหรือนึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาในวัยรุ่น เหตุการณ์อะไรที่ประทับใจ และเมื่อคิดถึงแล้วรู้สึกมีความสุขมากที่สุด พอจะกรุณาเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ” หากผู้สูงอายุหนึ่งหรือนึกไม่ออก พยาบาลกระตุ้นด้วยคำถามใหม่โดยมุ่งประเด็นไปเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (Focusing) ในวัยรุ่น เช่น “รักครั้งแรกของคุณตา / คุณยายเป็นอย่างไรบ้างคะ” เป็นต้น

6. ผู้ศึกษาจะให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังในวัยรุ่นและใช้เทคนิคเช่นเดียวกับสัปดาห์แรก

7. ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาที่ได้รับฟังและนัดหมายวันที่ และเวลาในครั้งต่อไป



การบำบัดครั้งที่ 4

เรื่อง การระลึกถึงความหลังวัยผู้ใหญ่ : รูปภาพที่ท่านประทับใจ

กิจกรรม : คุณคือคนเก่ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการฟื้นฟูความทรงจำที่ประทับใจในวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รวบรวมความภาคภูมิใจที่ผู้สูงอายุได้สั่งสมมา
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาเหตุการณ์ที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถหรือความสำเร็จ

ในหน้าที่การงานและชีวิต

4. เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เหตุการณ์นั้นมีความหมายกับตนเองอย่างไร
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกเล่าถึงความทรงจำของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้น
6. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรับรู้ในความสามารถของตนและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

ขึ้น

สื่อ/อุปกรณ์

1. รูปภาพที่ผู้สูงอายุเตรียม

เวลา 30 – 45 นาที

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้าและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสุข และความภาคภูมิใจ โดยมีสีหน้ายิ้มแย้ม หัวเราะ

วิธีการดำเนินการ

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง และทบทวนเนื้อหาที่ได้พูดคุยไปกันครั้งที่ผ่านมา
2. นำรูปภาพที่ผู้สูงอายุได้เตรียมให้ดูแล้วตั้งคำถามปลายเปิดว่า “ขณะดูรูปภาพคุณตาคุณยายรู้สึกอย่างไรคะ และแต่ละรูปเกิดเหตุการณ์อะไรคะ”

3. ผู้ศึกษาดำเนินคำถามปลายเปิดว่า “ถ้าให้พูดหรือนึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาในวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้างคะ และเหตุการณ์อะไรที่ประทับใจ และเมื่อคิดถึงแล้วรู้สึกมีความสุขมากที่สุด พอจะกรุณาเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ” หากผู้สูงอายุหนึ่งหรือนึกไม่ออก พยาบาลกระตุ้นด้วยคำถามใหม่โดยมุ่งประเด็นไปเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (Focusing) ในวัยรุ่น เช่น “หลังจากแต่งงานแล้วชีวิตของคุณตา / คุณยายเป็นอย่างไรบ้างคะ” เป็นต้น

4. ผู้ศึกษาจะให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังในวัยผู้ใหญ่และใช้เทคนิคเช่นเดียวกับลำดับแรก

5. ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาที่ได้รับฟังและนัดหมายวันที่ และเวลาในครั้งต่อไป

การบำบัดครั้งที่ 5

เรื่อง การระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา : พุทธคุณถึงเรื่องการทำบุญกุศล

กิจกรรม : ความสุขอยู่ไหนใด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ถึงถึงความสุขและความสบายใจในการที่ตนได้มีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนา
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาเหตุการณ์ที่ตนได้มีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนา
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงเหตุการณ์นั้นมีความหมายกับตนเองอย่างไร
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกเล่าถึงความรู้สึกของตนที่มีต่อเหตุการณ์นั้น
6. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

สื่อ/อุปกรณ์

1. รูปภาพเกี่ยวกับศาสนา

เวลา 30 – 45 นาที

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้าและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสุข ความสบายใจโดยมีสีหน้ายิ้มแย้มและความภาคภูมิใจเมื่อนึกถึงการมีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนา

วิธีการดำเนินการ

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง และทบทวนเนื้อหาที่ได้พูดคุยไปกันครั้งที่ผ่านมา
2. นำรูปภาพที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและศรัทธาของผู้สูงอายุ
3. ผู้ศึกษาดังคำถามปลายเปิดว่า “เมื่อดูรูปภาพแล้วคุณตา / คุณยายรู้สึกอย่างไรคะ”

4. ผู้ศึกษาดังกล่าวถามปลายเปิดว่า “ถ้าให้คุณตา/คุณยายนึกถึงการมีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนาที่ประทับใจ และเมื่อคิดถึงแล้วรู้สึกมีความสุข ความสบายใจมากที่สุดพอจะกรุณาเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ” หากผู้สูงอายุหนึ่งหรือนึกไม่ออก พยายามกระตุ้นด้วยคำถามใหม่โดยมุ่งประเด็นไปเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (Focusing) ในการมีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนา เช่น คุณตา/คุณยาย มีอะไรเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจบ้างคะ

5. ผู้ศึกษาจะให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความหลังในการมีส่วนร่วมในการทำบุญกุศลหรือกิจกรรมทางศาสนาและใช้เทคนิคเช่นเดียวกับสัปดาห์แรก

6. ผู้ศึกษาสรุปเนื้อหาที่ได้รับฟัง พร้อมแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบว่า การพบกันครั้งต่อไปเป็นครั้งสุดท้ายของการเข้าร่วมกิจกรรม

การบำบัดครั้งที่ 6

เรื่อง การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึง

กิจกรรม : นึกถึงก็ครั้งก็สุขใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนเหตุการณ์ที่ได้ระลึกถึงที่ผ่านมาทั้ง 5 ครั้ง
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสบายใจและภูมิใจในตนเอง
3. เพื่อประเมินผลการบำบัด
4. เพื่อยุติการบริการ

สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้าและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสุข ความสบายใจ ความภาคภูมิใจ รวมถึงความรู้สึกที่ได้มีคนยอมรับความเป็นตัวตนของผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการ

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
2. ทบทวนเนื้อหาที่ได้พูดคุยกันเมื่อ 5 ครั้งที่แล้ว พร้อมให้ผู้สูงอายุกล่าวความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกถึงความหลังในครั้งนี้
3. ชักถามถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม แนวทางในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและข้อเสนอแนะอื่นๆ
4. ให้ผู้สูงอายุตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
5. นัดหมายวันประเมินผลอีกครั้งใน 2 สัปดาห์ต่อมา
6. ยุติการบริการ

สมุดบันทึกประจำตัว
ผู้สูงอายุรายบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

รูปผู้สูงอายุ

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

โปรแกรมการระลึกความหลัง ประกอบด้วย

- ครั้งที่ 1: สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และสุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า
- ครั้งที่ 2: การระลึกความหลังวัยเด็ก : รูปภาพที่เกี่ยวข้องในวัยเด็ก
- ครั้งที่ 3: การระลึกความหลังวัยรุ่น : เพลงที่ชื่นชอบในอดีต
- ครั้งที่ 4 : การระลึกความหลังวัยผู้ใหญ่ : รูปภาพที่ท่านประทับใจ
- ครั้งที่ 5 : การระลึกความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา
- ครั้งที่ 6 : การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึง

ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30 – 45 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์

อธิบายแนวทางการเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ / เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 1 สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และสุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า
สัปดาห์ที่ 2 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 2 การระลึกความหลังวัยเด็ก : รูปภาพที่เกี่ยวข้องในวัยเด็ก
สัปดาห์ที่ 3 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 3 การระลึกความหลังวัยรุ่น : เพลงที่ชื่นชอบในอดีต
สัปดาห์ที่ 4 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 4 การระลึกความหลังวัยผู้ใหญ่ : รูปภาพที่ท่านประทับใจ
สัปดาห์ที่ 5 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 5 การระลึกความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา : พุดคุยถึงเรื่องการทำบุญกุศล
สัปดาห์ที่ 6 วันที่ เวลา.....	ครั้งที่ 6 การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึง
นัดติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา	ติดตามผล

การบำบัดครั้งที่ 1

มารู้จักภาวะซึมเศร้ากันเถอะ

1. ภาวะซึมเศร้าคืออะไร?

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เบื่อหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเอง ซึ่งมักพบร่วมกับความเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคอัมพาต โรคหัวใจ เป็นต้น

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีปัจจัยที่ทำให้เกิดได้หลายสาเหตุ ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุเคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทจากการมีอายุมากขึ้นหรือบุคคลในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งนอกจากเรื่องทางพันธุกรรมแล้ว ปัจจุบันนี้เราพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายเปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สารเคมีในสมอง พบว่าสารเคมีในสมองของผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติอย่างชัดเจนโดยมีสารสำคัญได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์เอปิเนฟริน (Norepinephrine) ลดต่ำลงรวมทั้งอาจมีผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง ยาแก้ซึมเศร้าที่ใช้กันนั้นก็ออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้

ฮอร์โมน พบว่าผู้ป่วยมีฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ ฮอร์โมนนี้หลังจากต่อมหมวกไต (อยู่บริเวณไต) ปกติจะหลั่งออกมาตลอดเวลาที่มีความเครียด ฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มากกว่าปกตินี้จะส่งผลให้เซลล์สมองส่วน ฮิปโปแคมปัสฝ่อลงหรือตายได้ คาดกันว่ายาแก้ซึมเศร้าที่จะผลิตในอนาคตเน้นผลการรักษาโดยไปออกฤทธิ์ ลดการหลั่งฮอร์โมนตัวนี้ลง

2. ปัจจัยด้านร่างกาย มักเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงจากการมีโรคประจำตัว หรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคอัมพาตหรือข้ออักเสบอย่างรุนแรง การสูญเสียการมองเห็น การสูญเสียการได้ยิน การสูญเสียบทบาทหน้าที่เมื่อเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ทางเพศล้วนต่างทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เกิดการแยกตัวจากสังคม นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจได้รับยาบางชนิดซึ่งมีผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

3. ปัจจัยด้านจิตใจ อาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและทางสังคม ไม่สามารถคลี่คลายปัญหาได้ ไม่สามารถแก้ไขความขัดแย้งด้านจิตใจได้ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า ได้แก่การมองตนเองในด้านลบ รู้สึกไร้คุณค่า ให้ความสำคัญแก่ใครๆ ไร้ความหมาย ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง อ่อนไหวง่าย เข้าสังคมไม่ค่อยเก่ง ไม่ค่อยมี

เพื่อน มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง มีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดหนทางช่วยเหลือ ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ละเลยต่อการดูแลตนเอง เป็นผลให้โรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทรุดลง เร็วขึ้น ศักยภาพและความสามารถของร่างกายในการทำหน้าที่ต่างๆเสื่อมถอยลงเร็วยิ่งขึ้น

บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ถูกทอดทิ้ง ตกงาน หย่าร้าง ก็มีแนวโน้มที่จะตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองแย่ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมอาการอาจมากจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

4. ปัจจัยด้านสังคม เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต ผู้สูงอายุมักจะมีภาวะสูญเสียมากมายในระยะเวลาอันสั้นนำไปสู่ความโศกเศร้า และในแต่ละระยะของความทุกข์ยากใจจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่างๆซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะสับสน ไม่รู้กาลเวลา ทำให้บุคคลแยกตัวเอง การสูญเสียในแต่ละครั้งทำให้บุคคลมีทุกข์เพิ่มขึ้น และคาดคะเนล่วงหน้าว่าจะมีภาวะสูญเสียอีก ผู้สูงอายุมักจะมี การสูญเสียสะสมไว้มาก ไม่เหมือนบุคคลที่อายุน้อย การสูญเสียในผู้สูงอายุจะมีดังนี้ การสูญเสียตำแหน่งการงาน การเกษียณอายุ สูญเสียหรือเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต (เช่น คู่ชีวิต พี่น้อง เพื่อน บิดามารดา) สูญเสียความเข้มแข็ง สูญเสียหน้าที่ทางเพศ สูญเสียสุขภาพอนามัย สูญเสียความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สูญเสียความมีอิสรภาพส่วนตัว (ต้องมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย) สูญเสียความสามารถทางด้านจิตใจ เปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง การสูญเสียการรับรู้ต่างๆ ถูกบังคับให้ย้ายที่อยู่และเจ็บป่วย อาการมีแต่เสื่อมทรุดลง ขาดที่พึ่งขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ขาดแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและเบื่อหน่ายชีวิตได้

5. ยาและเหล้า ยาหลายชนิดมีผลข้างเคียงให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดได้มากกว่าวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะที่เคยมีภาวะซึมเศร้าหรือมีประวัติภาวะซึมเศร้า นอกจากยาต่างๆแล้ว เหล้ายังเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุดื่มกันมาก เหล้ามีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งผู้สูงอายุจะไวต่อผลข้างเคียงมากกว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย เหล้าและภาวะซึมเศร้าจะเป็นวงจรที่เสริมกันเอง กล่าวคือ เหล้ามีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการติดเหล้า สาเหตุสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านพันธุกรรม ด้านความผิดปกติของชีวเคมีของสมองรวมทั้งความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

3. อาการที่พบได้จะแสดงออกได้ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกผิดหวัง เศร้าท้อถอย ร้องไห้ อาจรู้สึกโกรธ เกลียดกลัว หรือระแวงง่าย ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ และรู้สึกว่าในชีวิตไม่มีสิ่งใดที่ดีเลย

2. ด้านความคิด ผู้ป่วยจะรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ผู้ป่วยจะคิดหมกมุ่นในสิ่งที่เป็นปัญหา แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาปัญหาหรือช่วยตนเองได้ สมาธิลดลงขาดความมั่นใจในตนเองและไม่สามารถตัดสินใจได้ รู้สึกหมดหวังในชีวิตหมดทางช่วยเหลือ อาจมีความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเองและกล่าวโทษผู้อื่น อาจคิดเกี่ยวกับความตาย อยากฆ่าตัวตาย หรือมีอาการหลงผิด

3. ด้านพฤติกรรม การแสดงออก ความสนใจในสิ่งต่างๆ จะลดลง การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยมักจะเลยการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย รวมทั้งสุขอนามัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพและการแต่งกาย ทำทางการเคลื่อนไหวจะเปลี่ยนไป อาจเฉื่อยเมย ทำอะไรช้า คิดช้า ตัดสินใจไม่ได้ หรืออาจกระสับกระส่ายอยู่นิ่งเฉยไม่ได้ หรืออาจจะทำอะไรซ้ำๆ เช่น บิดมือไปมาดึงหรือขยี้ผมหรือเสื้อผ้า มักพูดซ้ำ เสียงต่ำหรือเสียงระดับเดียว บางครั้งจะหยุดนิ่งไปนาน ก่อนจะตอบคำถาม ผู้ป่วยมักจะถดถอยแยกตัวจากสังคม

4. ด้านร่างกาย การนอนหลับเปลี่ยนไป อาจไม่นอน นอนหลับยาก ตื่นเช้ามาก หรือนอนมากเกินไป ความอยากอาหารเปลี่ยนไป ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง อาจลิ้มรับประทานอาหาร และดื่มน้ำน้อย ทำให้มีอาการท้องผูก อาจละเอียดเกี่ยวกับรับประทานยา เพื่อควบคุมโรคประจำตัวและอาจบ่งเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกายต่างๆ เช่น ใจสั่น กลืนลำบาก ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดหลัง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกลายเป็นมะเร็่ง หรือโรคร้ายแรงที่ทำให้มีอาการไม่สบายต่างๆ

4. การรักษาภาวะซึมเศร้า

ในระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะซึมเศร้า จะดำเนินการรักษาดังนี้

1. การให้การปรึกษา จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาคือ การช่วยให้เขาสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่

- 1.1 สามารถยอมรับและเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นได้
- 1.2 สามารถแสดงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้
- 1.3 สามารถปรับตัวกับการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปหลังเหตุการณ์ได้

1.4 สามารถตัดใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยจะเริ่มต้นจากการให้ผู้รับการปรึกษาพูดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงอารมณ์ความรู้สึกของตนออกมาได้อย่างเต็มที่ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ แล้วจึงเริ่มพูดถึงปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นและร่วมกันหาแนวทางการปรับตัวกับปัญหา

2. การทำจิตบำบัด มุ่งเน้นไปที่คุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ลักษณะการทำจิตบำบัดเป็นแบบการทำจิตบำบัดตามอาการ โดยเน้นว่าภาวะอารมณ์ซึมเศร้านั้นเป็นความผิดปกติที่สามารถรักษาให้หายได้ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ และรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า

3. การรักษาด้วยยา ปกติไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ หรือมีอาการตึงเครียดมาก อาจให้ยาคลายกังวลกลุ่ม Benzodiazepine ในขนาดที่ไม่สูงมากนัก เช่น Diazepam 5 มก. ก่อนนอน ส่วนยาแก้เศร้าไม่นิยมใช้ นอกจากมีอาการรุนแรงถึงขั้นที่ให้การวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า

หากมีอาการคงอยู่นานเกิน 2 เดือน และมีผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะพิจารณาการให้การรักษาซึ่งแบ่งได้ดังนี้

3.1 การรักษาอาการทางกาย แบ่งเป็น 2 ทางที่สำคัญดังนี้

- การรักษาทางยา
- การรักษาด้วยการกระตุ้นให้ชั้ด้วยไฟฟ้า

3.2 การรักษาทางสังคม ที่นิยมกันในปัจจุบัน ได้แก่ นันทนาการบำบัด เพื่อช่วยในเรื่องการฟื้นฟูในด้านกลับสู่สังคม

3.3 กายภาพบำบัด ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย การนวดร่างกาย

3.4 การทำจิตบำบัด ชนิดที่ได้ผลดีในโรคซึมเศร้า ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพแบบรายบุคคล การปรับพฤติกรรมและความคิด การระลึกถึงความหลัง เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าแนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี ซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะประมิณสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุแต่ละคน แต่วิธีที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้เกิดความรู้สึกและตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองได้เป็นอย่างดีก็คือการทำจิตบำบัด

ทำไมเราต้องระลึกถึงความหลัง

การระลึกถึงความหลังเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ซึ่งมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้นการระลึกถึงความหลังในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ของผู้สูงอายุ และการระลึกถึง

ความหลังนั้นมักก่อให้เกิดผลในทางที่ดีมากกว่าทางที่ไม่ดี โดยผ่านกระบวนการระลึกถึงความหลังที่แต่ละบุคคลจะใคร่ครวญถึงความรู้สึกนึกคิดของตนและสร้างสรรค์สัญลักษณ์เฉพาะในเหตุการณ์ที่น่าจดจำ หากเราได้นึกถึงแต่สิ่งที่เรารู้สึกภาคภูมิใจหรือมีความสุขก็สามารถที่จะลดภาวะซึมเศร้าลงได้



คุณเคยสังเกต...ตัวเองไหม??

แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง : ให้คุณสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และนัดติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้คุณซึมเศร้า?	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด				
หลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด				
นัดติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา				

การบำบัดครั้งที่ 2

ครั้งหนึ่ง... เธอจำได้ไหม

วัยเด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและทางด้านร่างกาย อยู่ในขั้นที่มีความต้องการ อยู่ในขั้นที่มีความต้องการที่จะทำอะไรอยู่เสมอไม่คอยว่าง เด็กวัยนี้มักจะภูมิใจว่าทำอะไรได้ จะขยัน และจะใช้ความพยายามอย่างมากและเมื่อเข้ารับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะให้ความรู้สึกที่ดีต่อตัวเอง ดังนั้นหากเรานึกถึงความสามารถที่ตนทำได้ตั้งแต่เด็กหรือดีกว่าคนอื่น ก็จะเป็นการสร้างความภาคภูมิใจในตนเองได้

- ในช่วงวัยเด็กของคุณมีเหตุการณ์อะไรที่คุณรู้สึกประทับใจเมื่อคิดถึงแล้วมีความสุข?

.....

.....

.....

- คุณยังพอจำเหตุการณ์ในครั้งนั้นและเล่าให้ฟังได้ไหม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การบำบัดครั้งที่ 3

เพลงดังในอดีต

วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตโดยเฉพาะด้านร่างกายเหมือนกับวัยผู้ใหญ่ทุกอย่าง ประกอบกับพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จะเริ่มมีความคิดแบบผู้ใหญ่ ในการที่จะประกอบอาชีพอะไรต่อไป นอกจากนี้ยังจริงจังในการคบเพื่อนและมีอุดมการณ์ ดังนั้นเด็กในวัยนี้ควรจะมีเอกลักษณ์เฉพาะตน เพื่อที่จะได้มีความมั่นใจในตนเอง และรู้ว่าตนพร้อมที่จะก้าวไปสู่อนาคต แต่เด็กวัยรุ่นบางคนก็ต้องการมีคนรักเพื่อจะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึก ซึ่งจะเป็นการที่จะช่วยให้ตนเข้าใจและรู้ว่าตนคือใคร ได้ชัดเจนขึ้น

- ในช่วงวัยรุ่นของคุณมีเหตุการณ์อะไรที่คุณรู้สึกประทับใจเมื่อคิดถึงแล้วมีความสุข?

- คุณยังพอจำเหตุการณ์ในครั้งนั้นและเล่าให้ฟังได้ไหม

การบำบัดครั้งที่ 4

คุณคือ...คนเก่ง

ในวัยนี้เริ่มที่จะรู้จักตนเองว่ามีจุดมุ่งหมายในชีวิตอย่างไร เป็นวัยที่พร้อมจะมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศในฐานะเพื่อนสนิทที่จะเสียสละให้กันและกันได้ เห็นใจกันโดยไม่เห็นแก่ตัว และมีความคิดตั้งตนเป็นหลักฐาน หรือคิดสนใจที่จะแต่งงานมีบ้านของตนเองและสร้างครอบครัวของตนเอง ซึ่งพร้อมที่จะให้ความรู้ สั่งสอนและเป็นห่วงเพื่อจะปลูกฝังให้คนรุ่นหลังเป็นคนดีต่อไป

- ในช่วงวัยผู้ใหญ่ของคุณมีเหตุการณ์อะไรที่คุณรู้สึกประทับใจเมื่อคิดถึงแล้วมีความสุข?

.....

.....

.....

- คุณยังพอจำเหตุการณ์ในครั้งนั้นและเล่าให้ฟังได้ไหม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การบำบัดครั้งที่ 5

ความสุขอยู่ไหน

ในชีวิตของคนเราที่ผ่านมามีความสุขรับได้ว่ามีชีวิตที่ดีและได้ทำดีที่สุด ทำประโยชน์ และหน้าที่มาเต็มที่แล้ว และยอมรับว่าคนเราเกิดมาแล้วก็ต้องตาย โดยยอมรับสภาพร่างกายของคน ก็จะมีความสุขอย่างมีความสุขได้

- สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคุณ คืออะไร?

○ - การทำบุญกุศลของคุณที่ผ่านมามีเหตุการณ์อะไรที่คุณรู้สึกประทับใจเมื่อคิดถึงแล้วมีความสุข?

- คุณยังพอจำเหตุการณ์ในครั้งนั้นและเล่าให้ฟังได้ไหม

[illegible]

การบำบัดครั้งที่ 6

การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุระลึกถึง

- บันทึกความรู้สึกในการระลึกความหลัง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ประโยชน์ที่ท่านได้รับในการบำบัดครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ท่านจะนำไปใช้อย่างไรในชีวิตประจำวัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. ม่าย

() 4. หย่า

() 5. แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้รับการศึกษา

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() 4. สูงกว่ามัธยมศึกษา

5. รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

() 1. ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน

() 2. 1,0001 – 3,000 บาทต่อเดือน

() 3. 3,0001 – 6,000 บาทต่อเดือน

() 2. 6,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน

6. ท่านมีรายได้หลักจากแหล่งใด

() 1. บำนาญ

() 2. การประกอบอาชีพ

() 3. บุตร - หลาน

() 4. อื่นๆ

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี ระบุโรค.....



ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2.ท่านไม่ชอบทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3.ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่า ไม่รู้จะทำอะไร		
4.ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5.ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6.ท่านมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7.ส่วนใหญ่แล้ว ท่านรู้สึกอารมณ์ดี		
8.ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน		
9.ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข		
10.บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11.ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12.ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าจะออกนอกบ้าน		
13.บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14.ท่านคิดว่าความจำของท่านไม่ดีเท่าคนอื่น		
15.การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีใช่หรือไม่		
16.ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17.ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18.ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19.ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20.ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22. คุณรู้สึกผิดหวัง		
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24. คุณอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็กน้อยอยู่เสมอ		
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน		
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28. คุณไม่ค่อยอยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		
รวม		

คะแนนรวม

ภาวะซึมเศร้าคุณอยู่ในระดับ.....

การแปลผลคะแนน :

0 – 12 คะแนน	ปกติ
13 – 18 คะแนน	มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression)
19 – 24 คะแนน	มีความซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression)
25 – 30 คะแนน	มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

เกณฑ์การให้คะแนน : ข้อที่ตอบใช่และไม่ใช่

ให้ 1 คะแนน ในข้อที่ตอบว่าใช่ : ข้อ 2 -4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

ให้ 1 คะแนน ในข้อที่ตอบว่าไม่ใช่ : ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย “/” ในช่อง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามที่ผู้สูงอายุตอบ

ผู้สัมภาษณ์ชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบว่า ข้อความที่อ่านให้ฟังต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเพียงใด โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบไม่มีถูกหรือผิด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่
 เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น				
2	ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ				
3	ท่านรู้สึกว่าคุณทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4	ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน				
5	ท่านมีความภาคภูมิใจตนเองน้อยเหลือเกิน				
6	ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				
7	โดยทั่วไปท่านพอใจในตนเอง				
8	ท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น				
9	ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์				
10	บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบ

รายบุคคล

1. บันทึกสถานการณ์ระหว่างการบำบัด เกี่ยวกับเนื้อหาคำพูด เนื้อหาการระลึกความหลัง
2. บันทึกพฤติกรรมของผู้สูงอายุร่วมกิจกรรม การบำบัดระลึกความหลังแบบรายบุคคล โดยสังเกต
ท่าทาง พฤติกรรมที่แสดงออกขณะระลึกถึงความหลังซึ่งแสดงออกทั้งความรู้สึกมีความสุข
ความภาคภูมิใจ หรือภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 1 : สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) และสุขศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า

.....

.....

ครั้งที่ 2 : การระลึกถึงความหลังวัยเด็ก : รูปภาพที่เกี่ยวข้องในวัยเด็ก

1. ในช่วงวัยเด็กของคุณมีเหตุการณ์อะไรที่คุณรู้สึกประทับใจเมื่อคิดถึงแล้วมีความสุขหรือ
เหตุการณ์ที่คุณจดจำและอยากจะเล่าให้ผู้อื่นฟัง คุณยังพอจำเหตุการณ์ในครั้งนั้นและเล่าให้ฟังได้
ไหม????.....

.....

ครั้งที่ 3 : การระลึกถึงความหลังวัยรุ่น : เพลงที่ชื่นชอบในอดีต

1. ในช่วงวัยรุ่นของคุณมีเหตุการณ์อะไรที่คุณรู้สึกประทับใจเมื่อคิดถึงแล้วมีความสุขหรือ
เหตุการณ์ที่คุณจดจำและอยากจะเล่าให้ผู้อื่นฟัง คุณยังพอจำเหตุการณ์ในครั้งนั้นและเล่าให้ฟังได้
ไหม????.....

.....

ครั้งที่ 4 : การระลึกถึงความหลังวัยผู้ใหญ่ : รูปภาพที่ท่านประทับใจ

1. ในช่วงวัยเด็กของคุณมีเหตุการณ์อะไรที่คุณรู้สึกประทับใจเมื่อคิดถึงแล้วมีความสุขหรือ
เหตุการณ์ที่คุณจดจำและอยากจะเล่าให้ผู้อื่นฟัง คุณยังพอจำเหตุการณ์ในครั้งนั้นและเล่าให้ฟังได้
ไหม????.....

.....

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบ

รายบุคคล (ต่อ)

ครั้งที่ 5 : การระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา

1. สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของคุณ คืออะไร

.....

2. การทำบุญกุศลของคุณที่ผ่านมาเกิดเหตุการณ์อะไรที่คุณรู้สึกประทับใจเมื่อคิดถึงแล้วมีความสุข? หรือเหตุการณ์ที่คุณจดจำและอยากจะเล่าให้ผู้อื่นฟัง คุณยังพอจำเหตุการณ์ในครั้งนั้นและเล่าให้ฟังได้ไหม???.....

.....

ครั้งที่ 6 : การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่คุณสูงอายุดีระลึกถึง

1. ความรู้สึกในการระลึกความหลัง.....

2. ประโยชน์ที่ท่านได้รับในการบำบัดครั้งนี้.....

3. ท่านจะนำไปใช้อย่างไรในชีวิตประจำวัน.....

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบ

รายบุคคล (ต่อ)

การประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลเพื่อลดอาการซึมเศร้าและ
เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเหมาะสมอย่างไร ในแต่ละกิจกรรมของการบำบัด

ครั้งที่ 1 : สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) และสุขศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า

.....

.....

ครั้งที่ 2 : การระลึกถึงความหลังวัยเด็ก : รูปภาพที่เกี่ยวข้องในวัยเด็ก

.....

.....

ครั้งที่ 3 : การระลึกถึงความหลังวัยรุ่น : เพลงที่ชื่นชอบในอดีต

.....

.....

ครั้งที่ 4 : การระลึกถึงความหลังวัยผู้ใหญ่ : รูปภาพที่ท่านประทับใจ

.....

.....

ครั้งที่ 5 : การระลึกถึงความหลังเกี่ยวกับบุญกุศลที่เคยทำมา

.....

.....

ครั้งที่ 6 : การสรุปและทบทวนเหตุการณ์ทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึง

.....

.....

ภาคผนวก ก

ตาราง 4 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา
ผู้สูงอายุคนที่ 1 ชายไทย อายุ 68 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้รู้สึกซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	-การเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคความดันโลหิตสูง -การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย คิดว่าตนเองสุขภาพไม่ ดี -ขาดสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว -ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆที่มีอยู่ในหมู่บ้าน เช่น ชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมอื่นๆในชุมชน - รายได้ลดลง ไม่พอใช้จ่ายในครอบครัว	มีนงง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อารมณ์ไม่สดชื่น วิตกกังวลง่าย โกรธง่าย เครียดนอนไม่ค่อยหลับ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ดำเนินตัวเองว่าในช่วงที่ภรรยาใช้ชีวิตอยู่ดูแลรักษาไม่ได้ พอรู้สึกผิดไร้ค่า	23	การอ่านหนังสือธรรม สวดมนต์ไหว้พระ
หลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด		นอนหลับได้แต่ต้องทานยาคลายเครียดช่วยก่อนนอน ตื่นนอนช่วงเช้าอาการมีแรงสับสนน้อยลงรับประทานอาหารเช้าได้เพิ่มมากขึ้น	18	-เริ่มมีการปรับเปลี่ยนความคิด -ร่วมทำกิจกรรมต่างๆกับคนในชุมชน เช่น เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ -พูดคุยกับบุตรหลานและคนในครอบครัวมากขึ้น -ไปวัด สันทนาธรรม สวดมนต์ไหว้พระ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์

ตาราง 4 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา
ผู้สูงอายุคนที่ 1 ชายไทย อายุ 68 ปี (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมซ้ำ	สาเหตุที่ทำให้คุณซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
ติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา		- นอนหลับได้แต่ตื่นนอนช่วงดึกบ้าง - มีหงุดหงิดน้อยลง - รับประทานอาหารได้มากขึ้น	18	- ปรับความคิดตนเองว่าผ่านมากี่สามารถดูแลรักษาได้ระดับหนึ่ง - เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านและเป็นคนนำในเรื่องสมุนไพร - มีการสื่อสารพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น - ไปวัดสันทนาธรรม สวดมนต์ให้พระอ่านหนังสือธรรมะ - ดูโทรทัศน์เพื่อคลายความเหงา

ตาราง 5 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา

ผู้สูงอายุคนที่ 2 หญิงไทยวัย 69 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้เกิดซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ต้องพบแพทย์เพื่อรับยาเป็นประจำ สมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยรับฟังความคิดเห็นกัน มีการแสดงอาการเศร้า เช่น บางครั้งรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง มักคิดว่าสุขภาพตนเองไม่ดี	อ่อนเพลีย มึนงง สมองมึนชา ปวดศีรษะ ท้องอืดเพื่อ แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ไม่มีใครสนใจ ท้อแท้กับการป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มักจะแยกตัวอยู่คนเดียว ร้องไห้	21	ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนตนเองเบื้องต้นโดยการอ่านหนังสือธรรม สวดมนต์ให้พระ
หลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด			16	-สามารถปรับปรุงพฤติกรรม การปฏิบัติตน - เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีเพื่อนพูดคุยรับทราบปัญหาที่คล้ายๆกัน ทำให้สบายใจขึ้น พูดคุยกับสมาชิกในบ้านเพิ่มมากขึ้น ทำงานบ้าน ล้างจาน หุงข้าว อ่านหนังสือธรรม สวดมนต์ให้พระก่อนนอนมีสวดมนต์ให้พระ

ตาราง 5 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา
ผู้สูงอายุคนที่ 2 หญิงไทยวัย 69 ปี (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมบَابัด	สาเหตุที่ทำให้คุณซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
นัดติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา		-อาการเวียนศีรษะบ่อยลง - กลางคืนสามารถนอนหลับได้นานขึ้น -รับประทานอาหารได้เพียงพอ -รับประทานยาบำรุงอยู่	16	-ปรับตัวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาปฏิบัติตน เช่น ไม่นอนพักผ่อนในช่วงกลางวันทำให้กลางคืนสามารถนอนหลับได้นานขึ้น -เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในตำบล - สัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในบ้านดีขึ้น - เช่นมีการพูดคุยปรึกษากัน ช่วยทำงานบ้านได้

ตาราง 6 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา
ผู้สูงอายุคนที่ 3 ชายไทย อายุ 78 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้รู้สึกซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคข้อเข่าเสื่อม ไปพบแพทย์เพื่อรับยาต่อเนื่อง ต้องทานยาเบาหวานและคุมอาหารตลอดทำให้รู้สึกเบื่อ ลูกแยกครอบครัวออกไปหมดอยู่คนเดียว ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหมู่บ้าน ท้อแท้กับอาการป่วยที่เป็นอยู่ใน	มีอาการและการแสดง เช่น บางครั้งนอนไม่หลับ รู้สึกหงุดหงิด ปวดตึงบริเวณท้ายทอย และบ่า เป็นมาเวลากันสัปดาห์ เมื่ออาหารอ่อนเพลีย	22	ผู้สูงอายุได้ปรับแก้ไขตนเองเบื้องต้น โดยการอ่านหนังสือธรรม สวดมนต์ให้พระ
หลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด		- ความวิตกกังวลและความ ซึมเศร้าลดลง - กลางวันพยายามจะไม่นอนพักทำให้ตอนกลางคืนนอนหลับได้นานขึ้นเวลาตอนเช้าจะรู้สึกสดชื่น - อาการปวดมีนสิริระน้อยลง - รับประทานอาหารได้	18	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่กับสมาชิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในสถานเอนามัย - ถูกมาพูดคุยด้วยทุกวัน ไม่เหงา - ไปวัด สันทนาการกับพระที่วัดให้พระ อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ในหนังสือธรรมะทุกวัน

ตาราง 6 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา
คนที่ 3 ชายไทย อายุ 78 ปี ไทย อายุ 78 ปี (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้คุณซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
นัดติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา		-ความรู้สึกเหงา อ้างว้างลดลง -นอนหลับได้ดี ตื่นนอนตอนเช้ารู้สึกสดชื่นขึ้น -รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น	17	-ดูภาพยนตร์ในสวนสาธารณะทุกวัน -ไปวัด สันทนาการกับพระที่วัดใกล้บ้าน -สวมหน้ากากอนามัยป้องกัน

ตาราง 7 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา

ผู้สูงอายุคนที่ 4 หญิงไทย อายุ 75 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้เกิดซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคข้อเข่าเสื่อม ลูกแยกครอบครัวออกไปหมด อยู่คนเดียว ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในหมู่บ้าน รายได้ลดลง ไม่พอใช้จ่ายในครอบครัว รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เหมือนถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว มีความรู้สึกไม่ค่อยอยากพบปะพูดคุยกับใคร เหมือนตัวเองคิดซ้ำ	บางครั้งนอนไม่หลับ รู้สึกมีแรงเครียด ปวดตึงบริเวณท้ายทอยและบ่า เป็นมาหลายกัมนัศึระะเมื่ออาหารอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกตาลาย	24	ผู้สูงอายุได้ปรับแก้ใจตนเองเบื้องต้นโดยการอ่านหนังสือธรรม สวดมนต์ไหว้พระ
หลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด		อาการทางด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับการซึมเศร้าดีขึ้นเล็กน้อย ต้นนอนตอนเช้ายังมีอาการคลื่นไส้อ่อย นอจากนี้ยังมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียไม่ค่อยอยากทำงานอะไร	18	-ถูกาหมุนเวียนมาพูดคุยด้วยทุกวันไม่เหงา เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พุดคุยกับเพื่อนบ้าน แล้วสบายใจขึ้น -ดูโทรทัศน์ ทำงานบ้านเล็กน้อย กลางคืนสวดมนต์ไหว้พระ

ตาราง 7 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา
 ผู้สูงอายุคนที่ 4 หญิงไทย อายุ 75 ปี (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้รู้สึกซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
ติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา		อาการทางกายที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าดีขึ้น เช่น อาการบวมที่ขาทั้งสองข้างได้ลดลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น พอทำงานบ้านได้บ้าง เหลือน้อยลง	17	สัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น ได้พบปะเพื่อนๆ ในชมรมผู้สูงอายุ มีเพื่อนเหมือนไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว พุดคุยกับเพื่อนบ้าน ดูโทรทัศน์ ช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ สวดมนต์ให้พระก่อนนอนทุกวัน

ตาราง 8 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา

ผู้สูงอายุคนที่ 5 หญิงไทย อายุ 70 ปี

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้รู้สึกซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคข้อเข่าเสื่อม รู้สึกผิดลงโทษตนเองว่าดูแลลูกชายที่มีภาวะทางจิตไม่ดีลูกจึงฆ่าตัวตาย วันสัมผัสพบศพภรรยาในครอบครัวไม่ได้	รู้สึกว่ามีความคิดช้าลง ไม่มีสมาธิ ลังเล กระวนกระวาย คิดซ้ำไปซ้ำมา แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางครั้งนอนไม่หลับ รู้สึกมีแรงสับสน ปวดตึงบริเวณท้ายทอย และบ่า เป็นมากเวลาก็มึนซึม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกตาเลอะ	22	ผู้สูงอายุได้ปรับแก้ไขตนเองเบื้องต้น โดยการอ่านหนังสือธรรม สวดมนต์ให้พระ
หลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด		อาการมีแรงสับสนน้อยลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น ยังมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียไม่ค่อยอยากทำงานอะไร ยังรับประทานยาคลายเครียดก่อนนอนแต่จะใช้ยาเมื่อนอนไม่หลับจริงๆเท่านั้น มีสมาธิมากขึ้น	17	-ทำงานบ้านเล็กน้อยๆ เช่น ถอนหญ้า ถูบ้านบริเวณที่นั่งเล่น -เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ -ในวันพระจะไปสวดมนต์ นั่งสมาธิที่วัดเป็นประจำ -ความคืบหน้าในเรื่องการดูแลบุตรชายพบว่าเมื่อคิดถึงบทบาแล้วคิด

ตาราง 8 แบบสังเกตและบันทึกภาวะซึมเศร้าของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 สัปดาห์ และติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา
ผู้สูงอายุคนที่ 5 หญิงไทย อายุ 70 ปี (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด	สาเหตุที่ทำให้รู้สึกซึมเศร้า	อาการที่เกิดขึ้นกับคุณ	ระดับภาวะซึมเศร้า	วิธีการที่คุณแก้ไข
หลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด				(ต่อ) ว่าที่ผ่านมาก็สามารถดูแลบุตรชายได้ดี ระดับหนึ่งทำให้สบายใจขึ้น
ติดตามผล 2 สัปดาห์ต่อมา		ยังมีอาการมึนงงศีรษะอยู่ เหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่ค่อยอยากทำงานอะไร นอนหลับได้โดยไม่ต้องใช้ยาคลายเครียดแต่มีต้นนอนกลางดึกบ้างรับประทานอาหารได้มากขึ้น มีสมาธิมากขึ้น	16	-สามารถทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น ภูบ้านบริเวณที่นั่งเล่นเป็นประจำ -สัมพันธ์ภาพทางสังคมเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแล้วสบายใจ ใ้การสวดมนต์ไหว้พระนั่งสมาธิช่วยให้สบายใจขึ้น -ความคับข้องใจในเรื่องการดูแลบุตรชายพบว่าเมื่อคิดทบทวนแล้วคิดว่าที่ผ่านมาก็สามารถดูแลบุตรชายได้ดี ระดับหนึ่งทำให้สบายใจขึ้น

ภาคผนวก ง
หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ การประยุกต์ใช้โปรแกรมระลึกความหลังแบบรายบุคคลในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
(IMPLEMENTING THE INDIVIDUAL REMINISCENCE PROGRAM IN OLDER ADULTS
WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS)

ชื่อผู้วิจัย นางชูลีกร กิตติคำแหง

สถานที่วิจัย อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการ

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน | โทร 081-7011967 |
| 2. อาจารย์ ดร.พัศนา ทวีคุณ | โทร 087-0750797 |
| 3. นายแพทย์ โสภณ วิเชียรประไพ | โทร. 081 - 8624168 |
| 4. นายแพทย์ พรชัย กุลสีกุล | โทร. 081- 6529515 |
| 5. นายแพทย์วัชรินทร์ ประเสริฐสุต | โทร. 087 – 5115360 |

ผู้สนับสนุนการวิจัย

-

ความเป็นมาของโครงการ

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นภาวะความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความแปรปรวนทางอารมณ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดต่อตัวผู้สูงอายุ คือ ด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และในการเคลื่อนไหวต่างๆ ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้จะเป็นโรคซึมเศร้า อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระยะแรกนั้นเป็นภาวะที่ป้องกันได้ สามารถบำบัดรักษาให้หายขาดโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อม ทำให้คนส่วนใหญ่รวมถึงตัวผู้สูงอายุเองคิดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดา จึงขาดการตระหนักและไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์เมื่อเริ่มเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีผลกระทบต่องูสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การมีอาการเจ็บป่วยต่างๆตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เมื่อผู้สูงอายุมีการระลึกถึงความหลังจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ มีเป้าหมายเพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังเป็นรายบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยมีการกำหนดหัวข้อตามโปรแกรมของ ปิยะรัตน์ แวงวรรณ (2550) ซึ่งจะให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวในอดีตอย่างมีรูปแบบ สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข ฟังพอใจในชีวิตของตนที่ผ่านมา หรือถ้าเป็นอดีตที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเจ็บปวด ผู้บำบัดก็จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุลองประเมินเหตุการณ์นั้นในแง่มุมใหม่ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่านวิกฤตตรงนั้นมาได้

วัตถุประสงค์

วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา การประยุกต์ใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในพื้นที่อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 5 ราย

ตารางการทำวิจัยในแต่ละสัปดาห์

ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลครั้งแรก ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยผู้ศึกษาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สัปดาห์ที่ 1-5 : ครั้งที่ 1-5 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดำเนินการตามขั้นตอนการระลึก

ความหลังแบบรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 6 : ครั้งที่ 6 ดำเนินการตามขั้นตอนการระลึกความหลังแบบรายบุคคล ประเมินผลหลังการบำบัด

สัปดาห์ที่ 8 : ครั้งที่ 7 ดำเนินการตามขั้นตอนการระลึกความหลังแบบรายบุคคล ประเมินระยะติดตามผลหลังการบำบัด

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการศึกษานี้ โดยได้รับความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขร่วมกับครอบครัวและชุมชน และลดภาระการดูแลของครอบครัวลง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

การศึกษานี้จะยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี ผู้วิจัยจะยึดหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจและลงนามยินยอมตน โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลขั้นตอนรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับการศึกษาตลอดจนผลประโยชน์ที่จะได้รับและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมไม่มีการระบุชื่อและผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การประยุกต์ใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
(IMPLEMENTING THE INDIVIDUAL REMINISCENCE PROGRAM IN OLDER ADULTS WITH
DEPRESSIVE SYMPTOMS)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุกัญญา กิตติกำแหง

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของ
โครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบัง
ซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่
อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย * ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล

นางชุลีกร กิตติกำแพง

วัน เดือน ปี เกิด

15 เมษายน 2514

สถานที่เกิด

จังหวัดชลบุรี

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, พ.ศ. 2535

ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์
ชั้นสอง

วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี, พ.ศ. 2546

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549-2552

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลหนองหงษ์ อำเภอนาทอง จังหวัดชลบุรี

โทรศัพท์: 038-157154

E-mail: chu.53@hotmail.com

ที่อยู่ปัจจุบัน

19/1 หมู่ 3 ตำบล ฤๅไน อำเภอนนทบุรี จังหวัดชลบุรี

โทรศัพท์: 038-787516