บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าจากการเยี่ยมบ้าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ศึกษาความหมายของภาวะซึมเศร้า ไว้หลากหลายพอสรุปได้ดังนี้

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ไม่มีสมาธิ มีอารมณ์ซึมเศร้า ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมลดลงรู้สึกตนเองไร้ค่า คิดเรื่องตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย นอนไม่หลับความคิดเปลี่ยนไปในทางลบเบื่ออาหาร

รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์ (2544) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทั้งอารมณ์และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทั้งผู้มีความผิดปกติทางฝ่ายกายและฝ่ายใจชัดเจน

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช (2545) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้ในปุถุชนทุกคนเมื่อมีการสูญเสีย เกิดขึ้น การสูญเสียมักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ 3 อย่าง อาจเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ 1) ของรัก เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงถึงแก่ชีวิต แฟนหนี ต้องพลัดพรากจากกัน สูญเสียอวัยวะบางส่วน 2) เงินทองและทรัพย์สมบัติ เช่น ถูกลักขโมย ไฟไหม้บ้าน ถูกโกง

3) สถานภาพทางสังคม เช่นสอบตก ถูกไล่ออกจากงาน ถูกฟ้องล้มละลาย มีเหตุการณ์ที่ทำให้เสียชื่อเสียงเกียรติยศ เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดความเสียใจและปฏิกิริยา เศร้าใจ

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะความรู้สึกที่เกิดจากกระบวนการทางปัญญาที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความเบี่ยงเบนในด้านการคิด และการรับรู้ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม ไม่สนใจทำกิจกรรม มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง มีพฤติกรรมถอยหนี เศร้าใจ เสียใจ ท้อแท้ หมดหวังรู้สึกไร้คุณค่า

กรมสุขภาพจิต (2549) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นอาการแสดงของพฤติกรรม อาการทางกาย ความคิดและความรู้สึก อาการประกอบด้วย มีอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง นอนไม่หลับหรือหลับมากไป เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด ทำให้ตนเองหรือครองครัวผิดหวัง สมาธิหรือความคิดช้าลง ทำอะไรช้า กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง มีความคิดทำร้ายตนเอง

สายฝน เอกวรางค์กูร (2553) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ทั้งนี้อาการดังกล่าวอาจเกิดต่อเนื่องกันนานเป็นอาทิตย์ หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เป็นความรู้สึกสิ้นหวังไม่มีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์เศร้าหมอง หดหู่ใจ ขาดความเพลิดเพลินสนุกสนาน ความสนใจสิ่งต่างๆลดลง ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับคนปกติทั่วไป มีการเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และเป็นครั้งคราว ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก แต่ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีระยะเวลาการแสดงออกติดต่อกันนาน จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จะถือว่ามีความผิดปกติทางคลินิก และก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น จนมีความรู้สึกผิด และมีความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า นักทฤษฎี นักการศึกษา นักจิตวิทยารวมทั้งผู้เกี่ยวข้องพยายามอธิบายกระบวนการเกิดภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีทางจิตวิทยาสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น ดังนี้ (สายฝน เอกวรางค์กูร, 2553)

1. ด้านร่างกาย แนวคิดและทฤษฎีด้านร่างกายที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetic theory) และทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression)

1.1 ทฤษฎีทางพันธุกรรม (genetic theory) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรคจิตซึมเศร้าชนิด 2 ขั้ว (manic-depressive psychosis) ซึ่งเป็นโรคที่มีความรู้สึกสบายอย่างมากและอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกันเป็นต้น และจากข้อมูลทางวิชาการพบว่าถ้าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเกิดภาวะซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคนี้จะสูงถึง ร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 14 การที่ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนที่คล้ายกันจึงพบอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจึงแสดงให้เห็นว่าพันธุกรรมเป็นอีกปัจจัยเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกันมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่ง ถึง 3 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมอง กลุ่มแคทีคอลเอมีน ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน(norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟรินสาเหตุการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีคอลเอมีนนั้น อาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรมองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ นอร์อิพิเนฟริน มีการแพร่กระจายไปที่อื่นๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อนโดยสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จากการศึกษาของซาโน (Sano, 1989) พบว่าระดับความเข้มข้นของสารซีโรโตนินจะลดต่ำลงในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีภาวะสมองเสื่อม (dementia)

2. ด้านจิตใจ แนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตใจที่นิยมมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่

2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) ของ Beck (1967) ได้พัฒนาทฤษฎีปัญญานิยมขึ้นมา โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากการที่บุคคลสะสมความคิด การรับรู้และความรู้สึกทางลบกับตนเองเป็นระยะเวลานานจนติดเป็นนิสัยก่อให้เกิดความแปรปรวนของระบบความคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ และเมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญาจะรับรู้ และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้นและอารมณ์และพฤติกรรมนั้น จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญา จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาทางหาอารมณ์ของภาวะซึมเศร้า โดยการปรับกระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ กฎส่วนตัว ความคาดหวัง การระบุเหตุ การคิดทางลบต่อตนเอง เป็นต้น จะส่งผลให้อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนตามมา

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) สายฝน เอกวรางค์กูร (2553) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality เมื่อบุคคลประสบกับการสูญเสียทั้งสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง มีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ (perception)ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา(problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม(correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือ ถูกทำลายจึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสียเกิดการยับยั้งไม่ให้มีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและบันดาลโทสะ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ ทำให้มีความคิดในทางลบต่อตนเอง

2.3 ทฤษฎีการสูญเสียและความโศกเศร้า (Grief and Loss Theory) สายฝน เอกวรางค์กูร (2553) อธิบายการสูญเสียว่าเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบกับความสูญเสียสิ่งที่มีค่า มีความหมายและมีความสำคัญต่อชีวิตบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เห็นได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ได้แก่ การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต สูญเสียอวัยวะ สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียทรัพย์สิน สัตว์ สิ่งของ และการสูญเสียที่เป็นการรับรู้ความรู้สึกที่มีลักษณะเป็นนามธรรม มองเห็นได้ไม่ชัดเจน ได้แก่การสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความรู้สึก ความรัก

ความหวัง ความภาคภูมิใจในตนเอง เป้าหมาย ความหมายในชีวิต รวมทั้งการสูญเสียความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต หรือความก้าวหน้าในอาชีพ

3. ด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น แนวคิดและทฤษฎีด้านสิ่งแวดล้อม/สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคลได้แก่

3.1 ทฤษฎีทางสังคม (Social theory) สายฝน เอกวรางค์กูร (2553) อธิบายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์การเรียนรู้ ตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการคือ 1) มีสิ่งกระตุ้น (provoking agent) ภาวะซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับเหตุการณ์ในชีวิตหรือภาวะยุ่งยากลำบาก เช่น ความเจ็บป่วยของบุคคลที่รัก การตกงาน ปัญหาความรุนแรงที่มีระยะเวลานาน ปัญหาโรคเรื้อรัง 2) องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเจ็บป่วยได้ง่าย 3) องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ประสบการณ์เจ็บป่วย การสูญเสียสภาวะทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ และการได้รับสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่สามารถปรับตัวได้กับสิ่งเร้าภายนอกที่เข้ามาคุกคามจะสามารถก้าวผ่านวิกฤตได้ ตรงกันข้าม ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด วิตกกังวล ล้มเหลวในการปรับตัว รู้สึกผิด ไร้พลัง ไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า ไม่มีใครต้องการ รู้สึกเป็นภาระของสังคมหวาดระแวงคนรอบข้าง แยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อม สังคม และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

อาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าใน ที่แสดงออกแต่ละบุคคลส่วนใหญ่พบความผิดปกติจากความแปรปรวนต่างๆได้แก่ ความแปรปรวนด้านความคิดความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกาย และพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1979) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความแปรปรวนด้านความคิดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ตำหนิตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไปโดยอาการที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

1.1 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ผู้ที่มีอาการ มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆ ที่เผชิญอยู่เป็น

ความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.2 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ผู้ที่มีอาการ มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นแม้ยังไม่มีอาการแสดง

1.3 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้ที่มีอาการ มักคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่างเป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

2. ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ผู้ที่มีอาการจะเกิดอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนของอารมณ์แตกต่างกันออกไปตาม ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

2.1 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ระดับเล็กน้อยจะ มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มีอารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอ เช่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว อยากไปเที่ยวนอกบ้านแต่ไม่ได้ไป เป็นต้น บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งเรื่อง ครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ระดับปานกลาง จะมีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานมักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ระดับรุนแรง จะมีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจ กับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

3. ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจรู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัว จากสังคมหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ แตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าดังนี้

3.1 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ จำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นมีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี่ยงและแยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

4. ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม ผู้ที่มีอาการจะ เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีอาการแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

4.1 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรมระดับเล็กน้อย ผู้ที่มีอาการจะมีความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

4.2 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรมระดับปานกลาง จะมีอาการเบื่ออาหาร หรือลืมรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนเวลาเช้าเหนื่อยง่าย รู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

4.3 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรมระดับรุนแรง ผู้ที่มีอาการจะไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน หากตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้

การรักษาภาวะซึมเศร้า

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธีการดังนี้

1. การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาโดยใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) กลุ่ม ต่างๆ เช่น ยาต้านภาวะซึมเศร้ากลุ่มไตรไซคลิค (tricyclic) ยาต้านภาวะซึมเศร้ากลุ่มโมโนเอไมน์ (monoamine oxidase inhibitors) เป็นต้น ยาต้านภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการดูด

กลับ (reuptake) เข้าเซลล์ประสาทของสารสื่อประสาทที่สำคัญ 3 ชนิด คือ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) ที่จุดต่อของปลายประสาท ทำให้สารสื่อประสาท นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin)เพิ่มสูงขึ้น ภาวะซึมเศร้าจึงหมดไปหรือดี ขึ้นยาแต่ละชนิดมีฤทธิ์ขัดขวางสารสื่อประสาทต่างๆกัน เช่น ยาอิมิปรามิน (imipramine) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของนอร์อิพิเนฟริน ส่วนยาเอมิทริบไทลิน (amitriptyline) มีฤทธิ์ขัดขวางการดูดซึมกลับเข้าเซลล์ของซีโรโทนิน เป็นต้น การรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้าจะต้องใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ในการออกฤทธิ์ให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เป็นปกติ ลดความรู้สึกท้อแท้หรือความรู้สึกผิด ยาจะทำให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้นในช่วงเวลา 1-3 วัน รวมทั้งความสนใจในสิ่งต่างๆรอบตัวจะดีขึ้นด้วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นเวลานานกว่า1 เดือนสามารถปรับลดยาได้ แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาติดต่อกันไปเป็นเวลา 6 เดือนถึงหนึ่งปี เพื่อป้องกันอาการกำเริบ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงมีอาการกำเริบได้อีก และร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต (สายฝน เอกวรางค์กูร, 2553)

2. การรักษาทางจิตใจ เป็นการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและช่วยทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา แนวทางการรักษาตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีมีดังต่อไปนี้

2.1 จิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิต (psychodynamic psychotherapy) (Beck,1979) มีรากฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่า ความขัดแย้งในจิตใต้สำนึกเป็นต้นเหตุของปัญหา ที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาทางจิตใจ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า และปรับปรุงบุคคลิกภาพของผู้ป่วย โดยพยายามวิเคราะห์ปมขัดแย้ง (dynamic focus) ที่สำคัญๆ เพียงเรื่องเดียว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น แล้ววิเคราะห์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เพื่อค้นหาความขัดแย้งในอดีตหรือในจิตใต้สำนึก ให้ปรากฏขึ้น แต่การทำจิตบำบัดแบบวิเคราะห์กลไกทางจิตมีข้อจำกัดในการใช้ระยะเวลา ในการบำบัดที่ยาวนานไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการรักษา มุ่งให้ผู้ป่วยระบาย ความขัดแย้งในจิตใต้สำนึกโดยไม่คำนึงถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน ทำให้ ความซึมเศร้ายังคงอยู่

2.2 การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) วัตถุประสงค์ของการบำบัด เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งปรับปรุงทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ โดยเน้นที่ปัญหาความคับข้องใจในชีวิตปัจจุบัน มิได้มุ่งเปลี่ยนแปลงบุคคลิกภาพหรือแก้ไขความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก ด้วยกระบวนการให้ความรู้ อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงธรรมชาติ อาการ วิธีการรักษา และการดำเนินของโรค ผู้รักษาพูดประคับประคอง ให้ความหวังและ

กำลังใจกับผู้ป่วย เน้นให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยๆ ในบุคคลทั่วไป ให้ผู้ป่วยปรับปรุงทักษะด้าน มนุษยสัมพันธ์ เพื่อช่วยให้ปรับตัวได้กับความเครียดในชีวิต

3. พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) (Beck,1979) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การพรากจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือ เลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมจากสังคม ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบกับเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลง

4. การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy)พัฒนาขึ้นโดย (Beck,1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญา มีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่าอารมณ์ ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด การประเมินสิ่งเร้า หรือเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม โลก และอนาคต การบำบัดทางปัญญาจึงมีวัตถุประสงค์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็น รู้จักเข้าใจ ความคิดทางลบ รวมทั้งวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่จะเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงของตนเอง จากนั้นกระบวนการบำบัดมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5. พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (Cognitive Behavioral Therapy) แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (Beck, 1979) มีพื้นฐานอยู่บนการจำแนกแยกแยะความเชื่อข้อกำหนด และการคิดระบบความคิดขึ้นใหม่ โดยไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยซึมเศร้า และการทำความเข้าใจความคิดที่ผิดพลาดนั้นนำมาซึ่งการค้นพบกระบวนการคิดเชิงลบ ที่นำมาเป็นทางเลือกในการนำมาใช้ยืนยันความคิดและการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Stewart, 1994) เป็นการผสมผสานการบำบัดที่หลากหลายซึ่งการเรียนรู้สามารถนำมาใช้ในการป้องกัน หรือบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าได้ พฤติกรรมบำบัดทางปัญญา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระบุความเชื่อที่ผิด การแปลผลข้อมูลที่บิดเบือน รวมถึงการทดสอบความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ

1. ป้องกันการทำร้ายตนเอง หรือ ฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงและมีทีท่าว่าจะทำร้ายตนเองต้องอาศัยพยาบาลจิตเวชดูแลอย่างใกล้ชิด ดูแลการรับประทานยาให้ครบถ้วน ตรงตามเวลา จำนวนเม็ดยาที่ได้รับในแต่ละมื้อต้องตรวจสอบอย่างรอบคอบ และให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแล เพื่อป้องกันผู้ป่วยสะสมยาไว้ สำหรับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่เป็นของแหลมมีคม หรืออุปกรณ์ที่เป็นแก้ว ซึ่งสามารถนำมาใช้ทำร้ายตนเองได้ควรเก็บไว้ให้ห่างผู้ป่วย ตู้ยาควรใส่กุญแจไว้ตลอดเวลา ผู้ดูแลควรเป็นผู้จัดยาให้ทุกครั้ง วัตถุบางชนิดที่สามารถจะนำมาใช้ทำอันตรายได้เช่น เข็มขัด รองเท้า ควรนำออกไปให้พ้นจากผู้ป่วย ควรประเมินอาการผู้ป่วยบ่อยๆ โดยไม่จำกัดเวลาแน่นอน ผู้ป่วยซึมเศร้าหลังตื่นนอนมักต้องการคนที่คุยด้วย ผู้ดูแลควรจะมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างน้อย 2 – 3 นาที บางเวลาอาจจำเป็นต้องผูกยึดผู้ป่วยบางคนบ้าง เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง

2. การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมักไม่สนใจตนเองละเลยต่อกิจวัตรประจำวัน แม้กระทั่งการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ ยกเว้นบางวันที่มีอาการซึมเศร้าอ่อนๆ อาจมีความอยากอาหารสูงขึ้น หากมีเพื่อนรับประทานอาหาร ในรายที่ละเลยต่ออาหาร ต้องคอยดูแล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบถ้วน ตามเวลา แม้ในเรื่องการขับถ่ายซึ่งมักปรากฏว่าท้องผูก เนื่องจากกระเพาะอาหาร และลำไส้ เคลื่อนไหวน้อยลง ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตื่นมาดื่มน้ำ ซึ่งจะช่วยทางการขับถ่าย ปัสสาวะได้ เพราะผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะนานเกินไปทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ และเนื่องจากผู้ป่วยมักจะนั่งเป็นส่วนใหญ่ จึงมักมีการบวมในส่วนแขน ขา หรือ บริเวณก้นกบ ผู้ป่วยซึมเศร้ามักต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องสุขอนามัยและความสวยงาม ซึ่งถ้าปล่อยให้ทำเองเขาจะต้องใช้ความพยายามมากหรือละเลยไป ผู้ดูแลจะต้องช่วยผู้ป่วยปรับปรุงสภาพร่างกายและบุคลิกภาพด้วย เพราะจะเป็นสิ่งช่วยให้ลดอาการซึมเศร้าลงได้ เช่น การสวมเสื้อผ้าใหม่ๆ หรือแต่งตัวให้สวยงามขึ้น

3. ช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจาก ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่ตามลำพังมักจะมี ภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลควรให้กำลังและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ คอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย อย่าปล่อยให้อยู่ตามลำพัง เพราะผู้ป่วยซึมเศร้าไม่เหมือนกับผู้ป่วยวิตกกังวล ซึ่งจะคอยบอกเล่าปัญหาของตนให้ฟังอยู่เสมอ ผู้ดูแลต้องอยู่ใกล้ชิด แม้เพียงสัมผัสก็จะช่วยให้เขารู้สึกว่ามีเพื่อน ไม่ได้อ้างว้างอยู่คนเดียว เขาจะอบอุ่นใจขึ้นว่ายังมีคนสนใจเขาอยู่ผู้ป่วยอาจจะดีขึ้น

หรืออาจจะพาเพื่อนที่มีความสนใจสิ่งเดียวกันมาอยู่เป็นเพื่อน และสิ่งสำคัญที่สุดคือ ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ได้ปริมาณเพียงพอ และออกกำลังกายเพราะนอกจากจะทำให้ไม่มีเวลาว่าง เว้นจากการหมกมุ่นครุ่นคิดแล้ว ประโยชน์ที่จะตามมาจากการออกกำลังกายคือ การนอนหลับได้มากขึ้น และอยากอาหารมากขึ้น ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ป่วยได้ทำเป็นประจำทุกวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นพร้อมที่จะมีสุขภาพจิตที่ดี ในสภาพร่างกายที่ดีด้วย (health mind in the health body)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ ที่มนุษย์ต้องประสบ และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีการพัฒนา และมีความเสื่อมสภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่เกิด และดำเนินไปตลอดชีวิต ในภาคพื้นเอเชีย จะถือเอา 60 ปี ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลง กันระหว่างประเทศให้ยึดอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2549)

1. แนวคิดและความหมายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าพบได้ทั่วไป และเป็นความผิดปกติทางจิตที่สำคัญของ ผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institue of Mental Health'sEpidemiology Catchment Area Program) ที่พบว่าความผิดปกติทางจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) บ่อยครั้งที่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถูกละเลยวินิจฉัยผิดพลาด และได้รับการรักษาไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดการป่วยและการตายโดยไม่จำเป็น ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการที่อวัยวะต่างๆของร่างกายทำหน้าที่เสื่อมลง การรับรู้ลดลง ความบีบคั้นในชีวิต ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลดภาวะกดดันทางจิตใจ การสูญเสียความมีคุณค่าในตัวเอง การเป็นโรคเรื้อรัง และการเป็นภาระของผู้ดูแล สามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ณรงศักดิ์ หนูสอน, 2553)

2. สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากผู้ให้เป็นผู้รับ จากผู้นำ เป็นผู้ตาม ต้องพึ่งพาและต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ให้เข้ากับสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา จาก

การศึกษางานวิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้น สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงจะ เกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบผิวหนังจะ ขาดความตึงตัว ผิวหนังเหี่ยวและหยาบ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจะ มีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดกระดูกผุในผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ลิ้นหัวใจแข็งหนา และมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ระบบทางเดินหายใจจะมีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและการหดขยายของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง ทำให้ได้รับออกซิเจนต่ำ มักเหนื่อยและหอบง่าย ระบบทางเดินอาหาร ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลง เนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง นอกจากนี้ระบบประสาทและประสาทสัมผัสมีการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติทำงานมีประสิทธิภาพลดลง ความเร็วในการรับและส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุจะ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ เมื่ออายุมากขึ้นเกิดภาวะความจำเสื่อมทำให้การรับรู้ต่อสังคมลดลง ผู้สูงอายุมักมีความยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของสังคม การพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก ทำให้บางครั้งผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ว้าเหว่และเหงาบางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง อาจเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเองลดลงท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต จากสภาวะจิตใจต่างๆ อาจเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า บางครั้งเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เนื่องจากต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเกิดความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวังเนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปรับตัวแยกตัวจากสังคม ความคล่องตัวในการคิดและการติดต่อสื่อสารจะลดลง จากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมเนื่องจากบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานต้องเปลี่ยนแปลง ตลอดจนบทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ความคับข้องใจทาง

สังคมจากการเปลี่ยนบทบาทหลังเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียเพื่อนร่วมงาน มีรายได้ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปมีการเปลี่ยนแปลง หน้าที่รับผิดชอบ การยอมรับพิจารณามอบหมายงานของชุมชนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้าปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ทำให้ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง และทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาททางสังคมเกิดความเครียดสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

4. การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ เป็นผลต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุพบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงาน บทบาทในครอบครัว ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงและต้องพึ่งพาคนอื่น ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเกิดความเครียด เศร้าหมอง จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าซึ่งทำให้เกิดเกิดความรู้สึกหดหู่ ขาดการกระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจ ต่อการดำเนินชีวิตรู้สึกหมดหวังในชีวิต อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกระทำอัตวิบาตกรรมได้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

3. อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้สูงอายุนั้นมักจะแสดงอาการที่ไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุจะแสดงออกด้วยการพูดบ่นถึงอาการของตนเอง แต่ที่เห็นเด่นชัด คือ มีอารมณ์น้อยลงจนถึงไม่มีอารมณ์ในการทำสิ่งใดๆเลย นำมาซึ่งการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุผิดพลาด หรือมีการวินิจฉัยที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น อาการที่มีแนวโน้มที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า คืออาการเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ มักเริ่มจากการนอนไม่หลับ อาการอยู่ไม่นิ่ง และบ่อยครั้งที่พบว่าอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไม่แสดงอาการซึมเศร้าตรงๆ อาการทางกายที่พบบ่อยรวมไปถึงอาการกังวลใจ การคิดถึงความตาย สมาธิลดลง อยู่ไม่นิ่งหรือช้าลง อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อย และอาการซึมเศร้าที่รุนแรงส่งผลรบกวนการรู้คิดของผู้สูงอายุ คืออาการหลงลืมและการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ที่คล้ายกับโรคสมองเสื่อม รูปแบบอาการที่พบนั้นแตกต่างกันตามเพศ พบว่าอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไม่คงที่ในแต่ละวัน ในเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย ส่วนอายุนั้นมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ ส่วนอาการไฮโปคอนเดรียซีส (hypochondriasis) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ

4. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าถูกจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า จะมีอัตราการตายหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานการฆ่าตัวตายสูงจากรายงานการศึกษาของ เมอร์ฟี และคณะ (Murphy,et.al. A.N. อ้างอิงใน สุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2543) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจำนวน 120 ราย ติดตามผลระยะ 2 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20 การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในปี ค.ศ. 1988 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุสูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยอัตราการฆ่าตัวตายในประชาชนทั่วไปมี 12.4 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราฆ่าตัวตายในผู้ที่มีอายุ 80-84 ปีเท่ากับ 26.5 ต่อแสนประชากร (National Institutes of Health, 1991)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผู้ให้ความหมายดังนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การมุ่งสร้างเสริมความเป็นไปได้ของบุคคลในการที่จะควบคุมชีวิตตนเอง และมีส่วนร่วมกับสังคมแวดล้อม ทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อม (Rappaport, 1985)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลังงาน มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพการสร้างเสริมพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆทั้งในส่วนบุคคล และสังคมนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของคนในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ Gibson (1991 อ้างอิงใน สุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2543)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการจัดการทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล Gibson (1995 อ้างอิงใน สุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล, 2543)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายโอนอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในทำงานและแก้ปัญหาต่างๆได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิตเพื่อให้บุคคลมีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆและดำเนินกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งกระบวนการนั้นมีขั้นตอนเพื่อการเรียนรู้จากข้อมูลต่างๆและประสบการณ์ตรง ในการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเองควบคุมตนเองโดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รวมพร คงกำเนิด, 2543)

จากความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลเพื่อให้เกิดความตระหนักในศักยภาพของตนเอง ส่งเสริมความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะตัดสินใจจัดการปัญหาโดยใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนทำให้เกิดความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล

การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการต่างๆดังต่อไปนี้ (Gibson, 1991)

1. กระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับการดำรงชีวิตของตนเอง

2. กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน

3. กระบวนการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของงานหรือการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

4. กระบวนการเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคล และที่มีอยู่ในชุมชน

5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันโดยมุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น

6. กระบวนการในการหาทางออก หรือ การแก้ปัญหามากกว่าการมุ่งให้ได้คำตอบเน้นความแข็งแกร่ง สิทธิ ความสามารถ ของบุคคล มากกว่า ข้อจำกัด หรือ จุดด้อยของบุคคล

7. กระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่ยอมรับการถ่ายโอนอำนาจ

8. กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

9.กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อม และ/หรือ กำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

10. กระบวนการทางสังคมในการแสดงการยอมรับ ชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

นอกจากนี้ กิบสัน (Gibson, 1995) ได้กล่าวว่า การที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์และพยาบาลจะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น ๆ แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ

2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงามและความต้องการการสนองตอบต่อเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ของตน แม้ว่า บางครั้ง อาจต้องอาศัยข้อมูล หรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างก็ตาม

3. บุคลากรทางสุขภาพ ไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการได้แต่ผู้รับบริการจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพ จะต้องเป็นผู้สนับสนุน และเอื้ออำนวย ให้การช่วยเหลือ ให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตน

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องมีความสำนึกในเรื่องของอิสระภาพ และพร้อมที่จะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของ

ผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรทางสุขภาพแนะนำไว้ ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะการมองฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งว่าเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีปมด้อย ในขณะที่อีกฝ่ายเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่าปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบเกื้อกูลกัน

6. ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกันการสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง เป็นการสร้างพลังในระดับบุคคล ทำให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลตนเองในความหมายของการส่งเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีหนึ่งในการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง ทั้งในขณะปกติและเจ็บป่วย โดยบุคคลต้องมีการเรียนรู้จากการได้รับความรู้ การฝึกทักษะ ให้ตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งอยู่บน พื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยเน้นให้บุคคลมีความตระหนักในการปกป้องส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยามยามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional Responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวายกลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริง ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากเปลี่ยนวิธีคิด และมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมี

RC
530
.5
ก332ผ
2556

i 62566A7

- 5 มิ.ย. 2556

สำนักวิทยบริการฯ

กำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริงเพื่อสามารถดูแลตนเองได้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive Responses) **เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจาก** สิ่งรอบข้างโดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือวารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล บุคคลอื่น ๆ ซึ่งประสบกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆการตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral Responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนี้ มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไรเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การ แก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า การวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดีปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเอง จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมาประเมินปัญหาและคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้จะเกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพบุคคลจะ

ได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตนเองเกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจมีทักษะของตนเองในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge)

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด โดยมีการเรียนรู้จากตัวอย่างผู้ที่มีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี เพื่อเป็นสิ่งช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self -determination) ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน โดยการตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ ทางเลือกนั้นเป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้และสอดคล้องกับการดูแลของทีมสุขภาพกับทีมสุขภาพ บุคคลได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองโดยผ่านการร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพ เป็นวิธีที่สร้างการยอมรับ และความสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่น ๆ การเลือกวิธีปฏิบัติเหมาะสมกับตนเองจะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังนี้

การปกป้องสิทธิ (Advocating for) การให้ตนเองได้รับการดูแลเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the Ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น

การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to Persist) บุคคลไม่ควรย่อท้อต่อความตั้งใจในการดูแลตนเองและพยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในสถานบริการ (Driving Negotiation in the Hospital Setting) เป็นการเจรจาโดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล นำความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล นำปัญหาของบุคคลอื่นๆ มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (Sense of Power)

การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (Establishing Partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลตนเอง จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคล

อื่น ๆ การสร้างสัมพันธภาพ และการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับบุคคลอื่น การได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ จะช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามวิธีที่บุคคลเลือก พยาบาลและบุคคลจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไป การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของGibson เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกันและสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านขั้นตอนแต่ละขั้นตอนได้ต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง หากบุคคลสามารถผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้ (Gibson, 1993)

1. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1.1 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นการที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจะส่งผลผลให้บุคคลเกิดความหวัง มีความคิดที่จะส่งเสริมให้ตนเองเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

1.2 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง การมีความรักในตนเอง เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

1.3 ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

1.4 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค

ปัจจัยภายในบุคคลยังรวมถึง การยอมรับในบทบาท ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานร่วมกัน ตลอดจนคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวกทักษะการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญอดทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่ง อันเดียวกัน

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้รับบริการด้วยกันเอง เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับบุคคลที่เกี่ยวข้องคือต้องเป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและมีความเปิดเผยต่อกันได้ มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการให้คุณค่า เคารพในสิทธิและความเป็นบุคคลระหว่างกันและกันจึงเกิดความร่วมมือ และความมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลต้องมีบรรยากาศของการดูแลช่วยเหลือ และปรารถนาดีต่อกัน (Nurturing, Helping, Caring environment) การเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อฝ่ายที่ด้อยกว่านั้นได้พัฒนาความสามารถ และพัฒนาอำนาจในตนเอง (Chandler, 1992 อ้างอิงในวรางคณา ชัชเวช, 2546)

สรุปได้ว่า พลังอำนาจ เป็นความสามารถในการผลักดันความตั้งใจ ความมุ่งมั่นของตนเองไปสู่ผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วน ความรู้สึกมีพลังอำนาจ หรือการเสริมสร้างพลังอำนาจ นั้นเป็น กระบวนการทางสังคมในการแสดงถึงการยอมรับ ชื่นชม ส่งเสริม และพัฒนา ให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง มีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) ดังนี้ คือ

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างตนเอง กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง การยอมรับซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจกัน รวมถึง การได้รับความร่วมมือบุคคลที่ใกล้ชิด การได้รับสนับสนุนจากบุคคลอันเป็นที่รักนั้น จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลนั้นมีพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (รวมพร คงกำเนิด, 2543) มีดังนี้

1. การสร้าง และ คงไว้ซึ่ง สัมพันธภาพ อันดี ระหว่างบุคคล และผู้เกี่ยวข้อง การสร้างสัมพันธภาพเป็นเทคนิคขั้นพื้นฐานที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. การให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยให้เป็นแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม

3. การให้คำปรึกษาคำแนะนำ และให้แนวทาง โดยยึดความจำเป็น และความต้องการของแต่ละบุคคล

4. การให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้กับแหล่งประโยชน์ หรือทรัพยากรที่จำเป็น

5. การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมทำให้บุคคลเกิดการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และหาแนวทางที่เป็นไปได้

การส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าจากการเยี่ยมบ้าน

ในการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับผู้รับบริการตามบ้าน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รวมทั้งทำหน้าที่อื่นในการส่งเสริมสุขภาวะของประชากรเป้าหมายทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย (สำเริง แหยงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2545) ได้อธิบายถึงการเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้แพทย์ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทไม่ใช่เพียงตัวผู้ป่วยแต่ผู้เดียว บริบทที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยก็คือครอบครัว การได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคมและชุมชนของผู้ป่วย ทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและ

ครอบครัวมากยิ่งขึ้น เกิดสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ พยาบาลประจำครอบครัว (Doctor - Patient Relationship) (สำเริง แหยงกระโทก และ รุจิรา มังคละศริ, 2545) มีแนวคิดในการเยี่ยมบ้านดังนี้

1. การเยี่ยมบ้าน เป็นกลวิธีที่พยาบาลชุมชนเข้าไปให้การดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งคนที่อยู่ในภาวะปกติ คนเจ็บป่วยและพิการ ซึ่งจะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อให้การดูแลต่อไป

2. การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านมี 3 ขั้นตอน การดำเนินการก่อนเยี่ยมบ้าน การดำเนินการขณะเยี่ยมบ้าน และการดำเนินการหลังเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านพยาบาล ข้อมูล อุปกรณ์ ขั้นตอนขณะเยี่ยมเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลและครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมในการรวมกันแก้ปัญหาสุขภาพ และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการบันทึกข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการติดตามประเมินผลและวางแผนในครั้งต่อไป

3. ความสำเร็จในการเยี่ยมบ้านขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ หลาย ปัจจัย เช่น ความร่วมมือ ในการค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการแก้ปัญหา ทั้งนี้พยาบาลชุมชนควรมีทักษะและเทคนิคในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การสร้างความไว้วางใจ การใช้ความสังเกต และทำหน้าที่และบทบาทที่เหมาะสม

4. การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นลักษณะของการพยาบาลแบบองค์รวม คือสามารถดูแลบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลนั้นได้อยู่กับครอบครัว จึงสามารถดูแลได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม

ขั้นตอนในการเยี่ยมบ้าน และทักษะในการเยี่ยมบ้าน

1. ก่อนการเยี่ยม พยาบาลต้องมีการเตรียมตัวในด้านต่าง ๆ เช่น

1.1 เป็นระยะของการวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม

1.2 การทำความเข้าใจชุมชน โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม โครงสร้างชุมชน

1.3 หาข้อมูลผู้รับบริการ จากแฟ้มประวัติการส่งต่อ จากประวัติครอบครัว (Family Folder) จากการซักถาม การสังเกต

1.4 การเตรียมตัวของพยาบาล เช่นเตรียมความพร้อม เตรียมความรู้ เตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็น และกระเป๋าเยี่ยม

2. ขณะเยี่ยมบ้าน การเข้าเยี่ยม เริ่มต้นด้วยธรรมเนียมปฏิบัติที่ดี มีท่าทีที่อดทน การใช้ทักษะที่เหมาะสม ใช้ภาษาเข้าใจง่าย ควรคำนึงถึงธรรมเนียมที่ควรปฏิบัติ เช่น การขออนุญาต การให้ความเคารพ เกรงใจ ช่างสังเกต การตั้งคำถามให้เหมาะสม ขณะเดียวกันการให้บริการ ควร

ให้สอดคล้องกับความต้องการ มีความรู้ มีหลักการและเหตุผล รวมถึงการใช้กระเป๋าเยี่ยม ยึดหลักสะอาด ปลอดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อ มีความมั่นใจ

นอกจากนั้น สำเริง แหยงกระโทก และ รุจิรา มังคละศริ (2545) ได้กล่าวว่าในขณะเยี่ยมผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และทักษะอื่นๆ เพื่อให้เกิดบริการอย่างเป็นองค์รวม ในการเยี่ยมจะต้องมีการประเมินในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีแนวทางดังนี้ INHOMESSS5

I = Immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่นในการดูแล

N = Nutrition เพื่อภาวะด้านโภชนาการของผู้ป่วย เพราะอาหารส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เช่น ผู้สูงอายุทานข้าวไม่ได้ เด็กขาดสารอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานคุมอาหารอย่างไร

H = Home environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและรอบบ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สภาพบ้านแออัด มีโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน

O = Other people สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือพึ่งพากันบ้างหรือไม่

M = Medications การซักประวัติเรื่องยารวมถึงการใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้าน ของผู้ป่วยมีความจำเป็นเพื่อประเมินเรื่องการใช้ยา การดูแลตนเองและการแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย

E = Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดความดันโลหิตการดูแลแผลการตรวจมารดาและทารกหลังคลอดเพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้น

S = Spiritual Health ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีต่าง ๆ การค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

S = Service การประเมินที่บ้านถึงบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับนั้น ทำให้ทราบถึงความรู้สึกที่มีต่อระบบบริการและสะท้อนถึงบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเอง เพื่อปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น

3. ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน ภายหลังการเยี่ยมบ้าน สำเริง แหยงกระโทก และ รุจิรา มังคละศริ (2545) กล่าวว่าต้องมีการนำข้อมูลที่ได้มาลงบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้แพทย์เพื่อนร่วมทีม ได้มีโอกาสรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย การลงบันทึกโดยทั่วไปจะลงตามหัวข้อ ดังนี้

S = Subjective ได้แก่ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนบ้าน ลงบันทึกย่อ ๆ ให้ครอบคลุมประเด็นทั้ง กาย จิต และสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง Idea Expectation และ Concern

O = Objective ได้แก่ข้อมูลจากการตรวจพบและการสังเกต เช่น ผลการตรวจร่างกาย ท่าที อวัจนะภาษาทั้งของผู้ป่วยและญาติรวมทั้งข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

A = Assessment คือ การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ตามระดับของการดูแล

P = Plam Management ซึ่งต้องให้ครอบคลุมการแก้ปัญหาที่ เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการดูแลตนเอง และการนำศักยภาพของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมมาใช้ให้เหมาะสมด้วย

หลังจากการเยี่ยมบ้านและลงบันทึกแล้ว ในการประชุมทีม หรือการประชุมวิชาการทุกครั้ง ควรนำเอาข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในที่ประชุมเป็นประจำ

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว มีการแบ่งการดูแลเป็นระดับ ดังนี้

ระดับบุคคล (Individual)

: Case Approach เป็นการดูแลผู้ป่วยด้านชีวะการแพทย์ (Bio – Med)

: Holistic Approach (Whole person approach)

ระดับครอบครัว (Family)

: Family Oriented Care

: Family as a Unit

หลังการเยี่ยม ภายหลังการเยี่ยมต้องมีการทบทวน สรุปประเด็นให้ผู้รับบริการเข้าใจ มีการบันทึกและวางแผนงานครั้งต่อไปร่วมกัน และเมื่อเสร็จจากการเยี่ยมบ้าน พยาบาลต้องมีการสรุป วิเคราะห์ บันทึก ทำความสะอาดเครื่องมือ กระเป๋าเยี่ยม และวางแผนการทำงานในวันต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gleason (n.d. as cited in Zust, 2000) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการที่พยาบาลสนับสนุนให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และการส่งเสริมให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ซึ่งผลจากการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวพบว่าภรรยามีการปรับเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและช่วยให้ภรรยามีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้

สุคนธ์ ไข่แก้ว (2545) ศึกษาถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นได้ในบุคคล คือ มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพ หรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพ ความ

แกร่งในการทำกิจกรรม หรือการดำรงชีวิต ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การทำงาน ความสำเร็จและความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือกัน เท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การถ่ายเทพลังอำนาจให้เกิดความเสมอภาคกัน

สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ศึกษาวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ใช้เวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ทมาภรณ์ บูรณสมภพ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทารุณ กลุ่มตัวอย่างคือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ระดับปานกลาง ถึงมาก จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง

บุษกร อ่อนโนน (2547) ศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบ กลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่วัดภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้ ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ตนเองมากขึ้นเกี่ยวกับปัญหา ความจำเป็นในการดูแลตนเอง ทางเลือกสำหรับการดูแลตนเองตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเอง

Sutton (2004) ศึกษาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในเด็ก **โดยโปรแกรมประกอบไปด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้า การช่วยให้เด็กยอมรับและวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง คิดทบทวนถึงผลที่จะเกิดจากภาวะซึมเศร้า และการเสริมพลังอำนาจให้กับเด็ก เมื่อประเมินผลภายหลังการจัดกิจกรรม พบว่าเด็กมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่มีการเสริมพลังอำนาจ**

Davision and Degner (1997) ศึกษาผลการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งตอมลูกหมากในครั้งแรกต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในผู้ป่วยจำนวน 30 คน โดยการใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและอาการของโรค รวมทั้งการให้คำปรึกษาในระดับบุคคล ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยช่วยลดระดับความวิตกกังวลและระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยมะเร็งตอมลูกหมากเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้การเสริมพลังอำนาจ

อภิญญา พรมพะยอม (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจ และการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมบำบัด ที่ผสมผสานแนวคิดการเสริมพลังอำนาจประกอบด้วย 6 ตอน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่าเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม ต่ออนาคตดีขึ้น และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ร้อยเอกหญิงยุวดี เรืองแสง (2548) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าให้กลับมาอยู่ในกลุ่มปกติได้โดย การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปรับปรับเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและเพิ่มการนับถือตนเอง และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวลและ นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาใช้ในการจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทบทวนปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นกับตนเอง และสามารถเลือกวิธีที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองและทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึงการลดภาวะซึมเศร้าให้กลับสู่ภาวะปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

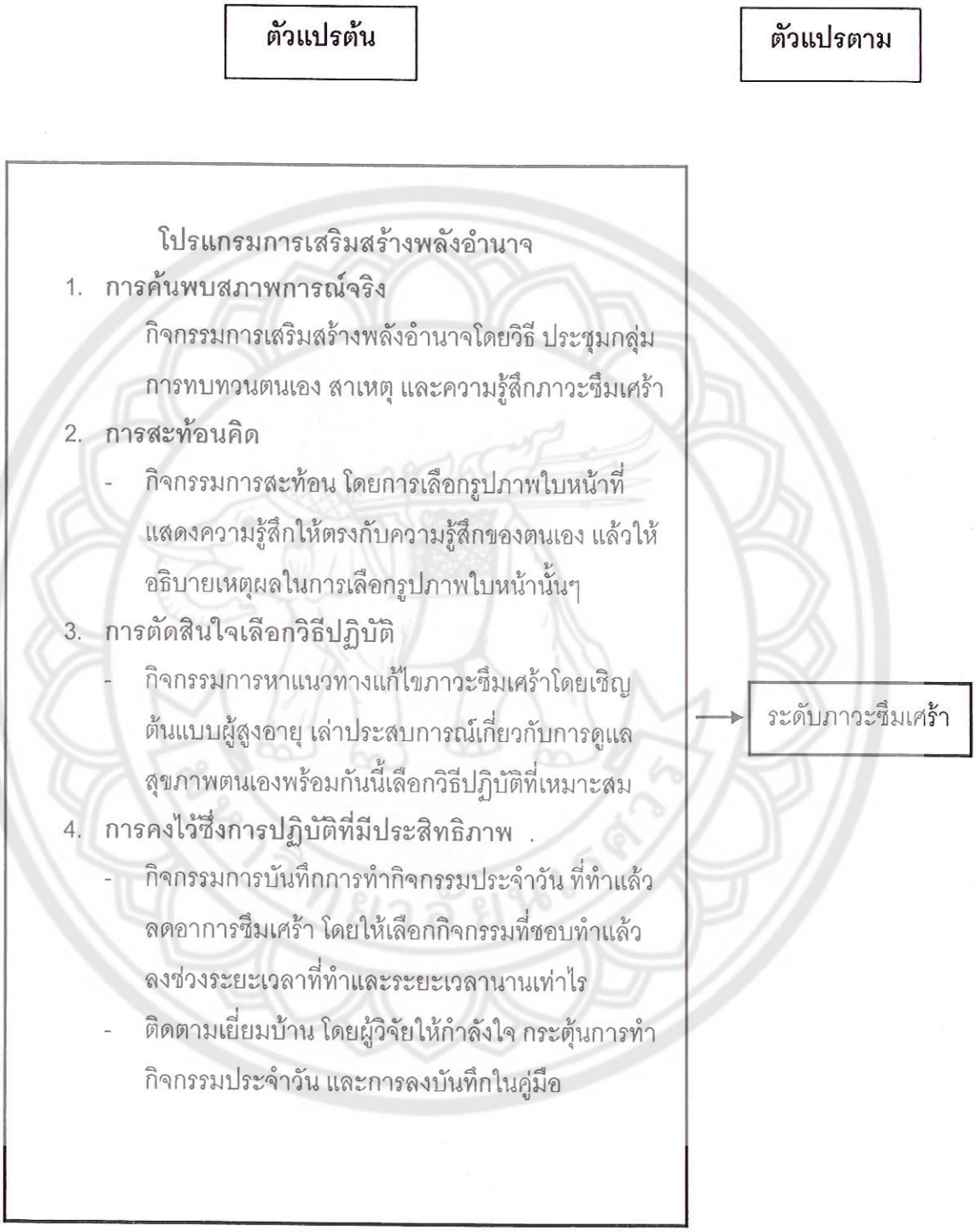
ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson,1995) มาใช้ในการจัดทำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ ตระหนักความสามารถของตนเองในการลดภาวะซึมเศร้าของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) เป็นการช่วยให้ ผู้สูงอายุยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ตามสภาพที่เป็นจริงทำความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับฟัง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) เป็นการพยายาม ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาภาวะซึมเศร้าของตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำ ความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่

3. การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด โดยมีการเรียนรู้จากตัวอย่างผู้ที่มีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี เพื่อเป็นสิ่งช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง หาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกัน โดยการตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือเป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การปฏิบัติตามทางเลือกที่จะใช้ในการแก้ปัญหา และการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)