

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมาย อาการแสดง และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ความหมายภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.4 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.5 ผลของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.6 วิธีการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การพูดกับตนเอง
 - 2.1 ความหมายของการพูดกับตัวเอง
 - 2.2 กระบวนการพูดกับตัวเองทางบวก
 - 2.3 ผลของการพูดกับตัวเองทางบวก
3. โปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. การเผยแพร่การใช้นวัตกรรม
5. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความหมาย อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ศึกษาความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลากหลายซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

เบ็ค (Beck, 1979) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอารมณ์ เช่น เสียใจ โศกเศร้า เชื่องซึม มีอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองในทางลบ ต่ำหนืดตนเอง โทษตนเอง มีพฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง ทำร้ายตนเอง หรืออยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีการเปลี่ยนแปลงระดับในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เชื่องช้า หรือ กระวนกระวาย

ไวด์เบ็ค (Videbeck, 2001) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะอารมณ์เศร้าขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย มีความผิดปกติการนอนหลับ การรับประทานอาหาร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป้าหมายการดำเนินชีวิต อาการจะเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป

สติฟานิส (Stefanis, 2002) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างหนึ่ง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ ก่อให้เกิดความเสียหาย เช่น มีอาการเศร้ามากเกินไปและนานเกินไป อาการไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล รู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิดอยากตาย มีผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิต หน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวัน ครอบครัวและสังคมทั่วไป

สมาคมจิตวิทยาประเทศสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association, 2002) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ที่จะส่งผลต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ความรู้สึกหิวและพฤติกรรมทางสังคม เมื่อมีภาวะซึมเศร้าแล้วจะมีความเชื่อว่าตัวเองล้มเหลวและไร้ค่า

มาโนช หล่อตระกูล (2550) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากการปรับตัวไม่ได้กับปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ เช่น การตกงาน เกษียณ ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า รู้สึกตัวเองล้มเหลว ไม่มีคนให้เกียรติ ผิดหวังหมดหวัง ท้อแท้หมดกำลังใจ กังวล เบื่อหน่ายมีอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นสภาพจิตใจที่เกิดจากการสูญเสีย ทำให้รู้สึกหดหู่หม่นหมอง รู้สึกผิด ไร้ค่า โทษตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวเคมี ประสบการณ์ หรือจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดของเบ็ค (Beck, 1979) ซึ่งสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงภาวะทางอารมณ์ แสดงออกซึ่งความรู้สึก และมีภาวะซึมเศร้า ความคิดที่ บิดเบือนไปในทางลบของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต แสดงออกโดยมี ความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจและพฤติกรรม

อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าโดยใช้แนวคิดของเบ็ค (Beck, 1967, Beck et al., 1979) กล่าวถึงระดับของภาวะซึมเศร้ามีความต่างกันตามระดับความรุนแรงทั้งในด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย โดยได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal depression) เบ็คไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียด
2. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) จะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าใน ด้านต่าง ๆ ดังนี้
 - 2.1 ด้านอารมณ์ มีภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นไม่แจ่มใส (blue mood) เกิดความรู้สึกเศร้า ซึ่งบางครั้งมีสาเหตุและเหตุผลและในบางครั้งเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ ขาดคนเห็นใจและเข้าใจ รู้สึก ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว เหงา ความภูมิใจถูกทำลาย
 - 2.2 ด้านความคิด คิดเปรียบเทียบกับตนเองกับคนอื่น ต่ำหนิตนเอง คิดแต่เรื่องผิดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความคิดเลวหรือตัดสินใจไม่ได้
 - 2.3 ด้านแรงจูงใจ ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติแต่ขาดความสนใจ ไม่อยากทำอะไร
 - 2.4 ด้านร่างกายมีอาการเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ มีอาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง และอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย
3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) เมื่อสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิด จากการสูญเสีย ไม่สามารถหาแนวทางจัดการที่เหมาะสมได้หรือต้องใช้เวลาปรับตัวนานขึ้น อาการ ต่าง ๆ มักทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของสาเหตุมากขึ้นส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์และจะมีการแสดงของ ภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ดังนี้
 - 3.1 ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเหงา หดหู่ หดหนทาง สิ่งต่าง ๆ รอบตัวมีดมนไม่ แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่าง ๆ

3.2 ด้านความคิด มีความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดซ้ำ คิดเรื่องเดิม หรือคิดซ้ำ ๆ (Obsession) คิดถึงตนเองด้านไม่ดี ตนเองไม่ดี ไม่มีความหมายและอาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง

3.3 ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สนใจสภาพแวดล้อม หรือดูแลร่างกายของตนเสื้อผ้าและร่างกายโดยรวมไม่สะอาด มีความต้องการหลีกเลี่ยง หรือแยกตัวจากสังคม

3.4 ด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า พูดช้าหรือพูดน้อยลง สีหน้าที่เหี่ยวหม่นหมอง เบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดลงจนสังเกตได้หรือรับประทานอาหารได้มากขึ้น นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง เพศหญิงอาจมีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยหน่าย อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าอารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของการไม่รับรู้สภาพความเป็นจริง (Out of Reality) มีอาการทางจิต (Psychotic) และมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ดังนี้

4.1 ด้านอารมณ์ แสดงความรู้สึกหมดหวังสิ้นเชิงการแสดงอารมณ์มีลักษณะเฉยเมยหรือไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ สีหน้าดูว่างเปล่า เหงาเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่าง ๆ

4.2 ด้านความคิด มีความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองตนเองในทางลบ เป็นภาระให้คนอื่น มีความคิดหลงผิด (Delusion) หรือมีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย (Somatic Delusions) ร่วมกับการมีประสาทหลอนในแบบต่าง ๆ ส่วนมากเป็นประสาทหลอนทางการได้ยิน (Auditory Hallucination) และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4.3 ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่อยากทำอะไรและไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย (Irritability) หงุดหงิด นิ่งไม่ติด ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเอง ไม่ทำความสะอาดร่างกาย

4.4 ด้านร่างกาย การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ในเพศหญิงประจำเดือนไม่มาปกติ เบื่ออาหารและมีน้ำหนักลด ด้านการนอนมีอาการนอนหลับยากหรือนอนมากแต่ตื่นไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ

เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีมากมายหลากหลายแบบที่ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแบบคัดกรองที่พัฒนาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

1. แบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาภาวะซึมเศร้าในประชากรไทย (Health-Related Self-Reported (HRSR), Scale: The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เป็นแบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงฆ่าตัวตายในประชากรไทย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.91

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ผ่านการแปลและทดลองใช้โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) กำหนดใช้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าระดับจังหวัด (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2549) แบ่งการคัดกรองเป็น 2 ขั้นตอนคือ

1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q): Two Question Screening ลักษณะคำถามสามารถใช้ถามในเวลาอันสั้น และนำไปสู่การประเมินในขั้นต่อไปได้ง่าย สามารถใช้ประกอบการประเมินอาการผู้ป่วยได้เบื้องต้น บุคคลทั่วไปสามารถใช้และเข้าใจได้ง่าย คำถามที่ใช้ คือ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ หรือไม่ และในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ การแปลผลหากพบคำตอบให้ผลบวก (Positive) ข้อใดข้อหนึ่งให้ใช้แบบประเมิน PHQ9 ประเมินระดับซึมเศร้าต่อทุกราย

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9): Patient Health Questionnaire Depression Module (PHQ-9) ลักษณะคำถาม นำสู่การประเมินระดับของภาวะซึมเศร้า สามารถใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ใช้แบบประเมินต้องผ่านการฝึกใช้และใช้ภาษาตามแบบประเมิน โดยไม่เปลี่ยนภาษา และคำพูดจากแบบประเมิน ลักษณะแบบประเมินมีทั้งหมด 9 ข้อคำถาม แบ่งระดับคะแนนเป็นช่วง 0-3 คะแนน รวมคะแนนทั้งแบบประเมิน เท่ากับ 27 คะแนน เป็นการประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แปลผลระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

คะแนน 1-6: มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (Minimal symptoms)

คะแนน 7-12: มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild major depression หรือ Dysthymia)

คะแนน 13-18: มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderately major depression)

คะแนน ≥ 19 : มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe major depression)

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ ซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบนี้พัฒนาขึ้นในปี 1965 โดย ซุง (Zung, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยมีทั้งคำถามเชิงบวก 10 ข้อและ

คำถามเชิงลบ 10 ข้อ โดยเน้นการประเมินด้านอารมณ์ ด้านความคิดความรู้สึก ด้านพฤติกรรมและด้านร่างกาย ปัจจุบันแบบประเมินของซุงไม่เป็นที่นิยมมากนักเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) สร้างขึ้นโดย เบ็ค และคณะ (Beck et al, 1967) แบบวัดนี้ได้รับการออกแบบเพื่อเป็นมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม เหมาะสมกับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไปจากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85 แบบประเมินนี้เป็นที่ยอมรับใช้ในงานวิจัยมาก เนื่องจากใช้ง่าย และสามารถประเมินซ้ำได้และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรม ในปี 1996 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 2 และออกเป็นฉบับใหม่โดยใช้ชื่อว่า (Beck Depression Inventory II [BDI-II]) โดยได้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาของคำถาม และระยะเวลาของอาการซึมเศร้าที่แสดงออกเป็น 2 สัปดาห์ โดยใช้แนวทางตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นบนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยม เหมาะสำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 13-80 ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.80-0.92 แบบประเมินนี้ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก แต่มีข้อจำกัดในลิขสิทธิ์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ มาใช้ในการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนเอกสารและบทความต่าง ๆ พบว่ามีผู้ที่อธิบายปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าตามพื้นฐานแนวคิดทฤษฎี ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางประสาทวิทยา และทฤษฎีทางด้านจิตใจ ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biochemical theory)

1.1 พันธุกรรม (genetic factors) โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยเด็กหรือวัยรุ่น จากการศึกษาคู่แฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีความผิดปกติด้านอารมณ์

ฝาแฝดอีกคนโอกาสมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45-60 ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสพบความผิดปกติ ร้อยละ 12 (Vancarolis, 2002) สำหรับญาติในระดับที่ 1 (first-degree relatives) มีโอกาสเป็นสูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 1.5-3 เท่า นอกจากนี้บุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดาและมารดาที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้ง 2 คน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมซึ่งบิดาและมารดาปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.2 ชีวเคมีของสมอง ในปัจจุบันพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลางเป็นสาเหตุสำคัญของโรคอารมณ์แปรปรวน จากการศึกษาพบว่า การทำงานที่ลดลงของระบบนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) ความผิดปกติของซีโรโทนิน (serotonin) โดยมีการเพิ่มขึ้นของตัวรับสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin receptors) หรือปริมาณของซีโรโทนินบริเวณจุดเชื่อมต่อของปลายประสาท (synapses) ลดลงมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ซึ่งความผิดปกติของซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) อาจมีสาเหตุมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม การใช้สารเสพติด หรือเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง ได้แก่ ต่อมาไทรอยด์ทำงานลดลงจากปกติ ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือมีการตายของเนื้อสมอง (Vancarolis, 2002) นอกจากนี้การผิดปกติทางชีวเคมีของสมองอาจจะมาจากความผิดปกติของเซลล์รับสารสื่อประสาท ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าที่จะเป็นระบบใดระบบหนึ่ง (มานิช หล่อตระกูล, 2550)

1.3 ระบบฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (Neurophysiology) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติในการทำงานจากต่อมไร้ท่อมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น การหลั่งลูทีไนซิงฮอร์โมน (luteinizing hormone) ลดลง และความผิดปกติของการหลั่งวาโซเพรสซิน (vasopressin) และคัลซิโทนิน (calcitonin) ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.4 การทำงานของสมองและกายวิภาคของสมอง (Functional brain and neuro-anatomical abnormalities) พบว่า ความผิดปกติของการทำงานของสมองและกายวิภาคของสมอง เช่น ความผิดปกติของคลื่นสมองขณะหลับ ความสมดุลในการกระจายของสารละลายโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในปริมาณสูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ และมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนัขขี้, 2548)

2. ทฤษฎีทางด้านประสาทวิทยา (Neurological theory)

จากการศึกษาพบว่า การมีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ที่ผิดปกติเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจได้ (Beck, 1967) เนื่องจากพบว่าไฮโปทาลามัสเป็นศูนย์กลางควบคุมระบบต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine axis) ไฮโปทาลามัสจะรับกระแส

ประสาทจากระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ระบบลิมบิก จะทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ตามสภาพของจิตใจในขณะนั้น (ชรินทร์ กองสุข, 2549)

3. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological theory)

จากการศึกษาด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมของมนุษย์พบว่า ร่างกายและจิตใจทำงานสัมพันธ์กัน เช่น เมื่อมีการสูญเสีย การไม่สามารถบรรลุความคาดหวัง การที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัญหาจะเกิดความเครียด ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท เมื่อการปรับตัวล้มเหลวจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ชรินทร์ กองสุข, 2549) ซึ่งมีทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในวัยเด็ก (Oral Stage) บุคคลจะมีลักษณะต้องการได้สิ่งต่าง ๆ ความหลงใหลของตัวเองเป็นที่ตั้ง อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (Narcissistic Personality) เมื่อผิดหวังบุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้าโศกเสียใจกับความโกรธและเชื่อว่าอาการเศร้าโศกและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสียอาจจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่บุคคลเข้าใจไปเอง (Kaplan and Sadock, 2002) การสูญเสียเกิดจากบุคคลที่เป็นที่รักพลัดพรากจากกัน ตายจากกันหรือทอดทิ้งกันไป การสูญเสียหน้าที่การงานเมื่อเกษียณอายุราชการการสูญเสียอวัยวะของร่างกายที่มีส่วนทำให้ภาพลักษณ์ (Self Image) นอกจากนี้ยังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การงานอย่างทันที ที่กล่าวมาเชื่อว่าอาจมีการสูญเสียในอดีตที่ผ่านมาแต่บุคคลนั้นไม่ได้ระบายความรู้สึกสูญเสียออกมาอย่างสมบูรณ์ (incomplete grief work) จึงปรากฏในระยะต่อมา (ชรินทร์ กองสุข, 2549)

3.2 ทฤษฎีเอ็กซิสเทนเชียล (Existential theory) แนวคิดนี้เน้นการมองธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ โดยอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม มีผลทำให้ผู้คนมุ่งแสวงหาความสำเร็จทางด้านวัตถุมากกว่าจิตวิญญาณและมิตรไมตรี สภาวะเช่นนี้ทำให้คนคิดถึงแต่ตัวเอง มีความรู้สึกอ้างว้างและแปลกแยก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ไม่ประสบความสำเร็จในสิ่งต่าง ๆ และไม่สนใจอยากจะทำกิจกรรมใด ๆ (Beck, 1979)

3.3 ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive theory) เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) ได้กล่าวถึงทฤษฎีทางความคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โดยความซึมเศร้าเป็นผลจากการคิดที่ผิดพลาดขึ้นอยู่กับความรู้และการแปลความและมักเลือกรับในสิ่งลบจึงเป็นผลจากคนที่มีความคิดเบี่ยงเบนไปในทางลบ 3 รูปแบบที่เป็นสาเหตุที่สำคัญก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าคือ

1) การคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง (Negative view of self) คิดว่าตนเองไม่ดี ไม่เก่ง ไม่สวย ไม่ดีพอ จึงไม่มีใครรัก คิดว่าความผิดพลาดหรือประสบการณ์ที่ไม่ดีเป็นความรับผิดชอบ หรือเป็นความผิดของตน

2) การมีคิดในแง่ลบต่อสิ่งแวดล้อม (negative view of world) คิดว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม รู้สึกถูกกดขี่และถูกคาดหวังจากสังคมจนไม่สามารถทนได้

3) การมีความคิดต่ออนาคตในทางลบ (negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักมองสถานการณ์ข้างหน้าว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว หมดหนทางแก้ไข มองว่าในอนาคต จะต้องมีปัญหาไม่มีที่สิ้นสุด

โครงสร้างทางปัญญา (Cognitive structure) ซึ่งมีความสลับซับซ้อนและความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันของแต่ละบุคคลหรือรูปแบบความคิด (schema) เป็นโครงสร้างทางปัญญาที่มีความสลับซับซ้อนที่เกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางจิตใจหรือต่อสถานการณ์เฉพาะและพฤติกรรมที่สังเกตได้ นอกจากนี้โครงสร้างทางความคิดยังขึ้นอยู่กับ การเลี้ยงดูหรือการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งรูปแบบการคิดจะเป็นตัวกระทำกับประสบการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ เมื่อบุคคลเผชิญกับประสบการณ์ เหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ รูปแบบการคิดจะจัดกระทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไข เหตุการณ์นั้นจะทำให้ประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมจนกระทั่งเมื่อประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิตเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความคิดที่บิดเบือน (Cognitive errors) เป็นรูปแบบความคิดที่มักพบในผู้ที่มีความซึมเศร้า ประกอบด้วย

1) การรีบด่วนสรุป การเดาใจ (Mind reading/Jumping conclusions) เป็นการสรุปปฏิกิริยาทางลบโดยไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

2) การสรุปเหตุการณ์เข้าหาตนเอง (personalization) เป็นการตำหนิตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

3) การสรุปรูปแบบการเหมารวม (Over generalization) สรุปผลทางลบโดยมีหลักฐานเพียงเล็กน้อยแต่แปลความเกินกว่าความเป็นจริง

4) การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ด้านลบเพียงอย่างเดียว (Selective abstraction)

5) การให้เหตุผลโดยอิงอารมณ์ (Emotional reasoning) โดยที่กักอารมณ์ให้เป็นข้อเท็จจริง

6) การขยายจนเกินจริง (Magnification) การสรุปที่ขยายมากเกินไปจนขอบเขต

7) การคิดแบบสุดโต่งแบบทั้งหมดหรือไม่เลย (All-or-nothing thinking) เป็นความคิดแบบสุดขั้ว คำหรือขาว ดีหรือเลว คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่ง

3.4 ทฤษฎีทางสังคม (Social theory) มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผลกระทบจากปัญหาในครอบครัวที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalent) การกระทำรุนแรง (abusive) สัมพันธภาพในครอบครัวมีภาวะพึ่งพิงต่อกันสูง ภาวะซึมเศร้ามักเกิดขึ้นภายหลังจากเกิดสถานการณ์ที่เป็นผลร้าย โดยเฉพาะการสูญเสียที่สำคัญในด้านสัมพันธภาพหรือบทบาท (Boyd, 1998)

3.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพที่ไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้และรู้สึกว่าปราศจากความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (helplessness) สิ้นหวังที่จะควบคุมเหตุการณ์ในอนาคต ขาดทั้งแรงจูงใจ การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก ทำให้ปล่อยปะละเลย ไม่แสวงหาหนทางที่จะแก้ไข ปฏิกริยาแรกที่เกิดขึ้นจะเป็นความกลัวและต่อมาจะเป็นภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกับการปรับตัวที่ไม่ดี การไม่สามารถปรับแก้ นำไปสู่การเรียนรู้ว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ (Franklin, 2006)

ความหมายภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

คณะกรรมการ โรคเรื้อรังของสหรัฐอเมริกา (Commission on Chronic Illness, as cited in Lemone and Bruke, 2000) ได้ให้คำจำกัดความว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึงภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะที่มีการเบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งมีคุณลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายลักษณะ ดังนี้ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ ต้องการการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ต้องการการดูแลเอาใจใส่ติดตามประเมินอาการและให้การช่วยเหลือเป็นเวลานาน

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยที่ระยะการเจ็บป่วยยาวนาน และการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ เช่น หลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เลือดออกในสมอง โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ วัณโรคโรคปอด โรคภูมิแพ้ โรคเบาหวาน และโรคเอดส์ เป็นต้น (WHO, 2009)

กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้นิยามไว้ 2 แบบ คือ

โรคเรื้อรัง คือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาฟักตัวของโรค

รวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยทางสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกายและรักษาไม่หาย

โรคเรื้อรัง คือ ภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกายเป็นภาวะที่เป็นอย่างถาวร ทำให้เกิดความพิการ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการการกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวสำหรับภาวะนี้ นอกจากนี้ยังต้องการรักษาติดตามดูแลในระยะยาว รวมทั้งโรคประจำตัวที่สามารถรักษาหายได้ แต่ถ้ารักษาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนแล้วยังไม่หาย ยังต้องรักษาต่อไปให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง

เคอร์ติน และลัปคิน (Curtin and Lubkin as cited in Lubkin and Larsen, 2002) ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นอาการและอาการแสดงที่เป็นสาเหตุมาจากโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การหายของโรคเป็นไปได้เพียงบางส่วนเท่านั้น พยาธิสภาพไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผลของความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องเกี่ยวข้องกับคนและสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือแบบสนับสนุนและการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้

ลีโมน และเบิร์ด (Lemone and Burke, 2003) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นคำที่มีความหมายครอบคลุมถึง ภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก (2550) ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักการวินิจฉัยโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้พิการ

กล่าวโดยสรุปโรคเรื้อรังหมายถึง ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในบุคคลและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถทำให้ทำให้อาการทุเลาหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องการการฟื้นฟูและต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคลทั้งหมด

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะถือเอาโรคเรื้อรัง 2 โรคที่มีจำนวนการเจ็บป่วยสูงสุด คือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ภายใต้เนื้อหาของความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายและพบบ่อยในโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด จึงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพเนื่องจากเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ ๆ ของร่างกายซึ่ง WHO (2009) ได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงภาวะที่มีความดันโลหิตสูงขณะพัก และคงอยู่สูงตลอดเวลา โดยมีระดับความดันโลหิตขณะที่บีบตัว (Systolic blood pressure: BP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิด (Kaplan, 2002; JNC VII, 2003) แบ่งได้เป็น 2 ชนิด

1.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Cubriilo, 2003) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด คณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา (JNC VII, 2003) พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กรรมพันธุ์ ความอ้วน การมีไขมันในเส้นเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อายุ การมีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษามีประสิทธิภาพ

1.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่ไต ต่อมหมวกไต โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท (Groer, 2001) ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคกรรมพันธุ์เป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะ ยาและสารเคมี เป็นต้น แต่เมื่อได้รับการรักษาที่สาเหตุระดับความดันโลหิตจะลดลงเป็นปกติ (Supiano, 1997)

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักไม่พบอาการแสดงเฉพาะเจาะจงว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยส่วนใหญ่พบจากการมาตรวจตามนัดหรือร่วมกับสาเหตุอื่นซึ่งไม่ใช่ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากหรือสูงในระดับรุนแรงและเป็น

เวลานาน พบอาการดังต่อไปนี้ ปวดศีรษะ มักปวดบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้า ต่อมาอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นจนหายไปเองในเวลาไม่กี่ชั่วโมง อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว ร่วมด้วยเวียนศีรษะ (Dizziness) พบร่วมกับอาการปวดศีรษะ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ แสดงถึงการมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว มีเลือดกำเดาไหล (epistaxis) และอาการอื่น ๆ ที่อาจพบร่วมด้วย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกซึ่งสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (JNC VII, 2003)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติประกอบด้วย 2 วิธีคือ การรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Grove, 2001; JNC VII, 2003)

1. การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacologic treatment) คือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) ยาต้านเบต้า (beta adrenergic receptor blockers) ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II receptor blockers) ยาต้านแคลเซียม (calcium antagonists) ยาต้านอัลฟาวันอดรีเนอร์จิก (alpha I-adrenergic blockers) และยายายหลอดเลือด (JNC VII, 2003)

2. การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกรายควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตควบคู่กับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ การควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักตัว การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจัดการกับความเครียด คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสมต่อไป (Grove, 2001)

ภาวะแทรกซ้อน

หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวและถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผนังหัวใจจะยืดออกและเสียหายที่ ทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายได้ในที่สุด อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก ทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้ ถ้าเป็นเรื้อรัง อาจกลายเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง เลือดอาจไปเลี้ยงไตไม่พอ เนื่องจากหลอดเลือดเสื่อม ทำให้ไตวายเรื้อรังและภาวะไตวายจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอีก หลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงอย่างช้า ๆ อาจมีเลือดที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนตาบอดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

โรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หรือเกิดจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือด ที่ได้จากอาหาร ไปใช้ได้ตามปกติ (เทพ หิมะทองคำและคณะ, 2548) ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งของอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง โดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) อย่างน้อย 2 ครั้ง ในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl ร่วมกับการมีอาการสำคัญของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลด หิวบ่อยรับประทานจุ โดยไม่ทราบสาเหตุ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

สาเหตุของโรคเบาหวาน

สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานนั้นยังไม่ทราบแน่นอนแต่อาจเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยหลายประการดังต่อไปนี้ (วิไล พัววิไล, 2550; ภาวนา กิริติวงศ์, 2544)

1. น้ำหนักเกิน ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายมีการตอบสนองอินซูลินลดน้อยลง อินซูลินจึงไม่สามารถพาน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ดีเช่นเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินอยู่ในกระแสเลือด
2. กรรมพันธุ์ มักพบโรคนี้ในผู้ที่มีบิดา มารดา เป็นเบาหวานลูกมีโอกาสเป็นเบาหวาน 6-10 เท่าของคนที่มีพ่อแม่เป็นเบาหวาน
3. สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง ในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด
4. ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามากเกินไป หรือตับอ่อนบอบช้ำจากการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาตับอ่อนบางส่วนออก สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นเบาหวานอยู่แล้ว ปัจจัยดังกล่าวนี้จะช่วยชักนำให้อาการของเบาหวานแสดงออกเร็วขึ้น
5. ความเครียดเรื้อรังทำให้อินซูลินทำงานนำน้ำตาลเข้าเนื้อเยื่อได้ไม่เต็มที่
6. การตั้งครรภ์ (diabetes mellitus in pregnancy) ซึ่งมีความผิดปกติของการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้อินซูลินของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาจเป็นโรคเรื้อรังก่อนตั้งครรภ์ หรือ

เป็นขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากการทำลายอินซูลินโดยรกและฮอร์โมนจากรกซึ่งจะมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ทำให้เกิดการเผาผลาญภายในร่างกายผิดปกติ

7. อื่น ๆ เช่น จากเชื้อโรคหรือยาบางชนิด เกิดร่วมกับโรคเนื้องอกของต่อมใต้สมองหรือต่อมหมวกไต เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2544)

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

อาการของโรคเบาหวานที่พบบ่อยได้แก่ (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และกอบชัย พัวพิไล, 2546)

1. ปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้น (Polyuria) เนื่องจากในกระแสเลือดและอวัยวะต่าง ๆ มีน้ำตาลค้างอยู่มาก ไตจึงทำการกรองออกมาในปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะหวาน สังเกตจากการที่มีมดมาตอมปัสสาวะ จึงเป็นที่มาของการเรียก เบาหวาน

2. กระหายน้ำ และดื่มน้ำในปริมาณมาก ๆ ต่อครั้ง (Polydipsia) ซึ่งเป็นผลจากการถ่ายปัสสาวะมาก

3. หิวบ่อย (Polyphagia) เกิดจากร่างกายใช้คาร์โบไฮเดรตไม่ได้ทั้งที่ร่างกายต้องการ

4. น้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (Weight loss) โดยเฉพาะถ้าหากน้ำหนักเคยมากมาก่อน อันเนื่องมาจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปสร้างพลังงานได้เต็มที่จึงต้องนำไขมันและโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้ทดแทน

5. ติดเชื้อบ่อยกว่าปกติ เช่น ติดเชื้อทางผิวหนังและกระเพาะอาหาร สังเกตได้จากเมื่อเป็นแผลแล้วแผลจะหายยาก

6. สายตาพร่ามองไม่ชัดเจน สาเหตุอาจเกิดจาก สายตาสั้นลง เมื่อน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตา หรือตมัว อาจเกิดจากต้อกระจกหรือเส้นเลือดไปอุดตันก็ได้

7. อาการชาไม่ค่อยมีความรู้สึก เนื่องมาจากเบาหวานจะทำลายเส้นประสาทให้เสื่อมสมรรถภาพและความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกลดลง

8. มีประวัติคลอดบุตรคนแรกน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม

การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงเพื่อไม่ให้เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงจนเกินไป โดยมีวิธีการรักษา 4 หลักประการ คือ (สุทิน ศรีอัยญาพร, 2548)

1. การให้ยา (Medication) ทั้งยารับประทานและชนิดฉีด

2. การควบคุมอาหาร (Diet)

3. สิ่งแวดล้อมและสภาพเศรษฐกิจ (Environment & Economic) สิ่งที่เราควรระวังคืออารมณ์ โกรธ เสียใจ เศร้า โศก และอารมณ์ดังที่เรียดทำให้น้ำตาลสูงได้

4. การออกกำลังกาย (Exercise)

อาการแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ได้แบ่งภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานคือ (ภาวนา กิริติวงศ์, 2546)

1. ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา (Diabetic retinopathy) เกิดจากการที่น้ำตาลเข้าไปใน endothelium ของ หลอดเลือดเล็ก ๆ ในลูกตา ทำให้หลอดเลือดเหล่านี้มีการสร้างไกลโคโปรตีนซึ่งจะถูกขยับออกมาเป็น Basement membrane มากขึ้น ทำให้ Basement membrane หนาแต่เปราะ หลอดเลือดเหล่านี้จะฉีกขาดได้ง่าย เลือดและสารบางอย่างที่อยู่ในเลือดจะรั่วออกมา และมีส่วนทำให้ Macula บวม ซึ่งจะทำให้เกิด Blurred vision หลอดเลือดที่ฉีกขาดจะสร้างแขนงของหลอดเลือดขึ้นมาใหม่เป็นจำนวนมากจนบดบังแสงที่มามากกระทบยัง Retina ทำให้การมองเห็นของผู้ป่วยแย่ลง

2. ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetic nephropathy) พยาธิสภาพของหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่ Glomeruli จะทำให้ Nephron ขอมให้ albumin รั่วออกไปกับ filtrate ได้ proximal tubule จึงต้องรับภาระในการดูดกลับสารมากขึ้น ซึ่งถ้าเป็นในระยะเวลาาน ก็จะทำให้เกิด renal failure

3. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic neuropathy) หากหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่มาเลี้ยงเส้นประสาทบริเวณปลายมือปลายเท้าเกิดพยาธิสภาพ ก็จะทำให้เส้นประสาทนั้นไม่สามารถนำความรู้สึกต่อไปได้

4. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary vascular disease)

5. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)

6. โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease)

7. แผลเรื้อรังจากเบาหวาน (Diabetic ulcer)

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเกิดจากสาเหตุและปัจจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพอสรุปได้ดังนี้

1. เพศ พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายซึ่งเกิดจากภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2550)
2. อายุ พบว่าวัยผู้ใหญ่มีภาวะซึมเศร้ามากในช่วงอายุ 25-45 ปี และพบมากขึ้นตามอายุ (ธณินทร์ กองสุข, 2550) จากการศึกษาในอเมริกาพบว่าในเพศหญิง เกิดภาวะซึมเศร้ามากแต่มีแนวโน้มลดลงตามอายุ ส่วนในเพศชายมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุ ในผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายเกิดโรคเรื้อรัง และจำนวนเซลล์ของสมองลดลง และเป็นวัยที่ต้องเผชิญความพลัดพรากจากการเสียชีวิต (Morwau, 2003)
3. สถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่แต่งงานมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ที่โสด หย่า แยกกันอยู่ หรือหม้าย แม้ปรับอายุ เพศและตัวแปรอื่นแล้ว สัดส่วนเป็น 2-3 เท่าเหตุผลอาจเป็นปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน ขาดคนดูแลเอาใจใส่ในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002)
4. สารเสพติด พบว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่ง สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวว่า การดื่มสุราเป็นเวลานานทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง เกิดความรู้สึกผิดและตำหนิในคุณค่าตัวเองต่ำ การติดสุราจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และทำให้เกิดความวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น
5. สภาพความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิต พบว่าในคนที่เป็โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานสองเท่า (Devlin, 2008)
6. ระยะเวลา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง จะมีโอกาสเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ 3-4 เท่า จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้มีช่วงเวลาของชีวิตสั้นลง (Pomerantz, 2005)
7. การสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนเองซึ่งไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลงและผู้ที่รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลงจะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ รู้สึกโกรธตัวเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Ludman, 2005)

8. ความเครียดจากโรคที่เป็น และอาจมาจากผลการหลั่งของแคทีโคลามีน (Catecholamine) และคอร์ติโซล (Cortisol) โดยกระบวนการกลูโคจีโนไลซิส (glycogenolysis) จากโรคเบาหวาน และสารสื่อประสาทในสมอง (Alby, 2008)

9. การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ เพราะต้องเผชิญกับโรคในระยะยาวกับการที่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับระบบที่ซับซ้อนของกิจกรรมที่ต้องทำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการแพทย์ การที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การทำงาน ความกลัว ความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำหรือภาวะคีโตแอซิโดซิส (ketoacidosis) การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดความเครียดระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อาจทำให้สับสน หวัง ร่วมกับภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้น (Devlin, 2008)

10. การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เป็นบทบาทของผู้ที่พึ่งพาผู้อื่น บทบาทในการดูแลตนเอง และบทบาทของผู้รับบริการในระบบบริการสาธารณสุข นอกจากผู้ป่วยต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยยังจะต้องต่อสู้กับความโศกเศร้าจากการสูญเสียบทบาทเดิมที่สำคัญ เช่น บทบาทด้านผู้นำครอบครัว บทบาทด้านหน้าที่การงาน อาจต้องออกจากตำแหน่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดและต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่องจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002)

11. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานตลอดชีวิต การมีข้อจำกัดในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอึดอัด วิตกกังวล ส่งผลต่อความเครียด และมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลต่อระบบเมตาบอลิก (Metabolic) ของสมอง โรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าจะการทำงานของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อดรีโนคอร์ติโซล-เอกซิส-2 (Hypothalamus-Pituitary-Adreno Cortisol Exis-2) กับสารคอร์ติโซล (Cortisol) ในเลือดมากกว่าปกติเป็นสาเหตุทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติด้วย (Eaton, 2002)

12. การรับประทานยาบางชนิด ยาลดความดันโลหิตสูง มีหลายกลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง จึงอาจรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีโคลามีน (catecholamines) ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึมเศร้า (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) เช่น ยาริเซอรัป (reserpine) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมาก มักมีอาการรุนแรงในตอนเช้า ร่วมกับอาการโรคจิต นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น การเคลื่อนไหวช้าลง เชื่องซึมหรือกระสับกระส่าย โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับขนาดยาที่ให้ หากใช้ยาในปริมาณที่สูงกว่า 0.5 มก. ต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยปกติแล้วมักพบภาวะซึมเศร้าหลังจากใช้ยาริเซอรัป (reserpine) นาน 4-6 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยเมทิลโดปา (methyl dopa) ประมาณร้อยละ 10 มีโอกาสป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10 ที่ไม่รุนแรง หรือมีความรุนแรงปานกลาง

แต่ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 7 จะกลายเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง อีกการศึกษาหนึ่งพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจากการใช้เมทิลโดปา ประมาณร้อยละ 3.6 โดยผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่วันหลังจากเริ่มใช้ยาและอาการจะดีขึ้นจะดีขึ้นภายในไม่กี่สัปดาห์หลังจากหยุดใช้ยา ยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ (beta-blocker) ซึ่งออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับอะดรีเนอร์จิก (adrenergic) และตัวรับซีโรโทนิน (serotonin receptor) ทำให้ซีโรโทนินถูกยับยั้ง จึงเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนยาที่ทำให้ภาวะซึมเศร้ามีอาการรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ยานิฟิโดรปีน (nifedipine) โดยยาจะไปออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการใช้แคลเซียม และลดการหลั่งของนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ให้หลังลดลงมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Zelnik, 2007)

ผลของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วมที่พบมากในโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมดูแลตนเองและความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาไม่เหมาะสมถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Ludman, 2005) ผลของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังมีดังนี้

1. ด้านร่างกายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และการรักษาของแพทย์ (Clevel, 2009) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นมากกว่าปกติ หากไม่สามารถปรับลดความเครียดลงได้จะแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม คือ รู้สึกวิตกกังวล เสียใจ นอนไม่หลับ แยกตัวเอง ซึมเศร้าจนทำให้เกิดไม่ร่วมมือในการรักษาโรค จะส่งผลให้การทำงานของประสาทอัตโนมัติสูงขึ้น หัวใจทำงานมากขึ้น และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมา (Egede, 2004) ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จะทำให้มีพฤติกรรมแยกตัว ซึม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจตัวเองและควบคุมตนเองได้น้อยลง ไม่ยอมทานยาหรือควบคุมอาหาร ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล (Abbas and Mansour, 2006) จากงานวิจัยของ สิตานันท์ พูนผลทรัพย์ และคณะ (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รองลงมาคือการไม่ร่วมมือควบคุมอาหาร และดัชนีมวลกายที่สูงกว่า 25 กก./ม.2 ตามลำดับนอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการไม่ร่วมมือควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญ

2. ด้านจิตใจ อารมณ์ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุกข์ มีความรู้สึกความคุณค่าในตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีความหวังและมีปัญหาในการดูแลตนเองลดคุณภาพชีวิต ทำให้วิธีแก้ปัญหาไม่ถูกต้อง อาจทำให้ฆ่าตัวตายได้ (Ludman, 2005)

3. ด้านสังคมและครอบครัวภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป ทำให้ปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง สังคมไม่ยอมรับเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมมีการเปลี่ยนแปลง (Lubkin and Larsen, 2002)

4. ด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจพบว่าฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวก็เกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ครอบครัว มีการดูแลเพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวลดลง (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ที่จะใช้จ่ายในครอบครัวขณะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (มานิชหล่อตระกูลและปาริมาthy สุคนิษฐ์, 2548) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำงานไม่ได้ หรือมีอาการรุนแรงมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถไปประกอบอาชีพทำให้ขาดรายได้ส่งผลกระทบต่อทางการเงินเป็นภาระของครอบครัว สังคมประเทศ (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีผู้ใดศึกษาค่าใช้จ่ายในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่พบการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องของ ศิริชัย ดาริการัณนธ์ (2544) ได้ศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า สาเหตุที่ไม่ทำงานและความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และจากสถิติค่าใช้จ่ายการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาที่ซับซ้อน ยุ่งยากเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาทต่อระบบบริการและเศรษฐกิจโดยรวม (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550) ในขณะที่โพเมอร์แรนท์ (Pomerantz, 2005) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ที่เรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษายุ่งยาก ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา กระทบต่อระบบบริการ เศรษฐกิจโดยรวม

วิธีการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังการช่วยเหลือและลดภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไปสามารถทำได้หลายรูปแบบตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและอาการของผู้เข้ารับการรักษา ได้แก่ การใช้ยา การให้คำแนะนำ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การให้การบำบัดทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่ใจ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย ซึ่งเกิดจากความคิดอัตโนมัติในทางลบ (รณชัย คงสกนธ์, 2547) ดังนั้นวิธีการรักษาและการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The National Institute for Clinical Excellence, 2008) ที่เหมาะสมจึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลโดยแบ่งตามระดับความรุนแรงดังนี้

ระดับที่ 1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีแนวทางปฏิบัติโดยพยาบาลทั่วไปต้องสามารถประเมิน คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง เช่น มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรังทางกาย ผู้พิการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลทั่วไป ให้การดูแลโดยใช้วิธี จิตบำบัดรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) การบำบัดโดยใช้สมาธิ การให้บำบัดด้วยวิธี จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยในระหว่างที่มีอาการ โดยการช่วยแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การให้การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) และการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ตามแนวคิดของ นีลสัน โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ซึ่งจากการศึกษาของ ราชวดี เดียวตระกูล (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุดรธานีที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง พบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

ระดับที่ 2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีแนวทางปฏิบัติโดยทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ให้มีการเฝ้าระวังโดยผู้เชี่ยวชาญทุก 2 สัปดาห์ และการใช้ยาด้านเศร้า (Medication therapy) การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยผู้ป่วยด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมให้ได้รับแรงเสริมทางบวก เพิ่มทักษะทางสังคม เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะทำให้การคิดที่เป็นสาเหตุทำให้ซึมเศร้าดีขึ้น (Peterson, 1993) การบำบัดโดยใช้สมาธิ พบว่าการบำบัดสมาธิตามแนวการปฏิบัติในพุทธศาสนาช่วยลดภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (Olive and Isabel, 2001) การใช้โปรแกรมช่วยเหลือเหลือบนพื้นฐานของการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ซึ่งมีเป้าหมายที่ปรับเปลี่ยนวิธีการคิดให้กับผู้ป่วย โดยการช่วยค้นหาความคิดทางลบที่ผู้ป่วยมีและช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนการคิดแบบอื่นที่ยืดหยุ่น สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งเป็นผล

ทางบวก ความคิดที่ปรับเปลี่ยนนำไปสู่การปรับพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการลดภาวะซึมเศร้า และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า (Beck, 1979) และวิธีการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ซึ่งวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลปรับความคิดลบ มาเป็นความคิดทางบวกบนความเป็นจริง การพูดกับตัวเองเป็นการสื่อสารหรือการสนทนาภายใน ของแต่ละบุคคล โดยใช้วิธีการคิดหรือพูดกับตัวเองในใจหรือพูดออกเสียงช่วยให้บุคคลแยกแยะ ปัญหาที่เกิดขึ้นและความคิดอัตโนมัติทางลบของตน เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเอง ทางบวกในการแทนที่กับตัวเองในทางลบด้วยการสร้างความคิดใหม่ที่เป็นความคิดบวก จะช่วย เปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น เป็นกระบวนการบำบัดทางปัญญาอย่างหนึ่งซึ่งสามารถ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้

ระดับที่ 3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางหรือระดับรุนแรง มีแนวทางปฏิบัติ ให้มีการใช้ ยาต้านเศร้าบำบัด (Medication therapy) โดยสามารถรักษาให้หายได้ร้อยละ 80 ร่วมกับการทำจิตบำบัด บนพื้นฐานของการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ซึ่งยาต้านเศร้า แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

1) กลุ่มไตรไซคลิก (tricyclics) เช่น Amitriptyline Nortriptyline และ Imipramine ยากลุ่มนี้ จะออกฤทธิ์ไปเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ทำให้สมองมีสารนี้มากขึ้น อารมณ์เศร้าจึงลดลง มีฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญคือ ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก น้ำหนักขึ้น เหงื่อออกมาก เวียนศีรษะ และสมรรถภาพทางเพศลดลง

2) กลุ่มโมโนเอมีน ออกซิเดส อินฮิบิเตอร์ (Monoamine oxydase inhibitors) ยากลุ่มนี้ มีฤทธิ์ไปยับยั้งเอนไซม์ Monoamine oxydase ซึ่งจะไปทำลายซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ เวียนศีรษะ มึนงง ใจเต้นเร็วและความสนใจทางเพศลดลง

3) กลุ่ม Serotonin specific reuptake inhibitors (SSRI) มีฤทธิ์ปิดกั้นการดูดกลับของซีโรโทนิน (serotonin)

ยาทั้ง 3 นี้ยังไม่มีรายงานว่ากลุ่มใดรักษาดีกว่ากัน มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50-60 เท่านั้นที่ตอบสนองกับยาตัวแรกที่แพทย์ใช้และกว่าจะพบว่ายาชนิดใดใช้ได้ผลต่อ ผู้ป่วยคนใด แพทย์มักต้องให้ยาต้านอารมณ์เศร้า 2-3 ชนิด จากยาในแต่ละกลุ่ม ส่วนยาต้านเศร้าที่ นิยมใช้ ได้แก่ ยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine 20-80 mg) หากให้นาน 4 สัปดาห์ประเมินแล้วอาการไม่ดีขึ้น อาจเปลี่ยนเป็นยารุ่นอื่นแทน หากมีอาการทางจิตให้ยาต้านโรคจิตควบคู่ไปด้วยในขนาดที่ไม่สูง เท่ากับโรคจิตเภท หากนอนไม่หลับอาจให้ยาอมิทรไพไลน์ (amitriptyline 10 mg) หรือ ไดอะซีแพม

(diazepam 2-5 mg) มีการช่วยเหลือทางสังคมและมีการรักษาต่อเนื่องเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

ระดับที่ 4. รายที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีการฉีดยา หรือมีอาการถอนยาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตกำหนดให้มีการรายงานและหยุดยา สังเกตอาการในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีการผสมผสานการรักษาและการทำจิตบำบัด (The National Institute for Clinical Excellence, 2008)

ระดับที่ 5. รายที่ความเสี่ยงต่อชีวิต ทำร้ายตนเอง คูณโดยทีมผู้ป่วยในหรือทีมดูแลระยะวิกฤติ มีแนวทางปฏิบัติโดยให้การรักษาด้วยยาด้านเศร้า มีการผสมผสานการรักษาการทำจิตบำบัด หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ซึ่งเป็นการกระตุ้นเซลล์สมองด้วยไฟฟ้า ปริมาณที่พอเหมาะ เครื่องจะปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่านสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดการชัก ส่งผลให้เกิดสมดุลของระบบสื่อประสาท ภาวะซึมเศร้าจะหายได้อย่างรวดเร็วภายในเวลา 1 สัปดาห์ มักใช้บำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์เศร้ารุนแรง รายที่เป็นมากหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

ผู้ศึกษาสนใจที่จะนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมาใช้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งได้มีการนำไปทดลองใช้มาแล้วพบว่า โปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวก ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง

การพูดกับตนเอง

ความหมายของการพูดกับตัวเอง

การพูดกับตัวเองมีผู้ให้ความหมายพอสรุปได้ดังนี้

สารานุกรมขององค์การวิกิพีเดีย (Wikipedia, 2010) ได้ให้ความหมายของการพูดกับตัวเอง (self-talk) เป็นการสื่อสารภายในตัวเองของบุคคล อาจใช้ภาษาหรือความคิดของตนเองในการสื่อสารนั้น ผ่านกระบวนการสื่อสารภายในตนเองซึ่งบุคคลนั้นจะเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารด้วยตนเอง

แฟรงคลิน (Franklin, 2006) ได้กล่าวถึงการพูดกับตนเองว่าเป็นการอธิบายสิ่งที่เราพูดออกมาจากตัวตนภายในของเรา เป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกที่เรากำลังคิดอยู่ภายในใจเป็นกระบวนการคิดที่เป็นกระแสของความรู้สึก ซึ่งจะทำให้เราสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ การพูดกับตัวเองไม่ใช่สิ่งที่ผิด แต่ถ้เป็นการพูดกับตัวเองในทางลบ จะทำให้เกิดความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาได้

คอว์ซอน (Cauchon, 2004) ได้กล่าวว่าการพูดกับตัวเองเป็นการสื่อสารภายในโดยการคิดหรือพูดกับตัวเอง เป็นการพูดเพื่อกำกับตัวเอง (self-regulation) ซึ่งมี 2 ชนิด คือ การพูดเงียบ ๆ ภายในเมื่อมีการคิดเกี่ยวกับตัวเอง และการพูดพิมพ์ปากกับตัวเองคนเดียว โดยการเปล่งเสียงออกมา โดยมีเป้าหมายในการเตือนความจำเพื่อควบคุมตนเอง ช่วยให้เข้าใจตนเองโดยการเติมคำพูดลงในกระบวนการทางความคิด

ไบรเกอร์ (Braiker, 2002) ได้กล่าวถึงการพูดกับตนเองว่าเป็นลักษณะของการพูดที่แต่ละบุคคลใช้พูดกับตัวเอง ซึ่งคำพูดเหล่านั้นสามารถช่วยให้บุคคลคาดการณ์ถึงความสมหวังของตนเอง และเกิดความเข้าใจถึงปฏิกิริยาที่บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ ต่อบุคคล และต่อตนเองได้ การพูดกับตนเองทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ และเป็นตัวช่วยลดความบกพร่องในตัวเองได้

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jone, 1990) ได้ให้ความหมายของ การพูดกับตัวเองทางบวกว่าเป็นการสื่อสารภายในตนเองของบุคคล เป็นการสื่อสารภายในตัวเองของบุคคล โดยการพูดออกเสียงหรือการพูดในใจแบบเงียบ ๆ กับตัวเอง โดยมีเป้าหมายของลักษณะการพูดเพื่อสงบอารมณ์ตนเองหรือเพื่อให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจของตนเอง ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยคและเปลี่ยนการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลจัดการหรือเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องจึงสรุปได้ว่า การพูดกับตัวเอง คือ วิธีการสื่อสารภายในตัวเองของบุคคลอย่างหนึ่งด้วยวิธีการพูดออกเสียงกับตัวเอง หรือการพูดในใจแบบเงียบ ๆ กับตัวเอง เพื่อให้ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของตนและเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวกแทนที่การพูดกับการพูดกับตัวเองในทางลบ โดยใช้การพูดกับตัวเองในทางสร้างสรรค์ มีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานของความจริง และเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน ช่วยให้บุคคลเข้าใจตนเองเกิดการตระหนักรู้ ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมตามมา ซึ่งการพูดกับตนเองจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง รับรู้ต่อเหตุการณ์และสามารถที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ประเภทของการพูดกับตัวเอง

จากการศึกษาเกี่ยวกับการพูดกับตัวเองแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การพูดกับตัวเองทางลบ และการพูดกับตัวเองทางบวก (Grainger, 1991)

1. การพูดกับตัวเองทางลบแบ่งเป็น

- 1) การคิดทางลบต่อตนเอง (self-focused negative cognition)
- 2) การคิดทางลบต่อผู้อื่น (other-focused negative cognition)

2. การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นสิ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน นอกจากนี้ ไบรเกอร์ (Braiker, 1989) ยังได้กล่าวว่าการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมซึ่งการพูดกับตัวเองทางบวก แบ่งเป็น

- 1) การพูดสอนตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ (coping self-instruction)
- 2) การคิดทางบวก (positive cognition)

แมคโกนิเกล (Mcgonigle, 2004) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองจะแบ่งเป็น 2 ลักษณะได้แก่ ลักษณะแรกเป็นการพูดกับตัวเองทางบวก คือ การพูดกับตัวในทางที่ดีการพูดกับตัวเองตรงตามความเป็นจริงและตรงตามสภาพปัจจุบัน ลักษณะที่สองเป็นการพูดกับตัวเองทางลบ คือ การพูดกับตัวเองที่ทำให้สิ่งต่าง ๆ ดูแย่ลง (awfulistic self-talk) การพูดเพื่อทำให้ตัวเองดูสมบูรณ์แบบ (absolutistic self-talk) และการพูดเพื่อเป็นการแสดงเงื่อนไข (should-have self-talk) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาร์วีทและคาร์ดินโซ (Calvete and Cardenoso, 2002) พบว่าการพูดกับตัวเองมี 2 ลักษณะคือ การพูดกับตัวเองทางบวกและการพูดกับตัวเองทางลบซึ่งการพูดกับตัวเองมาจากความคิดซึ่งในลักษณะของกระบวนการความคิดกับการพูดกับตัวเองทั้งทางบวกและทางลบต่างมีความสัมพันธ์กัน

กระบวนการพูดกับตัวเองทางบวก

การพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่าการใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) ที่ไม่ถูกต้องแสดงให้เห็นถึงที่มาของความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่บุคคลแสดงออก ส่วนการพูดกับตัวเองและช่วยให้บุคคลมองเห็นความสามารถในการควบคุมความรู้สึก ความคิด และการกระทำของบุคคลได้ และการใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) นั้นสามารถประยุกต์เพื่อใช้ในการพูดกับตัวเองในใจหรือใช้ในการพูดออกเสียงโดย

1. หลีกเลี่ยงการใช้สรรพนาม “คุณ” (You) เนื่องจากการใช้สรรพนามในลักษณะนี้เป็นการแสดงถึงความไม่รับผิดชอบต่อสิ่งที่พูดออกมา ในทางตรงข้ามการใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) เป็นการแสดงการยอมรับและรับผิดชอบต่อสิ่งที่พูดออกมา โดยการเขียนประโยคลงในกระดาษโดยขึ้นประโยคด้วยการใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) แล้วอ่านออกเสียงประโยคนั้นหรือโดยการเลือกประโยคที่

บุคคลพูดกับตัวเองมา 2-3 ประโยคแล้วลองเปลี่ยนสรรพนาม “ฉัน” (I) เป็น “คุณ” (You) แทน ฟังเสียงตัวเอง หรืออ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้นหน้ากระจก

2. ใช้คำที่แสดงถึงการยอมรับในความรับผิดชอบที่บุคคลได้เลือกไว้ จากที่บุคคลมีข้อจำกัดในการเลือกหรือมีทางเลือกน้อย ได้แก่ “ไม่สามารถ” “ต้อง” “ควรต้อง ควรจะ น่าจะ” “จะคงจะ” ให้บุคคลเลือกใช้ “จะไม่” “ต้องการที่จะ” “ชอบมากกว่า ชอบที่จะ”

3. เปิดเผยความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่เป็นตัวของตัวเอง เริ่มจากการพูดกับตัวเอง โดยใช้ความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่เป็นตัวเราเอง

4. มีความเข้าใจตัวเองและการรับรู้ทางเลือกและการกระทำตามความเป็นจริงแล้วสร้างทักษะในการเผชิญปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการสื่อสารภายในของบุคคลโดยมีเป้าหมายของลักษณะการพูดเพื่อสงบอารมณ์ตนเอง หรือเพื่อให้กำลังใจตนเอง โดยใช้วิธีการคิดหรือพูดกับตัวเองในใจหรือพูดออกเสียงกับตัวเอง การพูดกับตัวเองทางบวกมุ่งเน้นที่กระบวนการทางปัญญาโดยมีการตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยใช้เทคนิคการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก 3 ระยะ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้แก่ ระยะแรกช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ หมายถึง การรับรู้วิธีที่จะพูดกับตนเองในขณะนั้น โดยการพูดคุยกับสถานการณ์ที่ผ่านมาในอดีตหรือในอนาคต เช่น ความวิตกกังวล ความเครียดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อที่จะคุยกับตัวเอง ระยะที่ 2 การตัดสินใจเลือก เป็นการตัดสินใจที่จะคิดทางลบหรือวิธีการจัดการด้วยการพูดกับตัวเองทางบวกได้อย่างเหมาะสมและระยะที่ 3 การลงมือกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพูดกับตัวเองทางบวก เพื่อให้เกิดความรู้สึกดีขึ้นและสามารถในการเผชิญปัญหาได้

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบจะนำไปสู่การพูดกับตัวเองทางลบทำให้เพิ่มอารมณ์ที่เป็นทุกข์มากขึ้น ดังนั้นบุคคลจะต้องค้นหาให้ได้ว่าจิตใต้สำนึกได้พูดอะไรกับตัวเอง เมื่อบุคคลสามารถค้นหาความคิดทางลบของตนเองได้แล้วควรฝึกที่จะหยุดความคิดนั้น (Thought Stopping) เพื่อยับยั้งไม่ให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมโดยการแยกแยะความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และพยายามหาสิ่งเร้าที่สามารถยับยั้งความคิดนั้นได้

ด้วยการพูดกับตัวเองว่า “ไม่” หรือ “หยุด” จนกว่าความคิดนั้นจะหายไป หรือหาเหตุผลอื่นเพื่อให้เกิดความคิดบวก

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้จำแนกการพูดกับตัวเองทางบวกไว้ 2 ชนิด คือ

1. การพูดกับตัวเองเพื่อสงบอารมณ์ (Calming self-talk) จะเป็นการพูดในลักษณะที่ประคับประคองตนเอง และไม่พูดกับตัวเองในทางลบ มักใช้กับเหตุการณ์ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นบุคคลมักจะใช้เพื่อบรรเทาความรู้สึกที่เชื่อมโยงกับตนเอง ซึ่งมีลักษณะ 2 ประการ คือ การบอกกับตัวเองว่าให้สงบสติอารมณ์ โดยใช้คำพูดเช่น “ทำตัวตามสบาย” “จงผ่อนคลาย” “หายใจลึก ๆ” หรือ “ช้าลง” และ “มันไม่มีอะไรมากไปกว่านี้แล้ว” และประการที่ 2 เป็นการบอกกับตัวเองว่าคุณสามารถจัดการได้ เช่น “ฉันสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้” “ความวิตกกังวลของฉันคือ สัญญาณที่บอกให้ฉันต้องใช้ทักษะการเผชิญกับปัญหาให้ได้” และ “ฉันสามารถเผชิญกับปัญหาได้” “ฉันสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตัวฉันเอง”

2. การพูดสอนตัวเอง (Coaching self-talk) การพูดสอนตัวเองเพื่อรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่อยู่ภายในใจ ช่วยบุคคลสามารถจัดการและอยู่กับปัญหานั้นได้ โดยมีแนวทางคือ ทำความกระจ่างกับเป้าหมายของตนเอง โดยต้องมีการคิดตามวิธีการ ขั้นตอนเพื่อให้ไปถึงเป้าหมาย มีการวางแผนที่ชัดเจน โดยมีการสอนตัวเองให้ทำตามขั้นตอนของการดำเนินการนั้น และมุ่งไปที่เป้าหมายนั้น โดยไม่คิดถึงความคิดไม่พึงประสงค์อื่น ๆ (Nelson-Jones, 1990)

ขั้นตอนที่ 5 การประยุกต์ใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้กล่าวถึงการประยุกต์ใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นของเฉพาะบุคคลสามารถทำได้ 2 วิธีคือ วิธีแรกโดยเรียนรู้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งบุคคลสามารถเรียนรู้การพูดกับตัวเองทางบวกขณะเมื่อกำลังเผชิญกับปัญหา หรือเมื่อปัญหานั้นได้ผ่านพ้นไปแล้ว โดยเริ่มจากการพูดกับตัวเองด้วยประโยคง่าย ๆ ไปสู่สิ่งที่ยาก ซึ่งหลักในการเรียนรู้จะต้องมีการสร้างความมั่นใจให้กับตัวเอง พูดสอนตัวเองและมีการปรับเปลี่ยนมุมมองทางลบไปเป็นมุมมองทางบวกเพิ่มขึ้น ฝึกการพูดกับตัวเองทางบวก โดยอาจใช้วิธีการพูดกับตัวเองหน้ากระจก การพูดด้วยการเปล่งเสียงออกมาโดยพูดประโยคนั้นซ้ำ ๆ การพูดกับตัวเองเงียบ ๆ หรือการใช้บทบาทสมมุติ ซึ่งจะช่วยให้สามารถมองเห็นปัญหาเฉพาะของบุคคลของตนเอง การซ้อมพูดกับตัวเองทางบวกจะสามารถเกิดตระหนักรู้โดยอัตโนมัติจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ในฝึกพูด

กับตัวเองมาแล้วซึ่งระยะเวลาในการฝึกพูดกับตัวเองจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของปัญหา

ขั้นตอนที่ 6 การนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกแม้ว่าบุคคลจะใช้เวลาพูดกับตัวเองทางบวกตลอดเวลา แต่ควรมีการฝึกสร้างความเชื่อมั่นให้กับตัวเอง ในขณะที่พูดกับตัวเองทางบวกประกอบกันไปด้วย การพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลสามารถแยกแยะปัญหาชีวิตได้ เลือกที่จะใช้แสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

ผลของการพูดกับตัวเองทางบวก

การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นโครงสร้างของความคิดที่อยู่ภายในของแต่ละคน จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการพูดกับตัวเองทางบวกมีผลดังนี้

1. รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น สแต็คเฮาส์ (Stackhouse, 2002) ได้ศึกษาผลของการพูดกับตัวเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในเด็กอายุ 10-11 ปี ที่มีปัญหาบกพร่องด้านการเรียนรู้ พบว่า ระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มสูงขึ้นหลังจากที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการพูดกับตัวเอง นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กสามารถพูดกับตัวเองทางบวกได้มากขึ้นและพูดกับตัวเองทางลบน้อยลง
2. เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองโดยมีเป้าหมายของลักษณะการพูดเพื่อสงบอารมณ์ตนเองหรือเพื่อให้กำลังใจและประทับประคองจิตใจของตนเอง ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึง ความคิดทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยคและเปลี่ยนการพูดกับตัวเองทางบวกแทนที่หรือเพิ่มการคิดหรือทักษะในการแสดงออกในการเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล การที่บุคคลได้ฝึกปฏิบัติจะเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาค้นพบบุคคลค่อย ๆ ลดลง และการได้พูดกับตนเองบ่อย ๆ โดยการพูดนั้นได้ผ่านการไตร่ตรองมาแล้วจะนำมาซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองได้จะช่วยให้บุคคลจัดการหรือเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ มอริน (Morin, 2008) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเองและการตระรู้ในตนเองด้วยการพูดภายในกับตัวเองและตรวจสอบความคิดโดยใช้คำว่า “ฉัน” และพูดซ้ำ ๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้และประเมินตัวเองได้
3. ช่วยลดความวิตกกังวล จากการศึกษาของ ทัททากานท์ พิมพ่วงศ์ทอง (2550) ได้ศึกษาวิจัยการฝึกกับตัวเองทางบวกช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเอช ไอ วี ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในศูนย์รวมใจโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าภายหลังจากที่ผู้ติดเชื้อได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีระดับคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ลอดจ์ (Lodge, 2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ประเภทของการพูดคุยกับตนเองและ

ความวิตกกังวลในเด็กนักเรียน พบว่าการพูดกับตัวเองทางบวกเป็นกลยุทธ์ที่ในการจัดการความวิตกกังวลของพวกเขาได้

4. ช่วยให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การพูดกับตัวเองทางบวก ช่วยทำให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะนักกีฬาการพูดกับตัวเองทางบวกสามารถสอนตัวเอง ควบคุมอารมณ์ สงบสติและให้กำลังตัวเองในการฝึกซ้อมและลงแข่งขันได้ (Muller, 2007)

5. ช่วยลดภาวะซึมเศร้า การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการบำบัดทางปัญญา (cognitive strategy) ซึ่งจากทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นการสื่อสารกับตัวเองจะสามารถสื่อให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบของตนเอง และสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองในทางบวก ในการแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ และการที่บุคคลได้ฝึกปฏิบัติในการพูดกับตัวเองโดยใช้กระบวนการคือ บุคคลมีการสร้างประโยคหรือสร้างภาพในความคิดของตนเอง โดยใช้ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาในการเผชิญปัญหาจะเป็นวิธีการที่จะช่วยให้มีสติ อารมณ์สงบลง ทำให้ภาวะเครียดลดลง มองโลกในแง่ดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ปัญหาส่วนบุคคลค่อย ๆ ลดลงและส่งผลซึมเศร้าลดลงได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้พบการศึกษางานวิจัยของ ขวัญจิต มหาภิตติคุณ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น จากการวิจัยพบว่า โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ กุเกษมกิจ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติน้ำท่วมโคลนถล่ม ในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ พชริน ฉายสุขศรี (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิงในจังหวัดลำพูนสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำได้ (จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551) ทักษิณ พิมพ่วงศ์ทอง (2550) ได้ศึกษาวิจัยการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเอช ไอ วี ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ เทอเนอร์และคณะ (Turner et al., 2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการพูดกับตัวเองทางบวกเป็นวิธีหนึ่งในโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งจากผลการศึกษสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ผลในผู้ป่วยโรคเอดส์ และราชาวดี เดี่ยวตระกูล (2553) ได้ศึกษาวิจัยการฝึกกับตัวเองทางบวกช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ผลได้ผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

โปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก โดย ราชวดี เดียวตระกูล และดารารรรณ ตะปันทา (2553) ในการฝึกโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในตำบลป่าเช่า จังหวัดอุดรธานี ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของขวัญจิต มหาคิตติคุณ(2548) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และการพูดกับตัวเอง โดยโปรแกรมเป็นไปในลักษณะของการสนทนภายในที่บุคคลพูดในใจ และ/หรือพูดออกเสียงกับตัวเองในทางที่ดี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) พูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ มีการทำกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง โดยทำวันเว้นวันจนครบ 8 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก คือ เพื่อลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ดังนี้ (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548)

1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” ได้อย่างถูกต้อง ประเมินคำพูดหรือประโยคในใจของตัวเองทั้งทางบวกและทางลบได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 1-3
2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถค้นหาคำพูดทางลบของตัวเองได้ ด้วยการมีสติที่จะจับต้นคำพูดทางลบ เกิดทักษะในการฝึกหยุดความคิดทางลบของตัวเองและหาเหตุผลเพื่อโต้แย้งความคิดนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 3 (การค้นหาคำพูดกับตัวเองทางลบ)
3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกด้วยการพูดกับตัวเองอย่างสงบเงียบและพูดสอนตัวเองได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 4 (กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก)
4. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถค้นหาวิธีการที่เหมาะสม กับตัวเองและสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5 (ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล)
5. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกและนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ แก้ไขภาวะอารมณ์ของตัวเองได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5-6 (ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้)

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับวิธีการและแนวทางซึ่งสามารถนำไปใช้ปรับเปลี่ยนลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบในกระบวนการคิดจนเกิดทักษะในการจัดการหรือปรับอารมณ์และพฤติกรรมของตัวเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถ

เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือสถานการณ์ที่ยุ่ยากซับซ้อน ที่จะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำไปงานกิจกรรมโปรแกรมการฝึกกับตัวเองทางบวกของราชาวดี เดียวตระกูล และคาราวรรณ ต๊ะปันตา (2553) ในส่วนของไปงานกิจกรรมโดยยังคงดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ นิลสัน-โจนส์ ทั้ง 6 ขั้นตอน โดยทำวันเว้นวันจนครบกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 1 การทำความเข้าใจลักษณะของการพูดกับตัวเอง ความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเอง พฤติกรรม อารมณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น และหลักการในการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ร่วมกับการฝึกพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน”

กิจกรรมครั้งที่ 2 การฝึกประเมินตัวเองและพูดกับตัวเองทางบวกต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบ ฝึกค้นหาคำพูดทางลบโดยใช้สติที่จะจับทันคำพูดทางลบของตัวเองและฝึกใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบและคำพูดทางลบที่อยู่ภายในใจของตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน และฝึกวิเคราะห์ความคิดทางลบและหาเหตุผลโต้แย้งความคิดทางลบของตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการพูดกับตัวเองทางบวก และฝึกคิดประโยชน์การพูดกับตัวเองทางบวกที่มีต่อเหตุการณ์ ตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับเหตุการณ์นั้น ขณะที่อยู่ในเหตุการณ์ และหลังจากเหตุการณ์นั้นผ่านไปแล้ว

กิจกรรมครั้งที่ 6 การแนะนำแหล่งข้อมูลในการได้มาซึ่งการคิดและพูดกับตัวเองทางบวก รวมทั้งวิธีการที่ช่วยส่งเสริมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ให้ฝึกตั้งเป้าหมายง่าย ๆ กับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นได้

กิจกรรมครั้งที่ 7 การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกและฝึกเปลี่ยนประโยชน์การพูดกับตัวเองทางลบให้เป็นทางบวก

กิจกรรมครั้งที่ 8 การติดตามความก้าวหน้าของผลการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกจากเป้าหมายที่แต่ละคนตั้งไว้ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินตัวเองจากการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดยใช้แบบประเมินการพูดกับตัวเองและประเมินภาวะซึมเศร้าของหลังได้รับการฝึกตามโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A])

การเผยแพร่การใช้นวัตกรรม

การเผยแพร่ใช้นวัตกรรมเป็นกระบวนการในการถ่ายทอดความคิด การปฏิบัติ ข่าวดสาร หรือพฤติกรรมไปสู่ที่ต่าง ๆ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลไปสู่กลุ่มบุคคลอื่นโดยกว้างขวาง จนเป็นผลให้เกิดการยอมรับความคิดและการปฏิบัติเหล่านั้นอันมีผลต่อโครงสร้างและวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในที่สุดโรเจอร์ (Rogers, 2003) ได้ให้ความหมายคำว่า การเผยแพร่ หรือ "Diffusion" ดังต่อไปนี้

การเผยแพร่ คือ กระบวนการ ซึ่งนวัตกรรมถูกสื่อสารผ่านช่องทางในช่วงเวลาหนึ่งระหว่างสมาชิกต่าง ๆ ที่อยู่ในระบบสังคม (Diffusion is the process by which an innovation is communicated through certain channels overtime among the members of a social systems)

ตามความหมายข้างต้น โรเจอร์ ได้อธิบายส่วนประกอบของการเผยแพร่ใช้นวัตกรรมไว้ 4 ประการคือ 1) มีนวัตกรรมเกิดขึ้น 2) ใช้สื่อเป็นช่องทางในการส่งผ่านนวัตกรรมนั้น 3) ช่วงระยะเวลาที่เกิดเผยแพร่ 4) ผ่านไปยังสมาชิกในระบบสังคมหนึ่งเพื่อให้เกิดการตัดสินใจยอมรับแนวคิดหรือนวัตกรรม (Innovation) และนำมาใช้ในการปฏิบัติงานของตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Roger as cited in Burns & Grove, 2005) การเผยแพร่ใช้นวัตกรรม ของ โรเจอร์ ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้

1. มีนวัตกรรมเกิดขึ้น (Innovation) หมายถึง ความคิด วิธีปฏิบัติ สิ่งประดิษฐ์ที่เกิดขึ้นใหม่โดยที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งใหม่ ภายใต้การพิจารณาของกลุ่มที่ให้การยอมรับและการนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการหน่วยงานและวิชาชีพ

2. มีช่องทางการสื่อสารเพื่อเผยแพร่ใช้นวัตกรรมนั้น (The Communication Channels) เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลโดยผ่านช่องทางการสื่อสารโดยใช้สื่อต่าง ๆ ในการเผยแพร่ใช้นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ

3. ช่วงระยะเวลา (Time) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบคือ ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการยอมรับหรือปฏิเสธในช่วงเวลานั้น การเปลี่ยนแปลงของบุคคลและองค์กร เวลาที่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนเชิงปฏิบัติและจำนวนของกลุ่มคนภายในองค์กร/ภายในหน่วยงาน การยอมรับที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด

4. ระบบสังคม (The social system) ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันมีเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเพื่อทำให้ประสบผลสำเร็จ

ขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์

โรเจอร์ (Roger, 2003) กล่าวว่า การเผยแพร่ นวัตกรรม เป็นการสื่อสารผ่านช่องทางที่เหมาะสมเกิดการตัดสินใจยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของตน เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบการดูแลสุขภาพซึ่งขั้นตอนการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ขั้นตอนคือ

1) ขั้นให้ความรู้ (the knowledge stage) เป็นขั้นตอนที่ให้ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อให้บุคคล/กลุ่มคนเริ่มมีความรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น โดยการสื่อสารผ่านทางช่องทางสื่อต่าง ๆ เช่น การสัมมนา วารสารวิชาการ เครือข่ายคอมพิวเตอร์ รวมทั้งการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการภายในองค์กรจากพยาบาลอื่นที่มีประสิทธิภาพในการขยายการเรียนรู้ งานวิจัยต่าง ๆ ทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนมีความรู้ ความตระหนักในงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น ๆ

2) ขั้นการโน้มน้าว (the persuasion stage) ในขั้นตอนนี้พยาบาลแต่ละคน และผู้บริหาร จะพัฒนาทัศนคติในแง่บวกและลดต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสิ่งใหม่ ๆ ในทางที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อ "นวัตกรรม" นั้น ๆ เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมให้เห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น ๆ โดยที่ผู้ปฏิบัติงานแสดงถึงทัศนคติที่ดี ชื่นชมในข้อดีของนวัตกรรมใหม่ในขั้นตอนนี้ เพื่อให้บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับผลงานวิจัยเห็นคุณค่าและประโยชน์ความเข้ากันได้ของงานวิจัยนั้น โดยมีองค์ประกอบของการยอมรับคือ ประโยชน์ของงานวิจัยที่นำมาใช้ การขยายของการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้

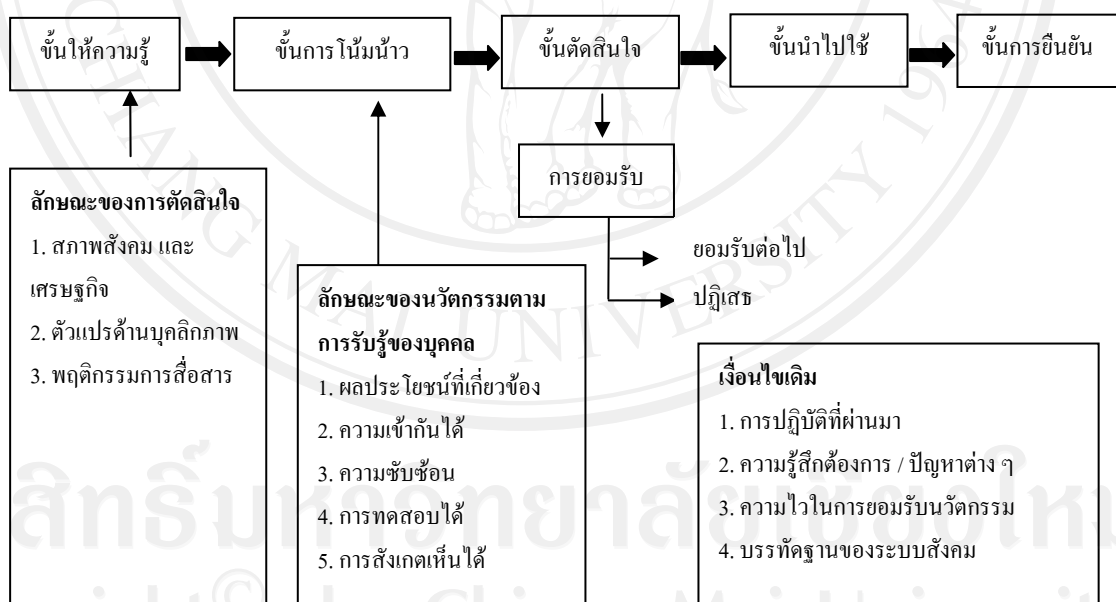
3) ขั้นตัดสินใจ (the decision stage) เป็นระยะบุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ซึ่งการยอมรับเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นต่อการนำเอานวัตกรรมไปใช้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อองค์กรและการปฏิเสธจะไม่นำไปปฏิบัติ การตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้ ทัศนคติส่วนบุคคล สังคมวัฒนธรรม ที่มีอยู่แต่เดิมในองค์กร และแรงกระตุ้นจากคนกลุ่มใหญ่ในองค์กร

4) ขั้นนำไปปฏิบัติ (the implementation stage) คือ ขั้นที่บุคคลนำเอานวัตกรรมไปปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม การนำไปใช้ในทางตรง หมายถึงการนำนวัตกรรมไปใช้โดยไม่มี การดัดแปลงใด ๆ พยาบาลสามารถนำผลงานไปใช้โดยตรงซึ่งบางครั้งอาจทำได้ยากเนื่องจาก ความรู้ใหม่หรือการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบใหม่อาจไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติ ส่วนในการใช้นวัตกรรมทางอ้อมการที่ได้รับความรู้จากการวิจัยหรือนวัตกรรมใหม่ๆทำให้มีการเพิ่มพูนความรู้ทีละเล็กทีละน้อยและมีผลต่อความคิดประสบการณ์ของความรู้ที่ได้รับและมีการนำผลงานไปใช้ในการปฏิบัติงานส่วนหนึ่งและนำไปสู่การแก้ปัญหาและการตัดสินใจและการดัดแปลงและการสร้าง

ขึ้นใหม่เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับความต้องการในการปฏิบัติงานของตนอย่างสมเหตุสมผลอาจทำให้มีผลต่อการตัดสินใจนำนวัตกรรมมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5) ขั้นยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล (the confirmation stage) ในขั้นนี้เป็นการประเมินประสิทธิผลและการตัดสินใจของนวัตกรรมโดยที่พยาบาลและผู้บริหารจะประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติและตัดสินใจที่จะทำต่อหรือไม่ทำต่อ นวัตกรรมนั้นสอดคล้องกับการพยาบาลและความต้องการหรือไม่ ถ้าการปฏิบัตินั้นมีการประเมินในแง่บวกโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง ก็จะมีการตัดสินใจที่จะทำต่อหรือขยายออกไปในองค์กรด้านการดูแลรักษาสุขภาพการไม่ทำต่อประกอบด้วย การแทนที่ และการหมดความสนใจ ในการแทนที่นั้น มีการปฏิเสธการปฏิบัติเพื่อที่จะรับเอาความคิดที่ดีกว่า การหมดความสนใจเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิเสธความคิดใหม่ ๆ เนื่องจากผู้ใช้ไม่พอใจผลลัพธ์ของนวัตกรรม

ผู้ศึกษาได้สรุปและเขียนแผนภาพ 5 ขั้นตอน (Rogers, 2003) กระบวนการตัดสินใจนวัตกรรม ดังนี้



ภาพที่ 1 ภาพแสดง 5 ขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจนวัตกรรม (Rogers, 2003)

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก Diffusion of innovations (5th ed.), (p.170), by Rogers, 2003, New York:

Free Press, A Division of simon and Schuster Inc.

จากกระบวนการยอมรับนวัตกรรม (Adoption Process) ซึ่งเป็นกระบวนการเผยแพร่ที่อาจเรียกว่ากระบวนการเผยแพร่กระจายที่มีองค์ประกอบด้วย ช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยผ่านช่องทางการสื่อสารโดยใช้สื่อต่าง ๆ ในการเผยแพร่ นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีช่วงเวลาที่เหมาะสมในการยอมรับหรือปฏิเสธในช่วงเวลานั้น การยอมรับที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่กำหนดและและระบบสังคม (The social system) ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันมีเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเพื่อทำให้ประสบความสำเร็จนับว่าอยู่ในกระบวนการ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกใช้นวัตกรรมเผยแพร่ของโรเจอร์ (2003) มาศึกษาในงานวิจัย

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

โรงพยาบาลสามเงาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง อยู่ห่างจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 70 กิโลเมตร มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 12 แห่ง เป็นเขตพื้นที่สูง 3 แห่ง มีชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล 12 ชุมชน ประชากรปี 2553 จำนวน 32,650 คน งานสุขภาพจิตเป็นงานที่จัดอยู่ในงานคลินิกพิเศษ ขึ้นอยู่กับงานผู้ป่วยนอกและกลุ่มการพยาบาล ตามลำดับ ซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เอดส์ สุขภาพจิต และยาเสพติด มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้การพยาบาลกับผู้ป่วย จำนวน 4 คน ในด้านข้อมูลบริการของโรงพยาบาลสามเงานั้น ด้วยบริบทของโรงพยาบาลสามเงาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการให้บริการให้การดูแลรักษาปัญหาภาวะเจ็บป่วยทางกายทั่ว ๆ ไปที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และจากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรเขต รับผิดชอบของโรงพยาบาลสามเงา ระหว่างปี 2551-2553 โรคเรื้อรัง อันดับ 1 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกของโรค 5,724.17, 6,135.51 และ 8,096.98 คนต่อแสนประชากร อันดับ 2 ได้แก่ โรคเบาหวาน มีอัตราความชุกของโรค 1,547.89, 1,602.54 และ 2,256.79 คนต่อแสนประชากร (รายงานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลสามเงา, 2553) สืบเนื่องจากนโยบายกรมสุขภาพจิต (2550) ให้ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในปี 2553 ได้ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรอง 2Q จำนวน 2,897 คน และใช้แบบประเมิน PHQ-9 จำนวน 332 คน พบที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 143 คน เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43 เมื่อประเมินจากผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 92 คน คิดเป็น ร้อยละ 64.34 ระดับปานกลางจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 ระดับรุนแรงจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10.49 ส่งต่อการรักษาตามระบบจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.09 และจากสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 6 ราย พบว่ามีจำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรงฆ่าตัวตาย

สำเร็จ คิดเป็นอัตรา 33.33 ของผู้ฆ่าตัวตายและมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้านอนรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.1 (รายงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลสามเงา, 2553) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบว่ามีความเสี่ยงสูงที่สุด ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการของโรคเรื้อรัง มีการใช้ยาเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไม่ร่วมมือในการรักษาหรือดูแลตนเอง (รณชัย คงสกนธ์, 2547)

งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามเงาได้ตระหนักถึงปัญหานี้ และได้พยายามแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปัจจุบัน โดยในปี 2553 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เพิ่มศักยภาพในตัวผู้ป่วยเอง โดยการให้ความรู้ระหว่างมารับบริการที่คลินิกพิเศษ ในเรื่องของโรคซึมเศร้า การออกกำลังกาย วิธีจัดการความเครียด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีการจัดอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้ในการคัดกรอง ประเมินและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นประจำทุกปี ให้กับบุคลากรสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์การต่าง ๆ ในชุมชน แก่นนำชุมชน เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก อีกทั้งยังมีอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการร่วมด้วย เพื่อจัดสรรงบประมาณให้ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน ซึ่งในโรงพยาบาลสามเงาพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต (2550) คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คัดกรองพบมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับมากจะส่งพบแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยและทำการบำบัดรักษา หลังจากนั้นทางโรงพยาบาลจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อติดตามดูแล เยี่ยมบ้าน พุดคุยให้กำลังใจ และแนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล จากการวิเคราะห์หาสาเหตุและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า บางรายมีปัญหาเรื่องการเดินทางไม่สะดวก ความไม่เข้าใจในพยาธิสภาพของโรค และเกิดความอายที่จะเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช บางคนมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การปรับตัวทั้งครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม ต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เกิดความท้อแท้หมดหวังต่อการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต จะทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบส่งผลให้มีการพูดทางลบ ส่วนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงบางคนอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้เป็นความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติทำให้มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม (Beck, 1979) ที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามประสบการณ์เดิมของแต่ละคน โดยยังไม่มีมีการอ้างอิงหรือ

นำความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสอบถามข้อมูลโดยผู้ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2553 พบว่าพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน ที่ให้บริการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสามเงานั้น พยาบาลบางคนได้มีการสร้างสัมพันธภาพ มีการพูดคุยสนทนากับผู้ป่วย มีการให้คำปรึกษารายบุคคล มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานยาอย่างถูกต้องเป็นรายบุคคล แต่ยังไม่มีการให้จิตบำบัดหรือโปรแกรมการบำบัดเป็นรายกลุ่มในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลสามเงายังขาดแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นระบบและเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ทีมบุคลากรสุขภาพได้พยายามแก้ปัญหา แต่ภาวะซึมเศร่ายังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น ซึ่งทุกภาคส่วนต้องร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเอง ดังนั้นผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานในการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลเห็นว่ายังขาดแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เป็นระบบและเหมาะสมกับสภาพปัญหา ดังนั้นทางทีมบุคลากรของโรงพยาบาลสามเงา จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และได้สนับสนุนให้มีการนำแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้โปรแกรมฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของราชวดี เดียวตระกูล และदाराररण ต๊ะปันดา (2553) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง มาแก้ไขปัญหามาเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย และช่วยพัฒนาระบบบริการอย่างมีคุณภาพในหน่วยงานต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้นจากความคิดทางลบที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ในโรงพยาบาลสามเงาพบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43 ซึ่งทางโรงพยาบาลสามเงาได้พยายามลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ยังคงพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังคงมีภาวะซึมเศร้าและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ราชวดี เดียวตระกูล และदाराररण ต๊ะปันดา (2553) เป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ เนลสัน โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) และได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ รวมทั้งได้มีการนำไปทดลองใช้พบว่า การพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลปรับกระบวนการความคิดมาเป็นความคิดทางบวกบนความเป็นจริง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรمدังกล่าวมาใช้ลด

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยงานซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกตามความเป็นจริงรวมทั้งใช้แนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์ มี 5 ระยะดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม (confirmation stage) และตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น (Roger, 2003) หากการศึกษานี้พบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลที่วัดได้ จะนำไปประยุกต์ใช้กับงานประจำหรือมีการนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหของหน่วยงาน และนำนวัตกรรมที่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลางได้