

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินของโรคนาน รักษาไม่หายขาดพยาธิสภาพไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผลของความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องเกี่ยวข้องกับคนและสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ทำให้ต้องการการช่วยเหลือดูแลแบบสนับสนุน และการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ตามปกติ และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น (Curtin and Lubkin as cited in Lubkin and Latsen, 2002) มีการคาดการณ์ว่าในศตวรรษที่ 21 โรคเรื้อรังกำลังจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก (Josling, 2001) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) ได้กำหนดโรคเรื้อรังไว้ดังนี้คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เลือดออกในสมอง โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ วัณโรค โรคปอด โรคภูมิแพ้ โรคเบาหวาน และโรคเอดส์ สถิติจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่าประเทศไทยพบ 5 อันดับของโรคเรื้อรัง 5 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมองตีบ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคนไทยป่วยเพิ่มเฉลี่ยนาทีละหนึ่งคนและมีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 โรคดังกล่าวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปี 2550 รวมทั้งสิ้น 2,179,504 ราย โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 645,620 ราย ความดันโลหิตสูง 1,145,557 ราย โรคหัวใจขาดเลือด 148,206 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 107,709 ราย และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจ 32,412 ราย และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังร้อยละ 59 หรือประมาณ 245,000 ราย ของประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมดเกล (Gail, 2005) ได้ศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคทางกายระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัญหาทางสุขภาพจิตและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไปถึงร้อยละ 41

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ร่วมกับความเปราะบางด้านความคิด การรับรู้ ความเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของเรา ตั้งแต่ระดับปกติ ซึ่งอาการจะมีน้อย ๆ เริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ ยังอยู่ในสภาพปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ มีความรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในด้านลบ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมถอนใจ จนกระทั่งอาการรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย

ในที่สุด (Beck, 1979) ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขซึ่งพบว่าปี พ.ศ. 2551 มีอัตราผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจำนวน 148,240 ราย คิดเป็นอัตรา 253.16 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2552 เป็นจำนวน 165,752 ราย คิดเป็นอัตรา 260.78 ต่อแสนประชากร จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นภาระของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2553) โดยภาวะซึมเศร้าสามารถพบร่วมในโรคเรื้อรังหลายโรค และพบบ่อยในโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหอบ เป็นสาเหตุของความสูญเสียความสามารถการทำงานที่ของอวัยวะในร่างกาย การสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้เกิดความพิการสูญเสียความสามารถทางสังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน และเสียชีวิตโดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนาน (Sambamoorthi, 2008) รัตนา เต็มเกษมสานต์ (2549) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยใช้แบบประเมินของเบ็ค (Beck, 1967) พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 30.34 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 13.10 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 17.58 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 8.64 ส่วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 19.65 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 8.77 มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 24.91 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 9.83 ผลการศึกษานี้ชี้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าว ประมาณร้อยละ 30 มีภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติและมีระดับรุนแรง ดังนั้นหากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือก็อาจจะทำให้อาการของโรคเรื้อรังทางกายรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากอารมณ์เศร้าจะทำให้ผู้ป่วยจะขาดพลังกายและพลังใจ ความสามารถดูแลตนเองลดลงไป หลีกเลียงกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจฟื้นฟูดูแลสภาพร่างกาย รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากพบปะผู้คน กลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ ก้าวร้าว ขุนขี้ ไม่ร่วมมือ ไม่สนใจดูแลตนเองทำให้ผลการรักษาโรคไม่ดี (Katon, 2009) นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มักเกิดจากความคิดอัตโนมัติในทางลบจะส่งผลในด้านร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และการรักษาของแพทย์ (Clevel, 2009) พบว่าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดไม่ร่วมมือในการรักษาโรค ทำให้การทำงานของประสาทอัตโนมัติสูงขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้น และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมา (Egede, 2004) ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จะทำให้มีพฤติกรรมแยกตัว ซึม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจตัวเอง และควบคุมตนเองได้น้อยลง ไม่ยอมทานยา หรือควบคุมอาหาร ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล (Abbas and Mansour, 2006) ในด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุกข์ มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีความหวังและมีปัญหาในการดูแลตนเองลดคุณภาพชีวิต ทำให้วิธีแก้ปัญหาไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้จากภาวะซึมเศร้า (Ludman, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธีที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive therapy) การให้การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive behavior therapy) การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) การรักษาด้วยทางเลือกอื่น (Alternative treatments) เช่น การนวด การออกกำลังกาย การรักษาด้วยการให้ยาต้านเศร้า การให้ยาอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยได้แม้ว่าการรักษาจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง แต่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 30-40 ไม่ตอบสนองกับยาต้านเศร้าหรือปฏิเสธการรับประทานยาเนื่องจากไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าสูง (Beck et al, 1979) การรักษาที่มุ่งปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้าซึ่งได้รับการยอมรับและนำไปใช้อย่างแพร่หลายวิธีหนึ่ง คือ การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) เนื่องจากเป็นวิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพสูง และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง (จันทิมา องค์ไผ่ยิต, 2545; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549; Beck, 1995; Westbrook, Kennerley and Kirk, 2007) อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางปัญญาสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jone, 1990) ได้อธิบายว่าการพูดกับตัวเองทางบวกว่าเป็นการสื่อสารภายในตนเองของบุคคล โดยการพูดออกเสียงหรือการพูดในใจแบบเงียบ ๆ กับตัวเอง โดยมีเป้าหมายของลักษณะการพูดเพื่อสงบอารมณ์ตนเองหรือเพื่อให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจของตนเองช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค และเปลี่ยนการพูดกับตัวเองทางบวกบนความเป็นจริงแทนที่จะช่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นจะช่วยให้บุคคลจัดการหรือเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้

การพูดกับตัวเอง (self-talk) เป็นการสื่อสารภายในตัวเองของบุคคล เป็นวิธีการหนึ่งในการบำบัดทางปัญญา การพูดกับตัวเองส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อของบุคคลจึงทำให้การพูดกับตัวเองเป็นไปทั้งทางบวกและทางลบ โดยที่ลักษณะการพูดกับตัวเองที่เกิดขึ้นจะพัฒนาไปตามระยะพัฒนาการของแต่ละบุคคล เป็นวิธีการหนึ่งของการบำบัดทางปัญญาที่ใช้ในการปรับโครงสร้างทางความคิด เป็นการปรับแต่งความคิดและพฤติกรรม เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ใช้จัดการหรือเผชิญกับปัญหาเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจ และช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ดีได้ (Zimmer, 2005) การพูดกับตัวเองเป็นการใช้คำพูดโดยการคิดพิจารณาเหตุผล กล่าวคือการที่

บุคคลได้ฝึกพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการคิดในใจกับตัวเองโดยลักษณะการพูดเป็นไปสงบอารมณ์ตนเองและเพื่อสร้างทักษะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น (Nelson-Jones,1990) ขวัญจิตมหากิตติคุณ, (2548) ได้นำแนวคิดมาสร้างโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเอง 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ โดยการฝึกทักษะให้รู้จักคิดและพูดกับตัวเองทางบวกแทนที่ความคิดทางลบด้วยการสร้างความคิดใหม่ที่เป็นความคิดบวก ถ่ายทอดออกมาเป็นการพูดกับตัวเองทางบวกทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง จึงได้นำไปทดลองกับวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมปลายแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาพบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ คูเกษมกิจ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติน้ำท่วมโคลนถล่มในพื้นที่ จังหวัดอุดรดิตถ์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ พัทธิน ฉายสุขศรี (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิงใน จังหวัดลำพูน สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีประสิทธิผลในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำได้ (จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551) ทัพพภานนท์ พิมพวงศ์ทอง (2550) ได้ศึกษาวิจัยการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย เอช ไอ วี ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ และราชวดี เดี่ยวตระกูล (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุดรดิตถ์ ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 20 รายโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ สถานีอนามัยป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองจากการศึกษาพบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

จากสถิติรายงานของงานกลุ่มควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (2553) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน 5 อันดับโรคที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขในปี 2551-2553 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง และมีอัตราป่วยของประชากรในโรคเรื้อรังแต่ละโรคในรอบ 3 ปี พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้ง 5 โรค จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามเงา จำนวน 12 ชุมชน ระหว่างปี 2551-2553 โรคเรื้อรัง อันดับ 1 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกของโรค 5,724.17, 6,135.51 และ 8,096.98 คนต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน มีอัตราความชุกของโรค 1,547.89, 1,602.54 และ 2,256.79 คนต่อแสนประชากร (รายงานโรคไม่ติดต่อ

โรงพยาบาลสามเงา, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะศึกษาภาวะซึมเศร้าเฉพาะในโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้นเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 1 และ 2 ซึ่งมีแนวโน้มของโรคสูงขึ้นทุกปี สืบเนื่องจากนโยบายกรมสุขภาพจิต สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับนำนโยบายมาใช้ได้ในการเฝ้าระวังและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในปี 2553 โดยใช้แบบคัดกรอง 2Q จำนวน 2,897 คน และใช้แบบประเมิน PHQ-9 จำนวน 332 คน เมื่อประเมินจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 143 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 64.34 ระดับปานกลาง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 ระดับรุนแรง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10.49 ส่งต่อเพื่อการรักษาตามระบบจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.09 และจากสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 6 ราย พบว่ามีจำนวน 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง ฆ่าตัวตายสำเร็จ คิดเป็นอัตรา 33.33 ของผู้ฆ่าตัวตาย (รายงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลสามเงา, 2553)

ที่ผ่านมาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทางโรงพยาบาลสามเงาได้ให้การดูแลรักษาโดยการให้รับประทานยาต้านเศร้าเพียงวิธีเดียว แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งปฏิเสธการรับประทานยาเนื่องจากไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ และพบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลับเป็นซ้ำ หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นแล้วอาจทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คัดแปลงขึ้น โดย ราชวดี เดียวตระกูล และดารารรรณ ตะปินตา (2553) ซึ่งได้ดัดแปลงจากโปรแกรมผลการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นของ ขวัญจิต มหาจิตติคุณ (2548) ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) และโปรแกรมที่ได้ดัดแปลงดังกล่าว ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลา รวมทั้งได้มีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 20 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ดังนั้นโปรแกรมดังกล่าวจึงเป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพ (Best practice) สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้ศึกษาจะใช้กระบวนการเผยแพร่แนวคิดของโรเจอร์ มี 5 ระยะดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เริ่มมีความรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรม เห็นคุณประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) มีการประเมินคุณลักษณะที่มีอิทธิพลที่จะตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) นำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติ 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม (confirmation stage) และตัดสินใจที่จะใช้ต่อ

หรือหยุดใช้วัตรกรรมนั้น และนำมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป (Roger as cited in Burns and Grove, 2005) โดยวัดผลลัพธ์คะแนนซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกของบุคลากรในทีมสุขภาพจิต หากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลดี จะได้นำไปประยุกต์ใช้กับงานประจำหรือมีการนำไปใช้ในการแก้ไข ปัญหาของหน่วยงาน ช่วยให้บุคลากรได้นำวัตรกรรมมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สะดวกและง่าย ต่อการนำไปปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับ ปานกลางในเขตโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

คำถามในการศึกษา

1. ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี ภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากเป็นอย่างไร
2. ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research [OR]) ประสิทธิภาพ ของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการใน โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ในระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก หมายถึง แผนการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการที่ประกอบด้วยลักษณะคำพูดที่บุคคลใช้พูดกับตัวเองซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึก และประสบการณ์ที่ถูกแปลความหมายเป็นคำพูดและกลายเป็นสิ่งที่บุคคลใช้สนทนากายในใจกับตัวเอง และ/หรือพูดออกเสียงกับตัวเองโดยลักษณะคำพูดเป็นไปในทางสร้างสรรค์ มีเหตุผล อยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง และเป็นสิ่งที่ทำได้ในปัจจุบัน ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมีความหวังต่ออนาคต ซึ่งได้สร้างขึ้นโดย ราชวดี เดียวตระกูล และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2553) ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาภคติกุล (2548) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและการพูดกับตัวเองทางบวก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามงา จังหวัดตาก ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวาน (E-13) โรคความดันโลหิตสูง (I-10) ตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease and Related Health Problem [ICD-10]) และมีภาวะซึมเศร้าโดยมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และพฤติกรรม ประเมินได้โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) ซึ่งแปลโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) และมีคะแนนซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสามงา จังหวัดตาก ได้แก่

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจและพฤติกรรม ประเมินได้โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) ซึ่งแปลโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)

ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง การประเมินโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามี 5 ด้านดังนี้ 1) ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงาน 2) ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน 3) ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ 4) ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก 5) ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก แบ่งเป็น 3 ระดับ มาก ปานกลาง น้อย ประเมินโดยแบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของอมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551)