

บทบาทพยาบาลกับการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

จรรุวรรณ ก้านศรี, ปร.ด.¹

บุษบา ทาธง, พย.ม.¹

นภัสสร ยอดทองดี, พย.ม.¹

รสสุคนธ์ พิไชยแพทย์, วท.ม.²

(Received: February 13, 2019; Revised: March 4, 2019; Accepted: April 23, 2019)

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมได้ โดยผู้สูงอายุเหล่านี้จะแสดงอาการ เช่น สมาธิสั้นลง การเรียนรู้ช้า มีปัญหาการใช้ภาษาและการรับรู้สิ่งสิ่งแวดล้อมรอบตัวลดลง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดมีหลายประการ เช่น เพศ อายุ โรคทางกาย เป็นต้น แนวทางการช่วยเหลือต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริมการรู้คิดและการลดภาวะซึมเศร้า ด้วยกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอนได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน และให้การพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด การประเมิน และแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และการช่วยเหลือ ตลอดจนฟื้นฟูภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ให้มีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในช่วงบั้นปลายของชีวิต

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ความบกพร่องด้านการรู้คิด, ผู้สูงอายุ, บทบาทพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

Nurses' Roles on Caring of Depressed Older People with Cognitive Impairment

Jaruwan Kansri, Ph.D.¹

Boossaba Tathong, MN.S.¹

Napatsorn Yodthongde, MN.S.¹

Rossukhon Pichaipaet, M.S.²

(Received: February 13, 2019; Revised: March 4, 2019; Accepted: April 23, 2019)

Abstract

Older people with cognitive impairment can lead to depression symptoms. These older people will show symptoms, such as difficulty concentration, slowly learning, difficulty language usage, and reducing environmental perception. Factors related to depression in older people with cognitive impairment included sex, age, and physical diseases, etc. Its treatments include both promoting cognitive function and reducing depression. Nursing care for these older people should use 4 phases of nursing process, including: assessment, diagnosis, planning and implementing, and evaluation. This article aims to review the current situation of the depression in older people with cognitive impairment, assessment, and the guideline for helping the depression in older people with cognitive impairment. Nurse who is responsible for caring the depression in older people with cognitive impairment can be used this knowledge including promote, protect, care for the depression in older people with cognitive impairment, and restore them to be healthy in the late of their lives.

Keywords: Depression, Cognitive impairment, Older people, Nurses' roles

¹Rigistered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chainat

²Rigistered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันของประชากรผู้สูงอายุที่มีปรากฏการณ์เกิดขึ้นทั่วโลก ส่งผลให้โครงสร้างของประชากรกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงต่างๆ เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการมีภาวะหลงลืม ความคิดช้าลง สมรรถนะทางด้านร่างกายและจิตใจด้อยลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ทำให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด เศร้า รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง และยังพบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน (วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงดี, และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของความบกพร่องด้านการรู้คิด ที่มีอุบัติการณ์พบมากในวัยผู้สูงอายุถึงร้อยละ 35.1 (Tsolaki, Koudaki, Tsolaki, Vrykouki, & Pattakou, 2014) นอกจากนี้จากการศึกษาระยะยาวที่ผ่านมายังพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด มักจะเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น โดยภาวะซึมเศร้าในสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดมีอุบัติการณ์มากถึงร้อยละ 32 (Ismail et al., 2017) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด นอกจากจะมีลักษณะของความบกพร่องด้านการรู้คิด ได้แก่ ความสนใจจดจ่อ (Attention) ความจำ (Memory) การคิดอย่างเป็นนามธรรม (Abstract thinking)

และความสามารถในการบริหารจัดการ (Executive function) บางด้านแล้ว ยังมีลักษณะของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Tsolaki et al., 2014) กล่าวคือ จะมีอารมณ์เศร้า รู้สึกผิด ท้อแท้ ผิดหวัง มองตนเองในด้านลบ มองโลกและอนาคตในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าขาดความสนใจในตนเองนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หดแรงแรง ไม่มีสมาธิ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง (D’Zurilla & Maydeu-Olivates, 1995) ศักยภาพในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง การทำงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Wang et al., 2012) ซึ่งผลกระทบที่ตามมาคือ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รวดเร็วมากกว่าการไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Cooper, Sommerlad, Lyketsos, & Livingston, 2015) ถึงร้อยละ 3-63 (Panza et al., 2010) ในระยะเวลาเพียง 2-3 ปี (Korolev, Symonds, & Bozoki, 2016)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ได้กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะของความเจ็บป่วยที่แสดงออกถึงการมีอารมณ์เศร้า ความสนใจตนเองลดลงไม่มีแรง รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ขาดสมาธิ นำมาซึ่งความบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันและท้ายที่สุดคือการฆ่าตัวตาย ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเหล่านี้ วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการเพื่อที่จะแสดงให้เห็นถึงอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด และการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่มีภาวะซึมเศร้า และเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีแนวทางในการประเมิน ป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดได้ในระยะเริ่มแรกได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด นอกจากจะมีความผิดปกติของการทำงานหรือ ความเสื่อมถอยของสมองทำให้การทำงานที่ด้าน การรู้คิดลดลง อันเนื่องมาจากความบกพร่องของ การทำงานที่ด้าน การรู้คิดอย่างน้อย 1 ใน 6 ด้าน (Internet Mental Health, 2016) ซึ่งได้แก่

1. ด้านสมาธิและความสนใจ (Complex attention) พบว่าความสามารถในการสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง ระยะเวลาสั้นลง คิดช้า ต้องใช้เวลานานและ ยากที่จะทำความเข้าใจสิ่งใหม่ๆ สังเกตได้จาก การบอกเล่าของผู้ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด เช่น ขาดสมาธิในการทำงานถ้าเปิดโทรทัศน์ หรือมีสิ่งรบกวนรอบข้าง จำเบอร์โทรศัพท์ที่เพื่อน เพิ่งบอกได้ไม่นาน คิดเลขในใจไม่ได้

2. ด้านการทำงานของสมองขั้นสูง (Executive function) พบว่าความสามารถในการ วางแผนงานลดลง การตัดสินใจลดลง ไม่สามารถ ทำงานที่ซับซ้อนได้ ขาดความยืดหยุ่นทางความคิดและอารมณ์

3. ด้านการเรียนรู้และความจำ (Learning and memory) จะพบว่าความจำระยะสั้น จะสูญเสีย มากกว่าความจำระยะยาว ยกตัวอย่างเช่น การพูดซ้ำๆ ในการสนทนา ลืมรายการสิ่งของที่วางแผน

ว่าจะซื้อขณะเดินซื้อของ ต้องจดรายการหรือใช้ ปฏิทินช่วยจำ จ่ายเงินซ้ำๆ และต้องคอยเตือนเสมอ

4. ด้านการใช้ภาษา (Language) เช่น การ นึกคำนาน ใช้ภาษาผิดไวยากรณ์เล็กน้อย การพูด ความหมายเดิมๆ ซ้ำๆ บางครั้งอาจจำชื่อสิ่งของไม่ ได้จึงเรียก “ไอ้นั่น” หรือ “ไอ้นี่” แทน

5. ด้านความสามารถด้านการรับรู้ก่อมิติ สัมพันธ์ (Perceptual-motor) แสดงพฤติกรรมที่ ถดถอยแก่ๆ กันๆ เมื่อไม่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลัง ทำอาจมีการรับรู้สับสนมากขึ้นเมื่อเวลาพลบค่ำ

6. ด้านความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (Social cognition) จะพบว่าขาด ความสามารถในการเข้าใจจิตใจผู้อื่น ขาดความ ยับยั้งชั่งใจ อารมณ์เฉยเมย สนใจแต่ตัวเอง เฉื่อย ฆาลง

ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด นอกจากจะมีความบกพร่องของการทำงานที่ ด้านการรู้คิดอย่างน้อย 1 ใน 6 ด้านแล้วยังมีอาการ แสดงของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งพบว่ามี อาการขาดความสนใจและแรงจูงใจในการ ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากการมองตนเองว่าไร้ความสามารถใน การจัดการกับปัญหาต่างๆ จากความจำที่ลดลง (Shahnawaz et al., 2013) ส่งผลกระทบให้ความ เชื่อมั่นใจตนเองลดลง การวางแผนและการตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง แบ่งออกได้เป็น 4 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ และด้าน ร่างกาย การแสดงออกของพฤติกรรม (Vilagut, Forero, Barbaglia, & Alonso, 2016) ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional symptoms) แสดงออกด้วยความ รู้สึกเศร้า เสียใจ

ข้อเท็จจริงที่ว่าหัวสิ้นหวังไม่มีความสุขเฉยเมย

2. ด้านความคิด (Cognitive symptoms) ซึ่งพบว่าจะมีความคิดเชิงซ้ำลง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดำเนินตนเอง การตัดสินใจแย่งลง คิดซ้ำๆ ไม่มีสมาธิ มองไม่เห็นหนทางในการแก้ไขปัญหาขาดความมั่นใจในตนเอง กังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นมากผิดปกติและมีความคิดฆ่าตัวตาย

3. ด้านแรงจูงใจ (Motive symptoms) มีลักษณะที่แสดงออกถึงการขาดแรงจูงใจ ขาดการกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เบื่อหน่ายไม่มีความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ

4. ด้านร่างกาย การแสดงออกของพฤติกรรม (Physical and behavior symptoms) จะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่สดชื่นแจ่มใส ไม่มีแรง เชื่องซึม เชื่องช้า เหนื่อยล้า ไม่ได้ตอบ สับสน เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป ไม่สามารถควบคุมตนเองได้กิจกรรมทางสังคมลดลง แยกตัวทำร้ายตัวเอง

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดทั้ง 4 ด้านนั้น จะมีอาการและอาการแสดงด้านแรงจูงใจเด่นชัดมากกว่าด้านอารมณ์ ส่งผลกระทบบั้ให้ความเชื่อมั่นใจตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของมากิ (Maki et al., 2014) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำและการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นั่นคือเมื่อมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ความจำจะลดลง ในขณะที่การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะลดลงตามไปด้วย

ปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดดังต่อไปนี้

1. เพศ พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2-3 เท่า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนภายในร่างกายของผู้หญิงมีการเปลี่ยนแปลงผันผวนอย่างมาก ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วบางคนหงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่าย บางคนซึมเศร้าจากสถานการณ์ต่างๆ ดังเช่น การศึกษาของนภาพวงรอด (2558) พบว่าเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้างมากกว่าเพศชาย

2. อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นพบการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมองน้ำหนักสมองลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จะก่อให้เกิดการเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมอง (Neurodegeneration) การเสื่อมของเซลล์สมอง (Neurons) จุดเชื่อมต่อ (Synapses) และเครือข่าย ประสานเซลล์ประสาท (Networks) โดยเฉพาะสมองส่วนกลางที่ถูกควบคุมโดยซีรีบริลคอร์ดเทกซ์ (Cerebral cortex) และระบบลิมบิก (Limbic system) ส่งผลทำให้ความเร็วในการส่งสัญญาณของสารสื่อประสาทกลุ่มอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine: ACh) จากชั้นของเปลือกสมองใหญ่หรือซีรีบริลคอร์ดเทกซ์ (Cerebral cortex) ลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางด้านความจำและอารมณ์เป็นหลัก (Mufson et al., 2012) และพบว่าเมื่อบุคคลใดมีอายุมากขึ้น อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้างจะสูงขึ้นตามไปด้วย (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยง, และอุมาพร อุคมทรัพย์กุล, 2554)

3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำ

วัน การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลง จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น หมดคุณค่าในตนเอง แยกตัวจากสังคม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นเป็นส่วนใหญ่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลัวการเป็นภาระแก่ลูกหลานหรือบุคคลอื่นๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า (บุษราคัม จิตอารีย์, 2555)

4. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมองปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาในทางลบ เนื่องจากการมีความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง มองตนเองในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (D'Zurilla & Nezu, 2010)

5. โรคทางกายบางอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อมและโรคพาร์กินสัน เป็นต้น เป็นสาเหตุของพยาธิสภาพที่ถูกทำลายของเซลล์ประสาทสมองและจากผลการศึกษาของมุลียาลาและวากเฮส พบว่า โรคสมองเสื่อมและโรคพาร์กินสันมักจะเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้าเสมอ และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมอาการเคลื่อนไหวช้า พุดช้าและมีปัญหาในการคิดและการตัดสินใจ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะนำมาซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงยิ่งขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะสมองเสื่อมตามมา (Muliyala & Varghese, 2010)

6. ความเครียด ที่มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดเป็นระยะเวลานานจะเกิดการหลั่งสารกลูโคคอร์ติโคอยด์ (Glucocorti-

coids) โดยเฉพาะคอร์ติซอล (Cortisol) ในปริมาณมากขึ้น ทำให้เกิดการฝ่อของเซลล์ประสาทสมองส่วนเดรนไดรต์ (Dendrites) ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ระบบลิมบิก (Limbic system) และอมิกดาลา (Amygdala) จนมีผลทำให้ปริมาณของสมองส่วนนี้ลดลง ทำให้การทำงานของเซลล์ประสาทสมองและการเชื่อมต่อของโครงข่ายใยประสาทลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Hermida, McDonald, Steenland, & Levey, 2012)

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

การบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น จำเป็นต้องบำบัดรักษาทั้งด้านการเพิ่มการรู้คิดและการลดภาวะซึมเศร้าควบคู่กันได้ แบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังนี้

1. การบำบัดด้านร่างกาย (Physical therapy) ประกอบด้วย

(1) การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant drug) เหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ในระดับรุนแรง ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีผลโดยตรงกับกระบวนการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง แต่ระยะเวลาในการตอบสนองช้า จึงทำให้ต้องใช้เวลาเป็นระยะเวลานาน จำเป็นต้องสังเกตผลของการรักษาและผลข้างเคียงจากการใช้ยาร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

(2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) เน้นการปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมองโดยใช้กระแสไฟฟ้า ซึ่งใช้ในกรณีที่การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ แล้วไม่ได้ผลหรือคิดอยาก

ฆ่าตัวตาย (พจนานา เปลี่ยนเกิด, 2557)

(3) การจำกัดพฤติกรรม (Limit setting) ในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำร้ายตนเอง อาจทำโดยวิธีการให้เข้าห้องแยก หรือการผูกมัด ซึ่งก่อนจำกัดพฤติกรรมต้องอธิบายให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงนั้นทราบถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมก่อน เมื่ออาการสงบแล้วควรเลิกจำกัดพฤติกรรมทันที (สายฝน เอกวารงกูร, 2559)

2. การบำบัดด้านจิตใจ (Psychotherapy)

เป็นกระบวนการช่วยเหลือทางเลือกหนึ่งที่ทำให้บุคคลเข้าใจสาเหตุและปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งควรทำความเข้าใจไปกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือวิธีการอื่นๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (สาวิตรี สิงหา, 2559) ประกอบไปด้วย

(1) การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้บุคคลเข้าใจตนเอง ปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมกับสถานการณ์เน้นความไว้วางใจ ความเข้าใจ การยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข เหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาของอังคณา ช่วยคำชู (2554) พบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าลงได้และยังส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยให้ดียิ่งขึ้น

(2) การบำบัดโดยการระลึกความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าใจอัตมโนทัศน์คุณค่าที่สำคัญของชีวิตที่ผ่านมาในอดีต เพื่อเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง สามารถภาวะซึมเศร้าได้ (วาสนา วรรณเกษม และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554)

(3) การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) เป็นกระบวนการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับความคิดทางลบเพื่อให้เป็นไปในทางบวกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาเนื่องจากความเชื่อที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ ดังนั้นการปรับความคิดด้านลบจะสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Hollon et al., 2014)

(4) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นตัวปัญหา การเพิ่มทักษะและการจัดการกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นปัญหา หลักการบำบัด คือการสะท้อนให้มองเห็นความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เมื่อใดที่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้ จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามความคิดเช่นเดียวกัน และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถควบคุมและจัดการกับความคิดด้านลบของตนเองได้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Dindelegan, 2014)

(5) การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากประเด็นสถานการณ์ปัญหาแล้วช่วยกันค้นหาแนวทางลดการขัดแย้งและปรับตัวเข้าหากันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า (ศิริลักษณ์ ปัญญาและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2558)

(6) การบำบัดโดยการแก้ปัญห (Problem-solving therapy) ซึ่งเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรูปแบบหนึ่งที่เกิดจากความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ

กระบวนการแก้ไขปัญหามีรูปแบบการบำบัดที่สั้น กระชับ เป็นขั้นตอนชัดเจน ดังนั้นการช่วยเหลือ จึงต้องทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองเห็นสาเหตุ ของปัญหา การเรียงลำดับความรุนแรงของปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ โดยมีการ ฝึกทักษะการจัดการปัญหารูปแบบต่างๆ ซึ่งการ บำบัดนี้จะเหมาะสมกับการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึม เศร้าระดับเล็กน้อยจากการสังเคราะห์งานวิจัยของ วรณา เรืองประยูร, อติทยา พรชัยเกตุ, โอว ยอง, และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ (2557) พบว่าการบำบัด โดยการแก้ปัญหาลดอาการซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มความสามารถ ในการทำหน้าที่ทางสังคม และคุณภาพชีวิต

(7) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) ถือเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพล ต่อการรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ ความคิดและ พฤติกรรมของบุคคล ซึ่งหลักการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัด (สายฝน เอกวรางกูร, 2559) คือ กระบวนการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นมิตร ปลอดภัยและเอื้อต่อการเสริมสร้างความสัมพันธ์ ที่ดีระหว่างบุคคล ป้องกันการแยกตัว ช่วยให้เกิด ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัดที่เหมาะสมจะเสริมสร้างความ ภาคภูมิใจในตนเองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ากลับมาอีกครั้ง ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดทางลบ เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต สำหรับ คุณลักษณะของผู้บำบัด คือ ต้องมีความจริงใจ มี ความรัก มีความเป็นมิตร สม่่าเสมอ การเปิดใจ ยอมรับฟังความคิดเห็น และการเข้าอกเข้าใจถึง ความรู้สึกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

(8) การบำบัดโดยการฟื้นฟู การรู้คิด (Cognitive rehabilitation therapy) คือ

กระบวนการกระตุ้นการรู้คิด โดยใช้เทคนิคการ กระตุ้นการรู้คิดที่หลากหลายพร้อมๆ กันเพื่อฟื้นฟู การทำหน้าที่ด้านรู้คิด ความจำ และลดอาการทาง จิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น โดยจัดรูปแบบการบำบัดให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย เป็นรายๆ ไป ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดและการรับรู้ความสามารถ ในตนเองโดยใช้การฟื้นฟูการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยโชย และแทวมเลย์ (Choi & Twamley, 2013) พบว่าการบำบัดโดยการฟื้นฟูการรู้คิด ประกอบไปด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การฝึก การรู้คิด การกระตุ้นการรู้คิด และการฟื้นฟูการรู้คิด สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความจำ ปรับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ส่งเสริม ความหวังและการรับรู้ความสามารถในตนเองได้ ดีขึ้น

นอกจากนี้ฮัคแคน และคณะ (Huckans et al., 2013) กล่าวว่าองค์ประกอบของการฟื้นฟู การรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควรมีองค์ ประกอบที่ควรพิจารณา 4 ด้าน ดังนี้ คือ

1. การฟื้นฟู (Restorative approach) ซึ่งเป็นกระบวนการกระตุ้นการรู้คิด โดยใช้เทคนิค การกระตุ้นการรู้คิดที่หลากหลายพร้อมๆ กันเช่น การฝึกการรู้คิด การฝึกการช่วยจำ (Mnemonic) การฝึกกลยุทธ์หรือเทคนิคที่เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในแต่ละขั้นตอน

2. การปรับหรือทดแทน (Compensatory approach) เป็นกระบวนการใช้สมองส่วนที่ยังปกติ มาทดแทนส่วนที่บกพร่องไปโดยมีเนื้อหาของ กระบวนการที่จะพัฒนาสมรรถนะตามความเป็นจริง (Real-world functioning)

3. การจัดการดำเนินชีวิตประจำวัน

(Lifestyle intervention) เป็นกระบวนการส่งเสริมปัจจัยปกป้องความบกพร่องด้านการรู้คิด โดยการเรียนรู้ความเข้าใจในเรื่องความบกพร่องด้านความรู้คิด และการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

4. การบำบัดทางจิต (Psychotherapeutic intervention) และทางจิตประสาท (Neuropsychiatric symptoms) และนำกระบวนการแก้ไขปัญหามา 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของดีซูริลล่า และเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 1999) ได้แก่ (1) การให้ความหมายและการกำหนดปัญหา (Problem definition and formulation) (2) การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหามา (Generation of alternative solutions) (3) การตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหามา (Decision making) (4) นำแนวทางการแก้ไขปัญหามา ไปปฏิบัติและตรวจสอบ (Solution implementation and verification) เพื่อใช้ลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดมีความสามารถด้านการรู้คิดที่ดีขึ้น เกิดการเรียนรู้และเข้าใจปัญหามีแนวทางในการแก้ไขปัญหามาอย่างสร้างสรรค์และเป็นขั้นตอน ส่งผลเกิดการมองตนเองในมุมมองเข้าใจปัญหาและเกิดการมองปัญหาในทางบวก และตรงกับความเป็นจริงในปัญหาที่เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ในที่สุด

การพยาบาลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่มีภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันตามความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่บกพร่องไป พยาบาลสามารถใช้กระบวนการ

และหลักการพยาบาลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ซึ่งสมาคมพยาบาลออนตาริโอ (Registered Nurses Association of Ontario, 2003) กล่าวถึงข้อตกลงเบื้องต้นของแนวปฏิบัติที่ดีของการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ดังนี้ คือ

1. ผู้สูงอายุทุกคนต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างทันทั่วถึง

2. ความบกพร่องด้านการรู้คิดและภาวะซึมเศร้าไม่ได้เกิดในผู้สูงอายุทุกคน และมักจะเกิดมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น

3. การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ควรกระทำด้วยจรรยาบรรณและเคารพในความซื่อสัตย์ ความเชื่อ ค่านิยมและการตัดสินใจของผู้สูงอายุแต่ละคน

4. บุคลากรสาธารณสุขจะต้องไวต่อความรู้สึก ขอมรับและตระหนักในอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในขณะประเมินและคัดกรอง

5. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและพยาบาล การใช้ความเชี่ยวชาญ ทักษะ และทัศนคติที่ดีเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

6. ควรใช้เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

7. การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุควรจะทำควบคู่กันไปกับการวางแผนการรักษาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

8. ปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา และภูมิหลังจะเป็นสิ่งที่ช่วยในการพิจารณาว่าจะเลือกใช้เครื่องมือใดประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

9. การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตลอดเวลา ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและมีความซึมเศร้าร่วมด้วยส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่บ้าน เนื่องจากไม่ได้อยู่ในระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤติ

กระบวนการพยาบาลกับการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด

พยาบาลสามารถใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวมโดยอาศัยกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอนได้แก่

การประเมิน วินิจฉัย วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ดังนี้ (दारारวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

1. การประเมินทางการพยาบาล การประเมินทางการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อช่วยป้องกันโรค ชะลอการดำเนินของโรค ประกอบไปด้วย การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด พยาบาลต้องตระหนักว่าภาวะเพื่อโรคสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้ามีลักษณะอาการทางคลินิกที่ทับซ้อนกันและจะพบในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งการประเมินความผิดปกติของผู้สูงอายุควรใช้แบบประเมินที่มีมาตรฐานเพื่อยืนยันอาการทางคลินิก เช่น แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL: Barthel Activities of Daily Living) แบบประเมิน

คัดกรองภาวะสุขภาพจิต (TMHI-15) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) เป็นต้น และการประเมินความคิดภาวะซึมเศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตาย เช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของฮามิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression: HRS-D) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบอร์ก (Montgomer Asberg Depression Rating Scale: MADRS) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมของคอร์เนลล์ (Cornell Scale for Depression in Dementia) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องประเมินด้วยความเร่งด่วนเพื่อส่งต่อแพทย์รักษาได้ทันที่ ดังนั้นพยาบาลควรประเมินผู้สูงอายุทุกรายที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับต่างๆ การสังเกตอาการ พฤติกรรมและการซักประวัติจากญาติหรือผู้ดูแล ควรสังเกตอาการบกพร่องในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) การที่ผู้ดูแลสามารถบอกลักษณะของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ซึ่งจะพบว่ามีความบกพร่องในเรื่องความจำระยะสั้น ความคิดแบบนามธรรม และการทำงานของสมองขั้นสูง (2) การประเมินภาวะซึมเศร้าต้องใช้ความสามารถในการแยกอาการและอาการแสดงออกจากผลข้างเคียงของยา โรคพาร์กินสันและโรคสมองเสื่อมซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและป้องกัน โดยการให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและมีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลและครอบครัวให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดูแลและการรักษาความบกพร่องด้านการรู้คิดและภาวะซึมเศร้า โดยการแนะนำให้ตรวจสุขภาพ

ประจำปี การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการกระตุ้นการรู้คิด เช่น การทำงานอดิเรก การทำงานบ้าน ฟังเพลง เล่นเกมส์ การเล่นเกมพีวีเตอร์ การฝึกคิดคำนวณ การผ่อนคลาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม และการให้คำแนะนำการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น (อาทิตยา สุวรรณ, 2560)

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวินิจฉัยทางการแพทย์ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามข้อวินิจฉัยของสมาคมพยาบาลอเมริกันภาคเหนือ (NANDA International, 2009) ได้ระบุข้อความวินิจฉัยทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่

(1) ด้านร่างกาย เช่น เกิดความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร การไม่รับประทานอาหารและบกพร่องการดูแลสุขภาพอนามัย เป็นต้น

(2) ด้านความคิด เช่น การมองตนเองด้านลบ รู้สึกผิด เศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เป็นต้น

(3) ด้านพฤติกรรม เช่น บกพร่องการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น

(4) ด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เช่น บกพร่องเรื่องความจำและมีภาวะหลงลืม เป็นต้น

(5) ด้านการแก้ไขปัญหา เช่น ไม่สามารถปรับตัวในการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม เป็นต้น

3. การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล จำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและ

สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นดังนี้

(1) การให้การพยาบาลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลสุขภาพอนามัยต่างๆ ไป (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพจันทรสุข, และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556)

(2) การให้การพยาบาลด้านความคิด ได้แก่ การช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นไปตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น โดยอาจใช้การบำบัดหรือการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดได้ระบายอารมณ์ในทางที่เหมาะสม (दारววรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดสิ่งกระตุ้นความรู้สึกเศร้า เก็บอาวุธสิ่งของมีคม นอกจากนั้นพยาบาลจิตเวชต้องวางแผนการประเมินลักษณะความคิดและวิธีการแก้ปัญหา และให้การพยาบาลโดยอาจใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตาย การช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและมีภาวะซึมเศร้าได้ระบายออกถึงความรู้สึกเศร้า หดหู่ใจที่เหมาะสม ได้รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความหวัง เป็นสิ่งสำคัญเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้ (สายฝน เอกวางกูร, 2559)

(3) การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการวางแผนร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนที่วางไว้ การได้ทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยปรับทั้งในด้านความคิดและอารมณ์ให้เปลี่ยนแปลงไป

ได้ เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (ดารา
วรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

(4) การให้การพยาบาลด้านการทำ
หน้าที่ด้านการรู้จักคิดได้แก่ การฝึกฝนการรู้จักคิดที่
เกี่ยวข้องกับการการทบทวนความจำ การทำ
กิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นให้
อยู่กับปัจจุบันมากที่สุด เพื่อช่วยกระตุ้นการทำงานของ
สมองในส่วนการรู้จักคิด โดยการเลือกกิจกรรม
ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและสอดคล้องกับรูป
แบบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูการรู้จักคิด
ถือเป็นการฟื้นฟูรูปแบบหนึ่ง ที่จะช่วยลดภาวะซึม
เศร้าและทำให้คุณภาพชีวิต อารมณ์ สังคมของผู้สูง
อายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้จักคิดดีขึ้นได้ และมี
ส่วนช่วยป้องกันและชะลอการดำเนินเข้าสู่โรค
สมองเสื่อมได้ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

(5) การให้การพยาบาลด้วยการบำบัด
โดยการแก้ไข้ปัญหา ได้แก่ การพยาบาลเพื่อช่วย
เหลือผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้จักคิดที่มี
ภาวะซึมเศร้าให้เกิดแนวทางในการมองปัญหาทาง
บวก มีมุมมองที่ดีต่อการแก้ไข้ปัญหา มีแนวทาง
และสามารถเลือกแนวทางการแก้ไข้ปัญหาที่
เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน
ได้ จะนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร่าลงได้ (D'Zurilla
& Nezu, 1999)

4. การ ประเมินผลลัพท์ ทาง การ พยาบาล

การประเมินผลลัพท์ทางการพยาบาล
ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์รวมทั้ง
พฤติกรรม การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด และการ
แก้ไข้ปัญหา (เอกอุมา อิมคำ, 2560) ได้แก่

(1) การประเมิน ผลทางด้านร่างกาย
เช่น การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ การขับถ่าย

ปกติ เป็นต้น

(2) การประเมินผลด้านความคิด เช่น
มีความคิดทางบวกทั้งต่อตนเอง โลกและอนาคต
และเป็นไปตามความเป็นจริงมากขึ้น รับรู้ศักยภาพ
ของตนเองมากขึ้น ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

(3) การประเมินผลด้านพฤติกรรม
เช่น ไม่ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น สามารถทำกิจวัตร
ประจำวันได้ดีขึ้น ไม่พึ่งพาศบุคคลอื่นหรือคนใน
ครอบครัว มีสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกคนอื่นๆ ดีขึ้น
และการพักผ่อนนอนหลับได้

(4) การประเมินผลด้านความสามารถ
ในการทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด ได้แก่ ความจำ ความ
สนใจ สมาธิดีขึ้น หลงลืมลดลง ความรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเองและภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น

(5) การประเมินผลด้านการแก้ไข้
ปัญหา ได้แก่ สามารถจัดการกับปัญหาทางด้าน
อารมณ์ได้ มีแนวทางในการแก้ไข้ปัญหาที่เหมาะสม
และสามารถตัดสินใจแก้ไข้ปัญหาได้ดีเหมาะสม
กับสถานการณ์ปัจจุบัน

บทสรุป

การพยาบาลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่
มีความบกพร่องด้านการรู้จักคิด จำเป็นต้องเข้าใจ
ถึงอาการแสดง บีบิจัย การบำบัดรักษา และ
บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมทั้ง 4 ขั้นตอน
ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด พฤติกรรม
การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิดและการแก้ไข้ปัญหา
เพื่อวางแผนการพยาบาลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
ที่มีความบกพร่องด้านการรู้จักคิด ให้คงไว้ซึ่งการทำ
หน้าที่ด้านการรู้จักคิดและในขณะที่เดียวกันต้องลด
ภาวะซึมเศร่าลงควบคู่กันไปเช่นเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, และศุภรใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2. นนทบุรี: ธนาเพรส.

คาราวรรณ ต๊ะปีนตา. (2555). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). ชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.

นภาพวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2(1), 63-74.

บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). *โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.

มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชา

จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. *วรรณกรรมเรื่องประยูร, อติทยา พรชัยเกตุ, โอว ยอง, และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2557). การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์งานวิจัย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 37-48.

วาสนา วรรณเกษม, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 82-96.

วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงดี, และสุภาพพร อรุณรักษ์สมบัติ. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย*. *วารสารประชากร*, 3(2), 87-109.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). *การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม dementia: prevention, assessment and care*. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

ศิริลักษณ์ ปัญญา, และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2558). *จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 3(1), 263-278.

สายฝน เอกวางกูร. (2559). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นครศรีธรรมราช: ไทม์ พริ้นติ้ง.

- สาวิตรี สิงหา. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 18*(3), 15-24.
- อังคณา ช่วยคำชู. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม. *วารสารสภาการพยาบาล, 26*(1), 70-81
- อาทิตยา สุวรรณ. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35*(1), 6-15.
- เอกอุมา อิมคำ. (2560). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: การประยุกต์ใช้กรณีศึกษา*.
- Choi, J., & Twamley, E. W. (2013). Cognitive rehabilitation therapies for Alzheimer's disease: A review of methods to improve treatment engagement and self-efficacy. *Neuropsychology Review, 23*(1), 48–62. DOI: 10.1007/s11065-013-9227-4.
- Cooper, C., Sommerlad, A., Lyketsos, C. G, & Livingston, G. (2015). Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 172*(4), 323–334. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14070878
- D’Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1995). Concept and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy, 26*, 409-432.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving Therapy: A social complete approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York: Springer.
- D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognition-behavioral therapies* (3rd ed.). London: Guilford.
- Dindelegan, C. M. (2014). The efficiency of Cognitive-Behavioral Therapy in depressive Old People. *Journal of Experiential Psychotherapy, 17*(3), 12-20.
- Hermida, A. P., McDonald, W. M. Steenland, K. & Levey, A. (2012). The association between late-life depression, mild cognitive impairment and dementia: is inflammation the missing link?. *Expert Review of Neurotherapeutics, 12*(11), 1339-1350. DOI: 10.1586/ern.12.127.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Fawcett, J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Zajecka, J. et al. (2014). Effect of cognitive therapy with antidepressant medications & antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*(10), 1157–1164. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1054.
- Huckans, M., Hutson, L., Twamley, E., Jak, A., Kaye, J., & Storzbach, D. (2013). Efficacy of cognitive rehabilitation therapies for

- mild cognitive impairment (MCI) in older adults: Working toward a theoretical model and evidence-based interventions. *Neuropsychology Review*, 23(1), 63–80.
- Internet Mental Health. (2016). *Neuro cognitive disorder due to Alzheimer's disease*. Retrieved November 1, 2017, from <http://mentalhealth.com/home/dx/dementiaalzheimer.html>
- Ismail, Z., Elbaoumi, H., Fischer, C. E., Hogan, D. B., Millin, C. P., & Schweizer, T. (2017). Prevalence of depression in patients with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(1), 58-67. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3162
- Korolev, I. O., Symonds, L. L., & Bozoki, A. C. (2016). Predicting progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's dementia using clinical, MRI, and plasma biomarkers via probabilistic pattern classification. *PLoS ONE*, 11(2), e0138866. DOI: 10.1371/journal.pone.0138866
- Maki, Y., Yamaguchi, T., Yamagami, T., Murai, T., Hachisuka, K., Miyamae, F. (2014). The impact of subjective memory complaints on quality of life in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*, 14(3), 175–181.
- Mufson, E. J., Binder, L., Counts, S.E., DeKosky, S.T., de Toledo-Morrell, & L., Ginsberg, S.D. (2012). Mild cognitive impairment: Pathology and mechanisms. *Acta Neuropathol*, 123(1), 13-30. DOI: 10.1007/s00401-011-0884-1. Epub 2011 Nov 19.
- Muliyala, K. P., & Varghese, M. (2010). The complex relationship between depression and dementia. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 13(2), 69 –73. DOI: 10.4103/0972-2327.74248
- NANDA International. (2009). *Nursing Diagnoses-Definitions and Classification 2009-2011*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Panza, F., Frisardi, V., Capurso, C., D'Inrono, A., Colacicco, A. M., & Imbimbo, B.P. (2010). Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: Possible continuum?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(2), 98-116.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2003). *Screening for delirium, dementia and depression in older adults*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
- Shahnawaz, Z., Reppermund, S., Brodaty, H., Crawford, J. D., Draper, B., & Trollor, J. N. (2013). Prevalence and characteristics of depression in mild cognitive impairment: The Sydney memory and ageing study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(5), 394–402. DOI: 10.1111/acps.12008

- Tsolaki, M., koudaki, T., Tsolaki, A., Verykouki, E., & Pattakou, P. (2014). Prevalence of mild cognitive impairment in Individuals aged over 65 in a Rural Area in North Greece. *Advances in Alzheimer's Disease*, 3, 11-19. DOI: org/10.4236/aad.2014.31002
- Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for depression in the general population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(5), e0155431. DOI: 10.1371/journal.pone.0155431.
- World Health Organization. (2017). *Depression: Let's talk: campaign essentials*. Retrieved June 23, 2017, from <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/toolkit.pdf?ua=1>