

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่สถานเอนามัยบ้านปากกะยาง อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ความหมายภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.4 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.5 ผลของภาวะซึมเศร้าที่พบในการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.6 วิธีการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การพูดกับตัวเอง
 - 2.1 ความหมายของการพูดกับตัวเอง
 - 2.2 กระบวนการพูดกับตัวเองทางบวก
 - 2.3 ผลของการพูดกับตัวเองทางบวก
3. การนำโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้
 - 3.1 การเผยแพร่แนวคิดตามแนวคิดของโรเจอร์
 - 3.2 โปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 3.3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวก
4. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า สถานเอนามัยบ้านปากกะยาง อำเภอสรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความหมายภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้ามีผู้กล่าวไว้หลากหลายซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น เศร้า โศก เสียใจ รู้สึกโดดเดี่ยว เชื่องช้า ต่ำหนืดตนเอง คิดทางลบต่อตนเอง ซึ่งเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาวิกฤติในชีวิตไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ บุคคลเกิดความคิดบิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเองสิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคต ซึ่งแสดงออกในด้านความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมอาการและอาการแสดง แบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจนถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งจะมีอาการที่อ่อนแอเล็กน้อยนอนไม่หลับ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า มีอาการเบื่ออาหาร สูญเสียแรงขับทางเพศ แต่ดำรงอยู่ในสภาพปกติไปได้จนถึงระดับรุนแรงหมดหวังในชีวิต มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตัวเองต่อโลก และต่ออนาคต ไร้ความสามารถหมดหวังจนถึงความคิดฆ่าตัวตายได้

ชีสโล (Sheslow, 2008) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะบุคคลมีอารมณ์เศร้า เสียใจ ผิดหวังและความโกรธ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นช่วงเวลาหนึ่ง หรือช่วงเวลาสั้น ๆ จนทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองทางลบ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2008) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นอาการปกติของจิตใจ ที่แสดงออกซึ่งอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจหรือ ความพอใจความรู้สึกเสียใจ หรือสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป อ่อนเพลียขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเรื้อรังหรือกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลกระทบให้การดูแลชีวิตประจำวันลดลง และภาวะซึมเศร่ายังนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาถึงปีละ 8,500,000 ล้านบาทต่อปี

สวณีย์ เกียรติแก้ว (2544) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังและมองโลกในแง่ร้าย

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีคณน้อย อ่อนเพลียเหนื่อยหน่ายจิตใจหดหู่รู้สึกไร้คุณค่าท้อแท้สิ้นหวัง อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

กรมสุขภาพจิต (2554) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่เครียดในชีวิต เช่น การสูญเสียเพื่อน ตกงาน สูญเสียคนรัก ซึ่งความรู้สึกเศร้า

เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน จะหายไปอย่างรวดเร็วเมื่อได้รับสิ่งอื่นที่ดี ๆ เข้ามาในชีวิตแต่บางครั้ง อารมณ์หรือความรู้สึกเศร้าเป็นนานเพื่อน ๆ หรือคนในครอบครัวพยายามช่วยเหลือหรือมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ก็ไม่สามารถช่วยได้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรกอาจจะรู้สึกเศร้าเหงาเบื่อไม่มีความสุข เมื่ออาการแย่ลง จะสูญเสียแรงจูงใจหรือไม่มีกำลังใจทำอะไร ไม่อยากพูดคุยกับใคร บางครั้งไม่ ยากลุกขึ้นมาล้างหน้าแปรงฟันหรือแต่งตัวในตอนเช้า ถ้าบุคคลนั้นมีแนวโน้มทางด้านพันธุกรรม หรือขาดทักษะในการแก้ปัญหา หรือมีปัจจัยชักนำและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย จะทำให้อาการ ซึมเศร้ารุนแรงและเป็นอยู่นานจนเป็นโรคซึมเศร้า หากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน หรือบางรายอาจฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้าทุเลาลงได้เอง ในรายที่ได้รับการรักษาอย่าง ถูกต้อง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะ ที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ร่วมกับการคิดและการรับรู้และความเบี่ยงเบนทางด้าน ร่างกายและพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคล ต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ ที่มี ความเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ชัดเจน เช่นอารมณ์เศร้าโศกเศร้าอ้างว้างไร้ อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง อาจเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเองได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ หน้าที่การงานครอบครัวและชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้ตามแบบความหมายของเบ็ค (Beck, 1967)

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้ามีผู้ที่อธิบายปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ขึ้นอยู่กับแนวคิดตามพื้นฐานทฤษฎีซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีวภาพ (biochemical theory)

1.1 พันธุกรรม (genetic) จากการศึกษาค้นคว้าพบการศึกษาวินิจฉัยด้านครอบครัวฝาแฝด ไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50 (Kelsoe as cited in Videbeck, 2001) ลักษณะของยีนเป็นสาเหตุในการมีอิทธิพลต่อบุคคล ในการแสดงออกเมื่อมีอารมณ์เศร้า ได้รับความสูญเสียหรือได้รับความทุกข์ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.2 ชีวเคมีของสมอง ได้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่อง หรือความ ผิดปกติของการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คืออะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดพามีน (dopamine) ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ลดลง (Bailey, Sauer and Herrell, 2002) การทำงานที่ลดลงของระบบนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ความผิดปกติของ ซีโรโทนิน (serotonin)

โดยมีการเพิ่มขึ้นของตัวรับสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin receptors) หรือปริมาณของซีโรโทนิน บริเวณจุดเชื่อมต่อปลายประสาท (synapses) ลดลงซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติทางชีวเคมี ของสมองจากความผิดปกติของเซลล์รับสารสื่อประสาท และความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) การเกิดอาการซึมเศร้าในโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาริเซอ์ปริน (Reserpine) เนื่องจากฤทธิ์ยาทำให้แคเทคโคลามีน (Catecholamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) ในสมองมีปริมาณลดลง (สุชาติ พหลภักย์, 2545)

1.3 ระบบฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีความผิดปกติของการหลั่งลูทีไนซิงฮอร์โมน (luteinizing hormone) ลดลงการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของการหลั่งวาโซเพรสซิน (vasopressin) และคาลซิโตนิน (calcitonin) (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.4 การทำงานของสมองและกายวิภาคของสมอง (functional brain and neuro-anatomical abnormalities) ความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงของระดับชีวเคมี ได้แก่ ความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียม และโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีปริมาณแคลเซียมในปริมาณสูง ทำให้เกิดพิษต่อเซลล์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล, 2545; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549)

2. ทฤษฎีทางด้านประสาทวิทยา (neurological theory)

เบ็ค (Beck, 1967) ได้กล่าวว่า การมีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนไฮโปทาลามัสที่ผิดปกติ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจได้ เนื่องจากพบว่าระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ จะทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ไฮโปทาลามัสเป็นศูนย์ควบคุมระบบต่อมไร้ท่อไฮโปทาลามัสจะรับกระแสประสาทจากระบบลิมบิก (limbic system) ตามสภาพของจิตใจในขณะนั้น (ธรรณิทร์ กองสุข, 2550) บริเวณคลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความสมดุลในการกระจายของสารละลายโซเดียม โพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ในปริมาณที่สูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล, 2545)

3. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (psychological theory)

3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis theory) ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากการตอบสนองต่อการสูญเสียในความเป็นจริง หรือการสูญเสียในมโนภาพ (real offantasy) โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสิ่งของที่เป็นของรัก ซึ่งการสูญเสียก่อให้เกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน ระหว่างความรู้สึกรักและความรู้สึกโกรธแต่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกปฏิเสธ จึงหันความโกรธเข้าหาตัวเอง บุคคลจึงเลือกใช้กลไกทาง

จิตแบบโทษตัวเอง (introjection) ทำให้บุคคลแปลความสูญเสียเป็นการถูกปฏิเสธ เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่ารู้สึกไร้ที่พึ่ง ซึ่งการรับรู้ต่อความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud as cited in Fortinash and Holoday-Worret, 1996) ฟรอยด์ (Freud) และอับราฮัม (Abraham) กล่าวว่า การเก็บกดความรู้สึกที่ไม่ได้รับความพึงพอใจทางเพศ และความหมกมุ่นทางเพศราคะ (eroticism) จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจะลดลงได้เมื่อบุคคลได้รับความรัก (Beck, 1967) การสูญเสียบุคคล หรือสิ่งของที่ตนเองรักทำให้ยอมรับการสูญเสียไม่ได้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเกลียดชังและโกรธชังของหรือบุคคลนั้น ความโกรธส่งผลให้ไม่พอใจตนเองดำเนินตนเองเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (ชรินทร์ กองสุข, 2550)

3.2 ทฤษฎีเอ็กซิสเทนเชียล (existential theory) ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับการมองธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ โดยอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม มีผลทำให้คนมุ่งแสวงหาความสำเร็จทางด้านวัตถุมากกว่าจิตวิญญาณและมิตรไมตรี สถานะเช่นนี้ทำให้คนคิดถึงแต่ตัวเองมีความรู้สึกอ้างว้างและแบ่งแยก (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ซึ่งชรินทร์ กองสุข ได้กล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้ามี 2 สาเหตุ คือ

3.3.1 การเกิดจากการขาดแรงเสริมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป ทำให้เกิดความผิดหวังความภาคภูมิใจในตนเองลดน้อยลง ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.3.2 เกิดจากการเรียนรู้เหตุการณ์การหมกมุ่นทาง การรู้สึกจำยอมไม่ขุ่นเคืองไม่เป็นปรีดิ์แต่ตำหนิตัวเองอยู่เสมอ จึงส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมยอมรับหลักหนีแต่ไม่สำเร็จ จึงขาดแรงจูงใจเฉยชาและเกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.4 ทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา (cognitive theory) ทฤษฎีการบำบัดทางปัญญา โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) และเชื่อว่าพื้นฐานอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยแรกเกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต ปัจจัยที่สองคือ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองต่อโลกต่ออนาคต ซึ่งความคิดทางด้านลบนี้จะเกิดขึ้นเมื่อถูกกระตุ้นโดยความเครียด ซึ่งเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (cognitivetriad) โครงสร้างทางความคิด (schema) และความคิดที่บิดเบือน การบำบัดทางปัญญามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดของผู้รับการบำบัด ด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบคือลักษณะของการคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติแล้วทำให้เกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบแล้ว จะส่งผลให้โครงสร้าง

ทางความคิดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแสดงอารมณ์ด้วยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า(Beck, 2008) การเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ส่งผลให้มีการพัฒนาโครงสร้างทางความคิดที่ผิดพลาด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ความคิดที่บิดเบี้ยวไปในทางลบ ได้แก่ 1) การมองตนเองในทางลบ มองตนเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่าไร้ประสิทธิภาพ จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น คิดว่าเป็นความผิดพลาดของตนทั้งหมดและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา 2) ความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเชิงสูญเสีย ถูกใส่ร้าย ถูกบีบบังคับถูกลงโทษ ส่งผลให้คุณค่าตนเองลดต่ำลง เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จะแปลสถานการณ์ตามทางลบที่ตนเคยประสบมา ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา 3) ความคิดทางลบต่ออนาคต ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความลำบากจะดำเนินไปไม่มีที่สิ้นสุด จะพบแต่ความยุ่งยากลำบากความคับข้องใจ และการสูญเสีย เมื่อพบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ท้อต่ออนาคตของตนเองสูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Beck et al., 1979) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนุกสนาน เช่นเคย มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของน้ำหนักตัว ความสนใจในเรื่องเพศ แบบแผนการนอนหลับรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง โทษตนเองและมีความคิดอยากตาย (Westbrook, Kennerley and Kirk, 2007)

ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางปัญญา

การบำบัดทางปัญญาเป็นจิตบำบัด ที่มุ่งเน้นการแก้ไขที่ปัจจัยเหตุของภาวะซึมเศร้ามีเป้าหมายและทิศทางการบำบัดที่ชัดเจนในระยะเวลาสั้น มีแนวคิดพื้นฐานว่าอารมณ์ของบุคคลเกิดจากความคิดในการรับรู้ และแปลความจากสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางปัญญา (Beck, 1979) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลง การรับรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่ผ่านมาโดยการคิดทบทวนซ้ำ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับมาอีกครั้ง
2. สิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอกมีผลต่อความคิด
3. ความคิดและจินตภาพ ของบุคคลมาจากการประเมินของสิ่งเร้า
4. ความคิดของบุคคล เป็นปรากฏการณ์ที่อยู่ในระดับของจิตสำนึก
5. การปรับเปลี่ยนความคิด มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม
6. วิธีการบำบัดทางด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความคิดที่บิดเบี้ยวไป
7. การปรับเปลี่ยนความคิด สามารถที่จะบรรเทาอาการและอาการแสดงทางคลินิกได้

อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ตามความหมายของเบ็ค (Beck, 1967) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคิด 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านแรงจูงใจ 4) ด้านร่างกาย และพฤติกรรม โดยระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามี 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์ปกติ อาการแสดงอารมณ์ทั่วไปเป็นปกติ ด้านความคิดรับรู้ตามความเป็นจริง

2. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ด้านอารมณ์มีอารมณ์เศร้าไม่สดชื่นแจ่มใส มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวัน มีอารมณ์เศร้าไม่มีสาเหตุ เมื่ออารมณ์เศร้าหายไปจะมีอารมณ์สดชื่นแจ่มใสอีกบาง สิ้นใจ สิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้ง่ายมีความรู้สึกผิดหวังในตนเอง อารมณ์ขึ้นลง ไม่สนุกสนานการช่วยเหลือให้อารมณ์ลดลงได้โดยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือลักษณะปัจจัยทางด้านภายนอก

2.2 ด้านความคิดมีความคิดว่าปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นจากตนเอง เป็นความบกพร่องคิดว่าตนเองด้อยค่าตำหนิตนเอง หนีไม่ได้กับความผิดพลาดของตนเอง คิดลบต่อเหตุการณ์ตัดสินใจช้าไม่พึงพอใจในตนเองโดยเฉพาะภาพลักษณ์ของตนเอง

2.3 ด้านร่างกายส่งผลต่อความอยากอาหาร เบื่ออาหารเหนื่อยง่ายนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก บางรายนอนหลับมากกว่าปกติ ความต้องการด้านเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง จะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ด้านอารมณ์มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและอยู่นาน พบอารมณ์เศร้ารุนแรงในตอนเช้า กล่าวโทษตัวเองสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลง จะเบื่อหน่ายเกือบตลอด เวลาร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ โทษตัวเอง ไม่มีอารมณ์ขันแต่จะจริงจังกับทุกเรื่องรู้สึกเฉย ๆ กับกิจกรรมที่ชอบ

3.2 ด้านความคิดมีความหมกมุ่นเรื่องของตนเอง คิดว่าตนเองมีความบกพร่องล้มเหลว สูญเสียความมั่นใจ มองปัญหารุนแรงกว่าความเป็นจริง ตำหนิตนเองอย่างรุนแรงสิ้นหวังต่ออนาคต โทษตัวเองซึ่งตัวเองไม่ได้รับผิดชอบ เรื่องเล็กน้อยไม่สามารถตัดสินใจได้ วิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกาย มีความคิดว่าร่างกายผิดปกติโดยที่ปกติ

3.3 ด้านร่างกายไม่ยอมรับประทานอาหารลิ้มรับประทานอาหารไปเลย นอนหลับไม่สนิทบางครั้งมีสะดุ้งตื่นเวลากลางคืน นอนหลับต้อยากตื่นเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง ตื่นนอนตอนเช้ารู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยง่ายไม่อยากทำอะไร ความต้องการทางเพศลดลงชัดเจนจึงต้องใช้สิ่งกระตุ้น

3.4 ด้านแรงจูงใจไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่สามารถบังคับตัวเองให้ทำได้หรือเมื่อถูกขอร้องหลีกเลี่ยง หรือแยกตัวจากสังคมเมื่อเผชิญปัญหา ชอบขอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ก่อนที่จะแก้ปัญหา มีความคิดฆ่าตัวตายและความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น

4. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ ดังนี้

4.1 ด้านอารมณ์มีอารมณ์รุนแรงตลอดเวลา เป็นทุกข์หมดหวังสูญเสียคุณค่าในตนเองเกลียดตนเอง ไม่มีความสุขกับกิจกรรมที่ชอบทำ เฉยชากับครอบครัวและคนอื่นร้องไห้จนไม่มีน้ำตาขาดอารมณ์ขัน ไม่อยากมีชีวิตอยู่ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม

4.2 ด้านความคิดมีความคิดว่าตนเองเป็นคนบาปไม่มีคุณค่าเป็นคนไม่ดีไม่มีประโยชน์สร้างภาระให้คนอื่น ตัดสินใจเองไม่ได้ มองอนาคตอย่างสิ้นหวังรู้สึกกลับต่อตนเอง เป็นคนบาปควรได้รับการลงโทษอย่างรุนแรงคิดว่าร่างกายมีความผิดปกติ

4.3 ด้านร่างกายไม่ยอมรับประทานอาหารเลยต้องให้ผู้อื่นบังคับรับประทานหรือน้ำหนักลดนอนไม่หลับรู้สึกเหนื่อยจนไม่มีเรี่ยวแรง จะทำกิจกรรมใด ๆ ทั้งสิ้น ไม่มีความต้องการทางเพศ

4.4 ด้านแรงจูงใจขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ต้องการทำหรือเคลื่อนไหวอะไรถึงจะจำเป็นต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลจากคนอื่น ไม่มีแรงจูงใจที่จะสื่อสารกับใคร หลีกหนีจากทุกสิ่ง ต้องการมากที่สุดคือการนอน รู้สึกทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่มีความต้องการอยากตายอย่างมาก

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่มีอาการและอาการแสดงออกโดยความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความคิดด้านแรงจูงใจด้านร่างกายและพฤติกรรม และมีระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal depression) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) จนมีอาการทางจิตได้ ถ้าอาการและอาการแสดงรุนแรงมากขึ้น ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้นตามมา

เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) สร้างขึ้นโดย เบ็คและคณะ (Beck et al, 1967) ประกอบด้วย ข้อคำถามตอบด้วยตนเอง 21 ข้อ เป็นแบบวัดประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปกติ ถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งพัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ ออกแบบสำหรับอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหุ้ดหวังคิดท้อถอยสิ้นหวังการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกถูกกลั่นแกล้งทางร่างกาย เช่น เหนื่อยล้า น้ำหนักลดลง และความรู้สึกทางเพศลดลง จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้

ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0-9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ 10-16 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 17-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Beck Depression Inventory-II [BDI-II]) ใช้เนื้อหาของคำถามและระยะเวลาของอาการที่แสดงออกเป็นซึมเศร้า 2 สัปดาห์โดยใช้แนวทางตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.80-0.92 แบบประเมินนี้ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ จึงนิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยการประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุที่แตกต่างกัน และมีข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านลิขสิทธิ์

ความหมายการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

ได้มีผู้ศึกษาความหมายของโรคเรื้อรังไว้หลากหลายทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

เคอติ่นและลับบิน (Curtin and Lubkin as cited in Lubkin and Larsen, 2000) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นอาการและอาการแสดงที่เป็นสาเหตุมาจากโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การหายของโรคเป็นไปได้เพียงบางส่วนเท่านั้น พยาธิสภาพไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผลของความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องเกี่ยวข้องกับคนและสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือแบบสนับสนุน และการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้

คลัฟ (Cluff as cited in Lubkin and Larsen, 2006) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นพยาธิสภาพที่รักษาไม่หายโดยวิธีการทางการแพทย์ แต่ต้องหากวิธีในการควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการ เพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรคลดภาวะแทรกซ้อนของโรค นอกจากนี้ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถ ในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

ในประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้แตกต่างกัน เช่น จารุวรรณมานะสุระการ (2544) ได้ทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศพบว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน มีลักษณะไม่แน่นอนหลายด้าน เช่น อาการและอาการแสดงปรากฏในเวลาไม่แน่นอน ระยะเวลาของการเกิดโรคที่แน่นอนไม่ได้เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่หายขาด แต่สามารถทุเลาได้ ไม่ปรากฏอาการหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคอาจมีการกำเริบของโรคหรืออาการรุนแรงเป็นบางครั้ง เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ทำลาย

โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายอย่างช้า ๆ และถาวรทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน หรือตลอดชีวิต รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกายและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, สิทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, และกันต์ เชิญรุ่งโรจน์ (2545) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังคือ การเจ็บป่วยที่ระยะแฝงด้วยาว การดำเนินภาวะการเจ็บป่วยยาวนานทำให้ร่างกายทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติและการมีรักษาไม่หายขาด

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะที่แตกต่างไปจากความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเฉียบพลัน กล่าวคือการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้สุขภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับสู่ปกติ หรืออาจทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องอาศัยการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาการสมัยใหม่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวายเรื้อรัง กลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นต้น ส่วนโรคเรื้อรังทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท ซึมเศร้า วิตกกังวลบุคลิกภาพแปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ และเมื่อพิจารณากระบวนการสุขภาพ ปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลในโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาในระยะวิกฤตและเฉียบพลันของโรคมกกว่า ดังนั้นจึงเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และครอบครัวประสบความยากลำบากในการที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพในชุมชนและในสังคม

วิรัตน์ ทองรอด (2550) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า เป็นภาวะที่เริ่มเป็นแล้วไม่หายขาดต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายรุนแรงได้ ตัวอย่างของโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหืด โรคไทรอยด์ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักการวินิจฉัยโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 ว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้พิการ

จากความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ เป็นความบกพร่องที่มีการเบี่ยงเบนไปอย่างถาวร ใช้เวลานานในการรักษาและฟื้นฟู มีระยะเวลาการดำเนินโรคไม่หายขาด ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ แต่สามารถทำให้อาการทุเลาโดยการฟื้นฟูดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป ซึ่งการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามหลักการวินิจฉัยโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 ว่าเป็นโรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคจิต โรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้พิการ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะศึกษาโรคเรื้อรัง 2 โรคที่มีจำนวนการเจ็บป่วยสูงสุด คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กล่าวพอสังเขปดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวาน ได้มีผู้ศึกษาความหมายของโรคเบาหวานไว้หลากหลายซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) หมายถึง ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง โดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL อย่างน้อย 2 ครั้ง ในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dL ร่วมกับการมีอาการสำคัญของโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อยและมาก กระหายน้ำบ่อย น้ำหนักลด โดยไม่ทราบสาเหตุ (องค์การอนามัยโลก, 1998; กระทรวงสาธารณสุข, 2547; นัสสนันท์ รุจิวัฒน์, 2552)

โรคเบาหวาน หมายถึง เป็นการเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินเพียงพอ อันส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน โรคเบาหวานมีอาการเกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งโดยปกติน้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่างกายจะไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่สภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9, 2550)

สรุปได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมนอินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

สาเหตุ

สาเหตุของโรคเบาหวานพบว่า เกิดจากการหลั่งอินซูลินบกพร่องหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน มีผลให้เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติไป มีสาเหตุจากพันธุกรรม, โรคอ้วน, ความเครียด, เชื้อไวรัสที่ทำให้ตับอ่อนอักเสบและทำลายเบต้าเซลล์, การผลิตฮอร์โมน, การขาดเบต้าเซลล์, โรคตับ, การตั้งครรภ์, ความชรา, ยาบางชนิด และการขาดการออกกำลังกาย (ศรีนวล สถิตวิทยานันท์, 2548; สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

ประเภทโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานจำแนกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (type I diabetes) เบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง โดยมีพยาธิสภาพที่ islets of langerhans เดิมเรียกว่า IDDM (Insulin dependent diabetes mellitus)
2. เบาหวานชนิดที่ 2 (type II diabetes) เป็นเบาหวานที่เกิดจากการขาดอินซูลินแต่ไม่รุนแรงเท่าชนิดที่ 1 ร่วมกับมีภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) และมีการสร้างกลูโคสเพิ่มที่ตับ (hepatic gluconeogenesis) เดิมเรียกเบาหวานชนิดนี้ว่า NON-IDDM

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยเบาหวานจะมีอาการที่สำคัญ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย (polyuria) กระหายน้ำและดื่มน้ำมาก (polydipsia) แต่จะมีภาวะขาดน้ำ (dehydration) หิวและรับประทานอาหารจุ (polyphagia) เมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในการเจาะเลือด 2 ครั้ง แต่ผู้ป่วยจะพอมลง น้ำหนักลดลงเนื่องจากการสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงาน นอกจากนี้อาจมีอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ได้แก่ ปัสสาวะมีคื่น มีผื่นคันหรือเชื้อราขึ้นตามผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณซอกอับของร่างกาย มีแผลเรื้อรังที่แขนขาหรือเป็นฝีบ่อย ๆ สายตามัวลงเรื่อย ๆ มีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนที่ปลายมือปลายเท้า บางรายอาจหมดความรู้สึกทางเพศและมีอาการหลอดเลือดตีบในอวัยวะต่าง ๆ เช่น เท้า ทำให้มีแผล (ศรีนวล สติวิทยานันท์, 2548; สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2551)

การรักษา

การรักษาเบาหวานมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ 1) การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควร และควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยเบาหวานต้องการอาหารวันละ 20-45 กิโลแคลอรี ต่อ 1 กิโลกรัมของน้ำหนักตัวมาตรฐาน 2) ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน ได้แก่ 2.1) ยากระตุ้นการหลั่งอินซูลิน 2.2) ยาลดการดูดซึมของกลูโคสในระบบทางเดินอาหาร 2.3) ยาออกฤทธิ์ลดการดื้ออินซูลิน 3) ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดฉีด 3.1) อินซูลินออกฤทธิ์เร็ว (rapid action) จะออกฤทธิ์หลังได้รับยา 10-15 นาที และมีฤทธิ์อยู่ได้นาน 3 ชั่วโมง 3.2) อินซูลินออกฤทธิ์สั้น (shot action insulin) ยาจะออกฤทธิ์หลังได้รับยา 30-60 นาที และมีฤทธิ์อยู่ได้นาน 4-6 ชั่วโมง 3.3) อินซูลินออกฤทธิ์ปานกลาง (intermediate acting insulin) ยาจะออกฤทธิ์หลังได้รับยา 3-4 ชั่วโมงฤทธิ์ของยาอยู่ได้นาน 16-20 ชั่วโมง 3.4) อินซูลินออกฤทธิ์นาน (long acting insulin) ยาจะออกฤทธิ์หลังได้รับยา 6-8 ชั่วโมง ฤทธิ์ของยาอยู่ได้นาน 20-30 ชั่วโมง (กระทรวงสาธารณสุข, 2547; นัสสนันท์

รุจิวิวัฒน์, 2552) นอกจากนี้ยังมีวิธีการการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติและการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่ง สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ (2551) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในระดับปกติ (ไม่เกิน 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)
2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารกลางวัน 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

3. ตรวจปัสสาวะก่อนอาหารเช้าและเย็นไม่พบน้ำตาลและสารอะซิโตน

4. มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI < 25)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แบ่งได้ 2 กลุ่มได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน 2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะหมดสติจากไฮเพอร์ออสโมลาร์ชนิดไม่มีคีโตนจากน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia Hyperosmolar Non-ketotic Coma [HHNC]) และภาวะคีโตนจากเบาหวาน (diabetic ketosis) จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ศรีนวล สติวิทยานันท์ (2548) ได้แบ่งภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด เป็น 2 ชนิดดังต่อไปนี้

1. ความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular) ทำให้เกิดความผิดปกติของไต จะเกิดภาวะหลอดเลือดไตฝอยแข็งตัว ทำให้ความดันเลือดสูง อัตราการกรองที่โกลเมอรูลัสลดลง ไตวายจะเสียหายที่เกิดไตวายจอภาพตา (retina) การเสื่อมของจอประสาทตาตา (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2551) และประสาทการเสียหายที่ของประสาทส่วนปลาย ประสาทสั่งการและประสาทรับความรู้สึกเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงและการบวมของเส้นประสาท ทำให้มีอาการมืออาการลดหรือเพิ่มความรู้สึกสัมผัสของอวัยวะส่วนปลาย มีอาการชา รู้สึกหนักปวดแสบปวดร้อนหรือรู้สึกเหมือนถูกหนามแทง

2. ความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (macrovascular) ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ มีโอกาสเกิดหลอดเลือดในสมองแตกหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้มากและเร็ว ในหลอดเลือดส่วนปลายเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดใหญ่ทำให้ อวัยวะที่เกี่ยวข้องได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และเกิดเนื้องอกพบมากบริเวณเท้าจึงเกิดแผลและติดเชื้อได้ง่าย

2. โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่ตรวจพบในผู้ป่วยเกินกว่าค่าปกติ โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง

มากกว่าหรือเท่ากับ 90mmHg มากกว่า 2 ครั้ง ในท่านั่งหลังพัก 5 นาที จากการวัด 2 ช่วงเวลา ห่างกัน 2 สัปดาห์ (วันสสนนท์ รุจิวิวัฒน์, 2552)

สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมี 2 ประเภทคือ

1. โรคความดันโลหิตสูงทราบสาเหตุ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเริ่มในอายุประมาณ 35 ปี ถ้าเกิดในอายุน้อยมักจะทราบสาเหตุแต่ส่วนใหญ่จะไม่ทราบสาเหตุ อาการที่พบได้แก่ ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย มีอาการเวียนศีรษะ มีเลือดกำเดาออก ได้ยินเสียงดังในหู การเต้นของชีพจรจะผิดปกติ ขาบวม หงุดหงิดง่าย เหนื่อยง่ายผิดปกติ สามารถรักษาโดยการรับประทานยา (วันสสนนท์ รุจิวิวัฒน์, 2552)

2. โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ พบมากกว่าร้อยละ 95 เป็นเรื่องของพันธุกรรม ถ้าพ่อหรือแม่เป็นความดันโลหิตสูง ลูกมีโอกาสเป็นมากกว่าคนที่พ่อแม่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง และสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียด การรับประทานอาหารเค็ม สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย การรักษาโดยการควบคุมการใช้ยาและรับประทานยาไปตลอดชีวิต (วันสสนนท์ รุจิวิวัฒน์, 2552)

อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกของการเกิดความดันโลหิตสูงนั้นมักไม่มีอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อเริ่มมีอาการ ซึ่งแสดงว่าอวัยวะสำคัญ ถูกทำลายไปแล้ว อาการที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยความดันเลือดสูง คือ การปวดศีรษะ ซึ่งน่าจะเกิดจากการขาดออกซิเจนในตอนกลางคืนจากการหยุดหายใจในขณะหลับ อาการปวดศีรษะจะพบบ่อยในผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่มีรูปร่างอ้วนและมีความวิตกกังวลสูง อาการอื่น ๆ ที่อาจพบ ได้แก่ เลือดกำเดาออก ปวดศีรษะข้างเดียว มึนงงและเป็นลม อาการอื่นที่พบ ได้แก่ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำบ่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโปรตีนรั่วในเลือดต่ำ ในโรคเนื้องอกของต่อมหมวกไตหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นและอารมณ์เปลี่ยนแปลงใน Cushing's syndrome ส่วนในผู้ป่วย pheochromocytoma จะมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่นเหงื่อออกมาก และเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่า (มุกดา ตันชัย, 2548; สุรเกียรติ อาษานุภาพ, 2551)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิต แบ่ง 2 วิธี

1. ควบคุมโรคความดันโลหิตด้วยยาซึ่งอาจเป็นยาขับปัสสาวะ ยาปิดกั้นตัวรับแอลฟา ยาปิดกั้นเบต้า ยาปิดกั้นตัวรับเบต้า ยาด้านแคลเซียมยาในกลุ่ม Angiotensin Coverting Enzyme Inhibitors (ACEI) (มุกดา ตันชัย, 2548; สุรเกียรติ อาษานุภาพ, 2551)

2. ควบคุมโรคความดันโลหิตโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การลดน้ำหนัก จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ ลดอาหารที่มี

เกลือโซเดียม โคลเลสเตอรอล และไขมัน รวมทั้งการผ่อนคลายและการหยุดสูบบุหรี่ (มุกดา ดันชัย, 2548; สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2551)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

1. เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้

1.1 ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ (hypertensive heart disease) หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่พบภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ ซึ่งปรากฏอาการของ left ventricle hypertrophy อาจมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือมีอาการหัวใจวายร่วมด้วย

1.2 ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (hypertensive renal disease) หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง (ตรวจพบค่าครีเอตินินมากกว่า 1.7 mg/dl) หรือ ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่ 1+ ขึ้น เกิดการคั่งของน้ำและของเสียจำพวกยูเรีย ครีเอตินินสูง จนเกิดภาวะไตวายตามมา

1.3 ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนอัมพาต (hypertensive with stroke) หมายถึง ค่าความดันโลหิตสูงร่วมกับอาการอัมพาตซึ่งต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก rheumatic heart disease และ aneurysm ของหลอดเลือดสมองความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง (hypertensive with multiple complications) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับอาการแทรกซ้อนมากกว่า 1 อย่างขึ้นไป ส่งผลทำให้เกิดอัมพาตตามมา

1.4 ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ (hypertensive with other complications) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับอาการแทรกซ้อนอย่างอื่น ยกเว้นภาวะแทรกซ้อนที่พบทางหัวใจไตและอัมพาต รวมถึงการมีภาวะแทรกซ้อนที่มีได้ระบุรายละเอียดที่ตาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจอตามีอาการบวมและเลือดออกจากตาหัวประสาทตาบวมทำให้ตาบอด ในลานสายตางส่วนตามัวและอาจตาบอดได้ (สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2552; มุกดา ดันชัย, 2548)

2. เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดการรักษา คือ การรับประทานยาควบคุมไปตลอดชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และยังมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) ในรายที่รับประทานยาหลายชนิด อีกทั้งการเผชิญกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้เกิดความไม่สบายต่าง ๆ การปรับพฤติกรรมเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ไม่คุ้นเคย เป็นผลกระทบทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดและส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สำนักการพยาบาล, 2546)

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษาพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ และก่อให้เกิดปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยตรงและส่วนอื่น ๆ โดยแต่ละด้านของผลกระทบส่งผลซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยทำให้เกิดภาวะเครียดวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมอีกด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถแบ่งได้ดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย

การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากกาเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาของแพทย์ (Phipps, 1999) ไม่สุขสบาย เกิดการเสื่อมและการทำลายระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง การเจ็บป่วยบางโรคก่อให้เกิดความพิการและไร้สมรรถภาพ (อัมพรพรรณ ชีรานุตร, เพลินดา ศิริปการ, และอำพน นวลโคกสูง, 2544) การขาดสารอาหาร เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญลดลง จากโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น โรคเบาหวาน (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองแตกมาก (Hu et al., 2005)

ด้านจิตใจและอารมณ์

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียดถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นได้ ซึ่งผลกระทบของภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นั้นเป็นผลมาจากความสามารถลดลงไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เคยทำในภาวะปกติได้ บางครั้งต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทำให้ขาดความมั่นใจอัตโนมัติหรือภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2545) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานตลอดชีวิต การมีข้อจำกัดในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้สึกอึดอัดวิตกกังวล ส่งผลต่อความเครียดและมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002; Schiffrin, 2001)

เกิดความไม่มั่นใจในตนเองซึ่งเป็นผลทางลบที่เกิดจากการปรับตัวของผู้ป่วยและยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายสูงขึ้น (Neil, 2008)

ด้านสังคม

จากลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราวการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมความพิการ และแบบแผนการรักษาของแพทย์ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ฐานะทางเศรษฐกิจลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องลดบทบาทตนเองในครอบครัวและสังคม ไม่สามารถทำตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวได้ เช่น ในฐานะสามี ภรรยา บิดาหรือมารดา นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถเข้าสังคมได้ตามปกติทำให้ปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง (Biordi as cited in Lubkin and Larsen, 2009)

ด้านครอบครัว

การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว การดำเนินชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดความเครียดในด้านการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลายาวนาน (Darr, 2008) สุขภาพทรุดโทรมจากการที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ขาดการดูแลตนเอง การพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป ต้องมีการปรับบทบาทครอบครัวให้เหมาะสมกิจกรรมที่เคยทำปกติถูกจำกัดให้น้อยลง (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ดูแลผู้ป่วย คือ วิตกกังวลกับอนาคต เกิดภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพของผู้ป่วยลดน้อยลง สมรรถภาพทางเพศลดลง ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไป แบบแผนในการดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไป การเงินมีปัญหาเนื่องจากทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถที่จะออกไปทำงานนอกบ้านได้

ด้านเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก เมื่อร่างกายเกิดเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของลดลง ซึ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของโรค นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติโดยรวม จากลักษณะที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว ทำให้ต้องมีการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเป็นระยะ ตลอดจนมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพไปตลอดชีวิต นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในครอบครัวขณะเจ็บป่วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; มินเนตองก้าและมินนิโซต้า, 2550)

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพบได้หลายสาเหตุดังนี้

1. การใช้ยารักษาโรคเบาหวานและยาลดความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยกรมสุขภาพจิต (2551) พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และจารุรินทร์ ปิตานวงศ์ (2547) กล่าวว่า ยาที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) กลอนิดีน (กลอนิดีน) รีเซออร์ปีน (proserpi) เมทิลโดปา (methyl dopa) และศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร (2545) ได้กล่าวว่า ยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่พบได้ เช่น กลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ (beta-blocker) ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ อะดรีเนอร์จิก (adrenergic) และตัวรับซีโรโทนิน (serotonin receptor) ทำให้ซีโรโทนินถูกยับยั้งจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ยานิฟิ-เดอร์ปีน (nifedipine) โดยยาจะไปออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการใช้แคลเซียมและลดการหลั่งของนอร์อิพิเนฟริน ดังนั้นยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานและยาลดความดันโลหิตสูง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. การทำงานผิดปกติของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อดรีโนคอร์ติโซล-เอกซีส-2 (hypothalamus-pituitary-adreno cortisol exis-2) กับสารคอร์ติโซลในเลือดมากกว่าปกติในผู้ป่วยเบาหวานจึงส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ (Zavaloni, et al., 2008) จึงทำให้การควบคุมน้ำตาลไม่ได้ผลจากภาวะมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ไม่สนใจควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพขาดการออกกำลังกายการควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จึงส่งผลให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Lin et al., 2004)

3. การเจ็บป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia encephalopathy) และภาวะน้ำตาลสูงจากภาวะเลือดเป็นกรด (diabetic ketoacidosis) อาจทำให้เกิดอาการ delirium การรักษา delirium สาเหตุแรก ผู้ป่วยจะมารักษาด้วยภาวะซึมเศร้าและในผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีจิ และคณะ, 2547)

4. ผลกระทบจากพฤติกรรม การละเลยไม่ปฏิบัติตามเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สนใจดูแลตนเอง ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการควบคุมการรับประทานอาหาร ยาการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงสูงมากกว่าปกติทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรงขึ้น และการควบคุมความดันโลหิตในเลือดไม่ได้ผล อาการของโรครุนแรงขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น (Reiff, 2001; Zavaloni et al., 2008)

5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรครายใหม่ การเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย ซึ่งจะต้องใช้กำลังกายและกำลังใจอย่างมากในการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น ภาวะโภชนาการ การรักษาทางการแพทย์ การที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการทำงานจึง

ทำให้เกิดความกลัวกังวลเกี่ยวกับโรคและการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ หรือภาวะคีโตแอซิโดซิส (ketoacidosis) ภาวะระดับน้ำตาลสูงซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้เส้นประสาทถูกทำลายความเครียดระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การรู้สึกผิดหวังในการรักษาภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้นจากการรักษา จึงส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้มากที่สุด (Devlin, 2008)

6. การเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจสังคม การดำเนินวิถีชีวิต โครงสร้างครอบครัวจาก ครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว สภาพความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย พบว่าในคนที่เป็โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานสองเท่า (The Global Diabetes Community, 2006)

7. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลานานซึ่งผลจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงโดยตลอดและหลากหลายชนิด ซึ่งยาลดความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีจิ และคณะ, 2547) จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรงและการควบคุมความดันโลหิตในเลือดไม่ได้ผล (Reiff, 2001)

8. ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ซึ่งพบว่าทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะเมื่อมีพยาธิสภาพสมองอยู่ที่สมองซีกซ้ายส่วนหน้าและจะเกิดภายใน 2 ปี หลังจากมีภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง (พูนศรี รังสีจิ และคณะ, 2547) จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรงและการควบคุมความดันโลหิตในเลือดไม่ได้ผล (Reiff, 2001)

ผลของภาวะซึมเศร้าที่พบในการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาวะซึมเศร้าเป็นสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.1 การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น พบจากการทำงานของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อริโนคอร์ติโซล-เอกซิส-2 (hypothalamus-adreno cortisol exis-2) กับสารคอร์ติโซลในเลือดมากกว่าปกติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดความคิดผิดปกติและภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (Eaton, 2002) ส่งผลกระทบเกิดความพิการการสูญเสียการทำหน้าที่ทั้งร่างกายและจิตใจคุณภาพชีวิตต่ำลง และเกิดผลกระทบต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า จะไม่สามารถจัดกิจวัตรประจำวันของตนเองไม่สนใจควบคุมอาหารขาดการออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ผล (สมภพ เรื่องตระกูล; 2544; Lin et al., 2004)

1.2 ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน มีอาการหายช้าลง อาการกำเริบเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมักขึ้น ส่งผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น เช่น การส่งตรวจพิเศษหาสาเหตุการเจ็บป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน การเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล นานกว่าปกติ หรือมีอาการเจ็บป่วยบ่อยมากขึ้น (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551)

1.3 จากการศึกษาของคนที่มีโรคเบาหวานร่วมกับภาวะซึมเศร้า พบว่าคนที่มีโรคเบาหวานร่วมกับภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนที่เป็นโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน (Schram et. al, 2009) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อเจ็บป่วยในระยะเวลาผ่านไป จะทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้สิ้นหวังคิดว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว กังวลเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยค่าใช้จ่ายและอื่น ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกกับข้อใจอึดอัดใจรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากแบบแผนการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป (Eaton, 2002)

2. ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1 ผลกระทบจากพฤติกรรมและการละเลยของอาการซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จากเดิมผู้ป่วยขาดความสนใจดูแลตนเอง เมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง และการละเลยการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคมากขึ้นกว่าเดิม จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่ปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วย ไม่ร่วมมือในการควบคุมการรับประทานยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรง และการควบคุมความดันโลหิตในเลือดไม่ได้ผล อาการจึงรุนแรงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าปกติได้ (Reiff, 2001) ดังนั้นการรักษาภาวะซึมเศร้าร่วมกับความดันโลหิตสูงพบว่ามีประสิทธิภาพดีสามารถทำให้ลดความดันโลหิตสูงลงได้ (Zavaloni et al., 2008)

วิธีการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีการลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งวิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าหลายรูปแบบ จึงสรุปได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy) การรักษาด้วยยาใช้เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (relapses) และการป้องกันระยะยาว เป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence) ซึ่งอาจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การรักษาระยะเฉียบพลัน 6-12 สัปดาห์ 2) การรักษาต่อเนื่องอีกประมาณ 6 เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยหายแล้วเพื่อป้องกันการกลับป่วย (relapses) 3) และการป้องกันระยะยาวเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence) การออกฤทธิ์ของยาโดยการให้ยาด้านเศร้าเพื่อปรับความสมดุลของระดับสารสื่อประสาท ทำให้อารมณ์แจ่มใสขึ้นและอารมณ์เศร้าลดลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2545)

การรักษาด้วยยาที่นิยมใช้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1.1 ยาในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) ยาจะออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin) ของเซลล์ประสาทซึ่งมีผลเพิ่มความเข้มข้นของซีโรโทนินในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาทที่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS Synapses) ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, escitalopram และ sertraline

1.2 ยาในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ยาจะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนฟริน (nor epinephrine) และซีโรโทนิน และมีฤทธิ์ competitive antagonism ที่ muscarinic acetylcholine receptors ได้แก่ amitriptyline, imipramine, nortriptyline, clomipramine, doxepin และ desipramine (กรมสุขภาพจิต, 2552; ธีวรัชย์ กฤษณะประกรกิจ และ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2546)

2. การบำบัดด้วยจิตบำบัด (psychotherapy) การบำบัดด้วยจิตบำบัด ได้แก่ 1) Insight psychotherapy) เพื่อมุ่งแก้ไขความขัดแย้งที่อยู่ในจิตไร้สำนึกของผู้ป่วย 2) Supportive psychotherapy เป็นการรักษาเพื่อมุ่งช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก ช่วยให้ความคับข้องใจลดลงจิตใจอยู่ในสมดุลมากขึ้นอาการทุกข์ใจจะทุเลาลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2545)

3. การบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น เป็นจิตบำบัดอย่างหนึ่งที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรมเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการลดภาวะซึมเศร้า และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สุชาติ พหลภาคย์, 2545; Beck, 1995) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีพื้นฐานมาจากรูปแบบของกระบวนการคิด ซึ่งตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าการรับรู้ต่อเหตุการณ์มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล (Beck, 1967) ดังนั้นถ้าสามารถประเมินความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ อาการที่เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมจะดีขึ้น (ธีวรัชย์ งามทิพย์วัฒนา, 2549; Beck, 1995)

4. การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดด้วยรายบุคคลครอบคลุมการบำบัดขึ้นอยู่กักระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าและการจัดการเกี่ยวกับความเครียดที่เป็นสาเหตุ ร่วมกับการให้กำลังใจและช่วยเหลือประคับประคองทางจิตใจก็อาจจะเพียงพอที่จะทำให้อาการดีขึ้น

แต่ในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจต้องเข้ารับการรักษาค่ายยาควบคุม หรือเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล (ดวงใจ กษานติกุล, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2546)

5. การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) รูปแบบการบำบัดทางปัญญามีวัตถุประสงค์ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริงแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ เข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง วิธีการบำบัดทางปัญญาซึ่งจะมุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดของผู้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจถึงความคิดที่เป็นปัจจัยเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Beck, 2006)

การบำบัดทางปัญญา แบ่งได้ 2 แบบคือ

5.1 บำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive behavior therapy) เป็นการบำบัดทางความคิดมุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้านอารมณ์ที่มากับปัญหาพฤติกรรม โดยการให้ความรู้ให้แนวทางการปฏิบัติ โดยเน้นการคิดการวิเคราะห์และการตัดสินใจใหม่โดยใช้รูปแบบในการให้คำปรึกษาด้วยวิธีการสอนและแนะนำอย่างตรง ๆ และใช้เทคนิคอื่นประกอบเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ใหม่ขึ้น (Ellis, 1994)

5.2 การพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ซึ่งเป็นวิธีการพูดกับตัวเอง สามารถทำให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของตน บุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวกในการแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ เพื่อเพิ่มการคิดหรือทักษะในการแสดงออกในการเผชิญกับปัญหาจะเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาของผู้ป่วยลดลงได้ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ ทำให้รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองต่ำลงการมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งในกระบวนการทางปัญญา สามารถแก้ไขความคิดโดยการเริ่มต้นจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองพิจารณาความคิดที่บิดเบือนในทางลบ เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดความรู้สึกและพฤติกรรม เรียนรู้ที่จะแยกแยะและเปลี่ยนแปลงหรือแทนที่ความคิดที่เป็นลบให้เป็นคิดทางบวกที่เหมาะสม แล้วถ่ายทอดออกมาเช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ ให้กลายมาเป็นความคิดทางบวกโดยการสร้างความคิดเชิงบวก แล้วถ่ายทอดออกมาในรูปแบบของการพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (ราชวดี เดียวตระกูล, 2553)

จากการศึกษาวิธีการลดภาวะซึมเศร้านั้นมีหลากหลายวิธี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เพื่อลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก (ราชวดี เดียวตระกูล, 2553)

การพูดกับตัวเอง

ความหมายของการพูดกับตัวเอง

การพูดกับตัวเองทางบวกมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การพูดกับตัวเอง หมายถึง การพูดขึ้นแสดงจากภายในใจตัวเองที่แสดงถึงความรู้สึกคิดได้ภายในใจ จึงทำให้ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา เป็นการคิดหรือการพูดในใจของตัวเอง เพื่อเป้าหมายของการพูดเพื่อสงบอารมณ์ตนเองหรือเพื่อให้กำลังใจตนเอง โดยคิดหรือพูดกับตัวเองในใจหรือพูดเปล่งเสียงออกมา การพูดกับตัวเองทางบวกจึงทำให้เห็นความคิดของตนเองได้เกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกใช้การพูดกับตัวเอง หรือการคิด การควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของตนเอง จึงเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ซ่อนอยู่ภายในประโยค และการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยทำให้บุคคลสามารถเกิดการแยกออกได้กับปัญหาเฉพาะเรื่องของในชีวิตได้อย่างเหมาะสม นำมาใช้จัดการปัญหาต่างๆรวมถึงจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเผชิญหน้ากับปัญหา เช่น ความรู้สึกโกรธ วิตกกังวล ความเครียดได้ เพราะการพูดกับตนเองทางบวกนั้นมุ่งเน้นอยู่ที่กระบวนการของปัญหา และเป้าหมายอยู่ที่การได้ลงมือกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มกำลังความสามารถ โดยลักษณะการพูดเพื่อสงบอารมณ์ตนเอง และเพื่อประคับประคองจิตใจตนเอง

คัวซอน (Couchon, 2004) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการพูดกับตัวเองโดยมีเป้าหมายในการเตือนความจำเพื่อควบคุมตนเอง ช่วยให้เข้าใจตนเองโดยการเติมคำพูดลงในกระบวนการทางความคิด

ซิมเมอร์ (Zimmer, 2005) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวก หมายถึงการที่บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ดี โดยนำประสบการณ์และความรู้สึกที่ดีซึ่งเกิดจากความเชื่อความรู้สึกที่ถูกแปลความหมายมาเป็นคำพูดที่บุคคล ใช้ในการสนทนาภายในใจกับตนเอง หรือพูดกับเสียงตนเองพูดกับตัวเองภายในใจอยู่เสมอ และเพื่อช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจตนเองฟังเสียงความคิดของตนเอง

เกิดสมาธิเกิดความรู้สึกสดชื่นแจ่มใสเข้มแข็ง มีความเชื่อมั่นในตัวเองและมีความสุขมากขึ้น ทำให้บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยได้นำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและความรู้สึกที่ดี แปลความมาเป็นบทสนทนาเพื่อช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจตนเอง

เกลนวิลล์ (Glanville, 2007) ได้กล่าวว่า การพูดกับตัวเองนั้นเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งโดยปกติมนุษย์จะมีกระแสของความคิดที่ต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง ซึ่งอาจแสดงออกโดยมีการพูดกับตัวเอง ซึ่งการพูดกับตัวเองนั้นได้ถ่ายทอดออกมาจากความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา

ตามที่มีผู้ให้ความหมายดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การพูดกับตัวเองทางบวกคือลักษณะคำพูดที่บุคคลใช้พูดกับตัวเอง ซึ่งเกิดจากความเชื่อความรู้สึกและประสบการณ์ ซึ่งอาจเป็นการพูดในใจกับตัวเองอย่างเงียบ ๆ หรือพูดออกเสียงกับตัวเอง โดยลักษณะคำพูดนั้นเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ มีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เป็นไปได้ ในปัจจุบันมุ่งเน้นที่กระบวนการของปัญหา และมีเป้าหมายของการได้ลงมือกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มกำลังความสามารถ โดยลักษณะการพูดเพื่อส่งเสริมอารมณ์ตนเอง และเพื่อประคับประคองจิตใจตนเอง จะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวังต่ออนาคตโลกและสิ่งแวดล้อม

กระบวนการพูดกับตัวเองทางบวก

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

ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวถึงการพูดกับตนเองโดยการใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) แทนตนเองเพื่อใช้พูดในใจกับตัวเองหรือพูดออกเสียงกับตัวเอง ซึ่งสามารถใช้ได้ผลเพื่อให้บุคคลยอมรับตนเองการใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) จะช่วยให้บุคคลรู้และยอมรับว่าควรมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่พูดและตัดสินใจเลือกกระทำต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ ช่วยให้บุคคลคาดการณ์ต่าง ๆ ได้มากกว่าที่จะหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ เพื่อค้นหาแนวทางเลือกก่อนให้ตัวเองซึ่งมีหลักการดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการตัดสินใจเลือกตามความเห็นตัวเองด้วยการใช้สรรพนาม “คุณ” (You) เนื่องจากการใช้สรรพนามในลักษณะนี้ แสดงถึงความไม่รับผิดชอบของตัวเราต่อสิ่งที่พูด แต่การใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) เพื่อพูดกับตนเองจะช่วยให้เป็นการยอมรับและรับผิดชอบต่อสิ่งที่พูดออกมา และสิ่งที่บุคคลตัดสินใจเลือก

2. ใช้คำที่บุคคลแสดงถึงการยอมรับในความรับผิดชอบนั้น ๆ ที่บุคคลได้เป็นผู้เลือกไว้ โดยมีข้อจำกัดหรือมีทางเลือกน้อย ได้แก่ “ไม่สามารถ” (can't) “ต้อง” (must) “ควรต้อง ควรจะ

น่าจะ” (ought) “จะ คงจะ” (should) ให้นักกลเลือกใช้ “จะไม่” (won’t) “ต้องการที่จะ” (want to) “ชอบมากกว่า ชอบที่จะ” (prefer to) “เลือกที่จะ” (choose to)

3. การเปิดเผยความรู้สึกความคิดและการกระทำที่เป็นตัวของตัวเอง โดยเริ่มจากการพูดกับตัวเองโดยใช้ความรู้สึกความคิดและเป็นการกระทำของตัวเอง เป็นวิธีการที่บุคคลใช้เพื่อกลบเกลื่อนที่จะยอมรับความรู้สึกความคิดและการกระทำที่แท้จริงของตัวเองไว้

4. มีความขัดแย้งที่จะรับรู้ตัวเองตามที่เป็นจริง การรับรู้ความเป็นตัวเองที่เป็นลักษณะประจำตัวจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ จึงควรเข้าใจ ยอมรับ รับรู้ และเข้าใจตัวเองตามความเป็นจริง

การใช้วิธีการพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” ที่ไม่ถูกต้องแสดงให้เห็นถึงที่มาของความรู้สึกความคิดและการกระทำที่บุคคลแสดงออก ส่วนการพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” ที่ถูกต้อง แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการควบคุมความรู้สึกความคิดและการกระทำของบุคคลได้ ดังนั้น การพูดกับตัวเองจึงควรพิจารณาว่าจะใช้กับตัวเองอย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้กล่าวถึงการพูดกับตัวเองทางบวกสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ได้ลงมือกระทำด้วยตนเองตามความสามารถของแต่ละคน ซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการคือการพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญกับปัญหาที่ได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อประทับประคองตัวเองและสร้างความกล้าบึกใจให้กับตัวเองน้อยที่สุด โดยใช้เทคนิคการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. การตระหนักรู้ หมายถึง การรู้ตัวรับรู้วิธีที่จะใช้วิธีการพูดกับตนเองในขณะนั้นและรับรู้ว่สิ่งที่เกิดขึ้นจะเกิดผลเสียมากกว่าประโยชน์

2. การตัดสินใจเลือก หมายถึง การตัดสินใจที่แสดงถึงการคิดที่มีต่อการพูดกับตัวเองที่จะนำไปสู่วิธีการพูดกับตัวเองได้อย่างไรการพูดกับตัวเองที่ตนเองเลือกใช้อยู่ส่งผลต่อความรู้สึกอารมณ์พฤติกรรมของตนอย่างไรบ้าง เพื่อจะพูดกับตนเองอย่างเหมาะสม

3. การลงมือกระทำ หมายถึง การใช้ทักษะการพูดกับตัวเองทางบวกเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้นและการลงมือกระทำที่เกิดประโยชน์เมื่อเผชิญปัญหาจริง

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้เสนอแนวทางการฝึกพูดกับตัวเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลได้รับรู้ศักยภาพของตัวเอง และประทับประคองจิตใจตัวเองให้สงบลงให้มีกำลังใจและไม่โทษตัวเอง ดังนี้คือ

1. การประเมินคำพูดและประโยคในใจของตัวเอง โดยก่อนที่จะปรับเปลี่ยนคำพูดหรือประโยคในใจของตัวเอง บุคคลควรรับรู้และเข้าใจถึงความคิดและสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบกับตัวเองว่าเป็นอย่างไร โดยการบอกเล่าพูดคุยหรือเขียนประโยคในใจออกมาเป็น 3 ระยะ คือ

1.1 ในระยะแรกที่บุคคลพบกับสถานการณ์ บุคคลคิดอย่างไรต่อตนเองและต่อสถานการณ์บ้าง

1.2 ขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ บุคคลคิดอย่างไรต่อตนเองและต่อสถานการณ์บ้าง

1.3 หลังจากสถานการณ์นั้น ๆ ผ่านไปแล้ว บุคคลคิดอย่างไรต่อตัวเองและต่อสถานการณ์บ้าง

2. ทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของคำพูดการคิดหรือประโยคในใจว่าส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของบุคคลอย่างไร ถ้าการพูดกับตัวเองเหมาะสมหรือเป็นไปในทางบวกจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมและอารมณ์ทางบวกด้วย แต่ถ้าหากพูดกับตัวเองไม่เหมาะสมหรือเป็นไปในทางลบ ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เป็นปัญหาต่อไป

3. คิดหาทางเลือกของประโยคหรือคำพูดที่จะใช้พูดกับตัวเองเสียใหม่

4. ฝึกใช้คำพูดในใจกับตัวเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ร่วมกับการจดบันทึกเพื่อประเมินผลและปรับเปลี่ยนคำพูดให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวถึง พฤติกรรมการพูดกับตัวเองทางลบที่ทำให้เพิ่มอารมณ์ที่เป็นทุกข์ได้แก่ บุคคลตั้งมาตรฐานตนเองไว้สูงกว่าความเป็นจริง การมุ่งใช้อำนาจมากกว่าที่จะเผชิญปัญหาที่แท้จริง การคาดหวังโดยอัตโนมัติในระดับที่ต่ำและคิดว่าโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งนั้นเป็นไปได้ยาก ทุกสิ่งทุกอย่างไม่เป็นไปตามที่คิดไว้ คิดว่าจะเกิดสิ่งเลวร้ายขึ้น เมื่อมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงที่รุนแรงขึ้น ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างเฉียบพลัน เช่น เกิดความตึงเครียด คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น หายใจลำบาก ร้อน ๆ หนาว ๆ เหงื่อออก เกิดความรู้สึกต่อความคิดของผู้อื่นมากเกินไป จึงเลือกใช้วิธีการพูดกับตัวเองโดยยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง ใช้วิธีการพูดกับตัวเองที่ทำให้ตัวเองดูตกต่ำลง เน้นอยู่ที่ความพ่ายแพ้ของตนเองและไม่สนใจความสำเร็จที่เคยทำได้ ลักษณะคำพูดกับตัวเองทางลบทำให้บุคคลมีศักยภาพในตัวเองลดลง

การค้นหาการพูดลบของตัวเอง สามารถปฏิบัติได้ดังนี้ (Nelson-Jones, 1990)

1. การฟังเสียงพูดกับตัวเองทางลบพร้อมกับจับคำพูดที่พูดกับตัวเองทางลบให้ทัน
2. การพูดกับตนเองด้วยประโยคที่ได้ยินโดยพูดออกเสียงหรือพูดในใจก็ได้
3. จดบันทึกคำพูดเหล่านั้นลงในกระดาษ

ดังนั้นบุคคลจะต้องค้นหาให้ได้ว่าจิตใต้สำนึกได้พูดอะไรกับตัวเอง เมื่อสามารถค้นหาความคิดทางลบของตนเองได้แล้วควรฝึกที่จะหยุดความคิด (Thought Stopping) ด้วยการพูดกับตัวเองว่า “ไม่” หรือ “หยุด” เพื่อยับยั้งไม่ให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยการแยกความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และพยายามหาสิ่งเร้าที่สามารถหยุดความคิดนั้นจนกว่าจะหายไป

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก

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

1. การพูดกับตัวเองอย่างสงบอารมณ์ (calming self-talk) จะเป็นการพูดที่แสดงออกที่ประคับประคองตนเอง และไม่พูดกับตัวเองในทางลบ โดยใช้ได้ทั้งก่อนเกิดสถานการณ์ ขณะอยู่ในสถานการณ์และหลังจากสถานการณ์นั้นผ่านไป แล้วบุคคลจะใช้เพื่อบอกความรู้สึกกับตัวเอง มี 2 ประการ คือ

1.1 การพูดกับตัวเองให้สงบอารมณ์ไว้โดยใช้คำพูดเช่น “ทำตัวตามสบาย” “จงผ่อนคลาย” “หายใจลึก ๆ” หรือ “หายใจช้า ๆ” และ “มันไม่มีอะไรมากไปกว่านี้แล้ว”

1.2 การบอกกับตัวเองถึงสิ่งที่สามารถจัดการได้ เช่น “ฉันสามารถควบคุมสถานการณ์นี้ได้” “ฉันทำได้ ฉันทำสำเร็จแล้ว” และ “ฉันสามารถเผชิญกับปัญหาได้” “ฉันสามารถเผชิญกับปัญหาคด้วยตัวฉันเอง”

2. การพูดสอนตัวเอง (coaching self-talk) การพูดสอนตัวเองเพื่อให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหานั้นได้ สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ การพูดกับตัวเองทางบวกสามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์ โดยใช้ได้ทั้งก่อนสถานการณ์ขณะอยู่ในสถานการณ์และหลังจากเกิดสถานการณ์นั้นไปแล้วเป็น การพูดสอนตัวเองเพื่อรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่อยู่ภายในใจ ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการและอยู่กับปัญหานั้นได้ โดยการฝึกคิดทีละขั้นตอน ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยวิธีดังนี้

2.1 การทำความเข้าใจกับเป้าหมายของตนเองให้ชัดเจน

2.2 ทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการพูดนั้นโดยการคิดทีละขั้นตอน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายมีการเตรียมการคิดถึงวิธีที่จะจัดการกับความผิดหวังที่อาจเกิดขึ้น และตัวเราต้องดำเนินการตามขั้นตอนนั้นด้วย

2.3 ควรมีสมาธิกับหน้าที่ที่กระทำอยู่ โดยไม่ให้ความคิดอื่นมารบกวน

ขั้นตอนที่ 5 การประยุกต์ใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้กล่าวถึงการประยุกต์ใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นของเฉพาะบุคคลสามารถทำได้ 2 แบบ คือ

1. การเรียนรู้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ในขณะที่อยู่กับเหตุการณ์นั้นหรือเมื่อเหตุการณ์นั้นได้ผ่านไปแล้ว โดยเริ่มจากการพูดกับตัวเองด้วยประโยคง่าย ๆ ก่อนและค่อย ๆ ไปสู่สิ่งที่ยากจะต้องใช้ความพยายาม ควรมีการสร้างความมั่นใจให้กับตัวเอง การพูดสอนตัวเองควรปรับเปลี่ยนมุมมองทางลบไปเป็นมุมมองทางบวกเพิ่มขึ้น

2. ฝึกการพูดกับตัวเองทางบวกร่วมกับการฝึกซ้อมการพูดกับตัวเองทางบวก การทำ บทบาทสมมติหรือวิธีพูดกับตนเองหน้ากระจก จะช่วยพัฒนาวิธีการพูดของตนเองทำให้สามารถมองเห็นปัญหาเฉพาะของบุคคลของตนเอง การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยพัฒนาวิธีการพูดกับตัวเองให้สามารถเผชิญหรือจัดการกับปัญหาให้มีประสิทธิภาพที่ดี รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญ และการบริหารเวลาร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 6 การนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่าหลังจากที่บุคคลได้ฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ในระยะหนึ่งแล้วการพูดกับตัวเองทางบวกจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติจากที่เคยมีประสบการณ์ในการพูดบวก กับตัวเองมาแล้ว โดยที่ใช้การพูดกับตัวเองทางบวกตลอดเวลา การนำวิธีการพูดบวกกับตัวเองมาใช้ นั้นทำได้โดยการอ่านและพูดประโยคที่บุคคลเขียนขึ้น หรือเป็นประโยคที่พบในชีวิตประจำวัน ซึ่ง มีความเฉพาะเจาะจงต่อเหตุการณ์กระทำซ้ำ ๆ จะทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการพูดกับตัวเองได้ โดยอัตโนมัติ

ผลของการพูดกับตัวเองทางบวก

การพูดกับตัวเองทางบวกจะสามารถสื่อให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ ซ่อนอยู่ภายในประโยค ช่วยให้บุคคล เกิดการตระหนักรู้ ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบ ของตนและ เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวก ในการแทนที่การพูดกับตัวเองทางลบ การพูด กับตัวเองในการเผชิญปัญหาจะเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาลดลง และลดความวิตกกังวลลง และการได้ พูดกับตัวเองบ่อย ๆ โดยการพูดนั้นได้ผ่านการไตร่ตรองมาแล้ว จะนำมาซึ่งการตระหนักรู้ในตนเอง ส่งผลให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของตน และสามารถคิดบวกเมื่อต้อง เผชิญกับปัญหา และยังทำให้มีกำลังใจเกิดขึ้น และได้ฝึกปฏิบัติในการพูดกับตัวเองในการเผชิญปัญหา จะช่วยให้ปัญหาลดลง และลดความวิตกกังวลลง และส่งผลทำให้ลดภาวะ ซึมเศร้าลงได้ การพูดกับตัวเองทางบวกทั้งในรูปแบบของการพูดกับตัวเองอย่างสงบเงียบและการสอน ตนเอง ช่วยให้บุคคลสามารถสงบอารมณ์ของตนเองจัดการกับสถานการณ์ เผชิญกับสถานการณ์และอยู่ กับปัญหานั้นได้ (Nelson-Jones, 1990) การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพ ของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีความอ่อนไหวง่าย

จะช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ดี นอกจากนี้การพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ และช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในทางที่ดีได้ (Haugh and Powtowski, 1996)

ผลของการพูดกับตัวเองทางบวกเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

การใช้การบำบัดทางปัญญา (cognitive strategy) โดยการใช้การพูดกับตัวเอง (self-talk) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อช่วยทำให้ปรับโครงสร้างทางความคิด การพูดกับตัวเองโดยมีความคิดอัตโนมัติต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคตไปในทางลบ ความคิดดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมาส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) การพูดกับตัวเองบุคคลจะสามารถมองเห็นถึงความคิดอัตโนมัติทางลบ ทำให้เกิดเป็นการตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของตน และทำให้ได้เลือกการพูดกับตัวเองทางบวกซึ่งแทนด้วยการพูดกับตัวเองในทางลบ เมื่อได้มีการฝึกปฏิบัติในการพูดกับตัวเองในการเผชิญปัญหาจะซึ่งช่วยให้บุคคลค่อย ๆ ลดลงของปัญหา และยังทำให้รู้ว่าภาวะซึมเศร้าลดลงได้ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้พบการศึกษางานวิจัยของ ขวัญจิต มหาภักตติคุณ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น จากการวิจัยพบว่า โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ผล นอกจากนี้ยังพบว่า การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำได้ (จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551) เทอเนอร์ และคณะ (Turner et al., 2005) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการพูดกับตัวเองทางบวกเป็นวิธีหนึ่งในโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผลที่ได้ศึกษาของ ทัพพกานท์ พิมพวงศ์ทอง (2550) จากการวิจัยการฝึกกับตัวเองทางบวกช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย เอช ไอ วี ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษา สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาผลการวิจัยของ ราชวดี เดียวตระกูล (2553) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากผลการศึกษสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผลเช่นกัน

การนำโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเผยแพร่นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์

รูปแบบการนำเอาผลการวิจัยไปใช้ตามทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) กล่าวว่า การเผยแพร่และการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์สังคม ซึ่งการเผยแพร่ นวัตกรรมเป็นกระบวนการสื่อสารเป็นในทางที่แน่นอน ในช่วงเวลา

ที่เหมาะสมระหว่างสมาชิกของระบบหน่วยงาน ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับแนวคิดหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน เกิดการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีการเผยแพร่แนวคิดของ โรเจอร์ (Roger, 2003) ได้มีการะบวนการขั้นตอนของการวางแผนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบการดูแลสุขภาพที่ได้รับการยอมรับ

ทฤษฎีการเผยแพร่แนวคิดของโรเจอร์ (Roger, 2003)

ทฤษฎีการเผยแพร่แนวคิดของโรเจอร์ (Roger, 2003) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. นวัตกรรม (innovation) หมายถึง ความคิดการปฏิบัติสิ่งประดิษฐ์สิ่งของที่เกิดขึ้นใหม่ โดยที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งใหม่ ซึ่งความคิดนั้นอาจไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งใหม่แต่มีอาจถูกยอมรับว่าใหม่ ภายใต้การพิจารณาของกลุ่มที่ให้การยอมรับและการนำมาใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการหน่วยงานและวิชาชีพ

2. ช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อการเผยแพร่แนวคิด (the communication channels) เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคลหรือบุคคลกับกลุ่มบุคคล โดยผ่านช่องทางการสื่อสารโดยใช้สื่อต่าง ๆ เช่น บทความวิชาการ หนังสือ หนังสือพิมพ์ และการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ในการเผยแพร่แนวคิดที่มีประสิทธิภาพ หรือช่วยให้มีการนำเอาแนวคิดใหม่ไปใช้อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพเป็นส่วนตัวพบว่ามีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการยอมรับนวัตกรรมใหม่และการให้การพยาบาล การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อเป็นการสื่อสารระหว่าง 2 กลุ่มบุคคล เช่น ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

3. เวลา (time) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ซึ่ง โรเจอร์ (Roger, 2003) ได้กล่าวไว้ 3 องค์ประกอบ คือ

- 3.1 ช่วงเวลาที่เหมาะสมเป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจ ยอมรับหรือการปฏิเสชนวัตกรรมนั้นอยู่ในระยะเวลาเดียวกัน

- 3.2 การเปลี่ยนแปลงของบุคคลหรือองค์กร เวลามีอิทธิพลในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิบัติ

- 3.3 จำนวนของกลุ่มภายในองค์กร/ภายในหน่วยงาน การดูแลสุขภาพที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด

4. ระบบสังคมเป็นระบบกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันมีเป้าหมายร่วมกันได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาให้สำเร็จ ยกตัวอย่างเช่น พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการและญาติผู้ดูแล ภายใต้มาตรฐานของหน่วยงานที่ให้การดูแล

ด้านสุขภาพ ซึ่งทุก ๆ องค์การที่ให้การดูแลสุขภาพผู้นำองค์กรบางครั้งก็อาจให้การยอมรับนวัตกรรมใหม่นั้น บางครั้งก็อาจมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง พยายามคัดค้านหาปัจจัยที่จะทำให้ผู้นำองค์กรให้การยอมรับนวัตกรรม

ขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์

รูปแบบการใช้ผลการวิจัยจากทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การเผยแพร่วัตกรรมเป็นกระบวนการสื่อสารผ่านช่องทางที่เหมาะสม ในสมาชิกเกิดการตัดสินใจยอมรับแนวคิดหรือสิ่งใหม่ ๆ (นวัตกรรม) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานของตน เกิดการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์ได้มีการพัฒนากระบวนการเผยแพร่ในด้านการใช้นวัตกรรม โดยเน้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบการดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003) มี 5 ระยะดังนี้

1. ขั้นความรู้ (the knowledge stage) เป็นขั้นที่การรับรู้ว่ามีนวัตกรรมเกิดขึ้นจากการสังเกตความต้องการและการค้นหาปัญหาร่วมกัน แล้วนำไปปรับปรุงให้เกิดสิ่งใหม่ขึ้นจากมีความต้องการจะนำนวัตกรรมมาใช้แก้ปัญหา หลังจากนั้นมีการตื่นตัวที่จะเลือกรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ๆ การปฏิบัติจะประสบผลสำเร็จได้ต้องมีการสื่อสารกันการประชุมกัน โดยผ่านทางสื่อและผ่านทางจากการติดต่อกันเอง ความต้องการหรือการรับรู้ปัญหาต้องมีการสร้างนวัตกรรมใหม่เกิดขึ้น ในส่วนของนวัตกรรมนั้นต้องมีคุณสมบัติที่น่าสนใจ และตรงตามความต้องการหากมีกระแสนิยมของสังคมร่วมด้วยจะทำให้ตัดสินใจเลือกนวัตกรรมนั้น และหาข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรมจนเข้าใจ ซึ่งความรู้ในการตัดสินใจใช้นวัตกรรมประกอบด้วย 3 ประการคือ

1. ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นคืออะไร
2. ความรู้เกี่ยวกับการนำนวัตกรรมนั้นไปใช้อย่างไร
3. หลักการ (principle) ที่อธิบายว่านวัตกรรมนั้นมีหลักการทำงานอย่างไร

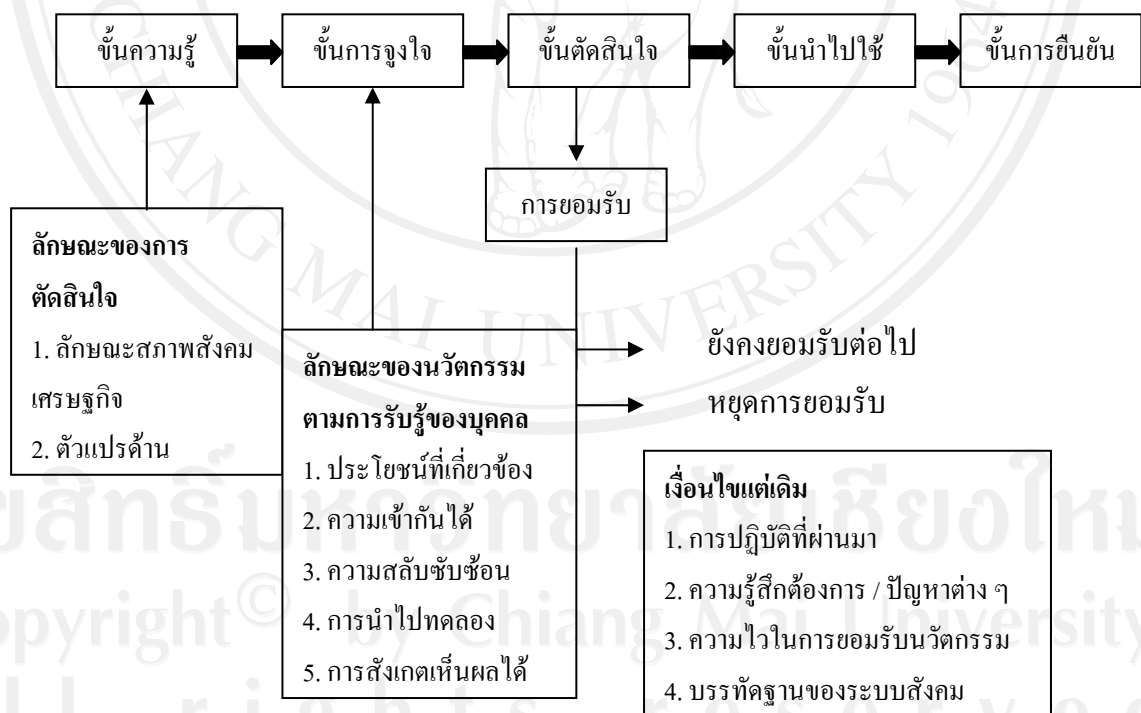
2. ขั้นโน้มน้าว (the persuasion stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้รับนวัตกรรมมีทัศนคติเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เนื่องจากขั้นตอนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรมเป็นปัจจัยสำคัญ เกิดจากความคิดเห็นระหว่างข้อมูลข่าวสาร ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนวัตกรรม และความต้องการขององค์กร ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้เผยแพร่วัตกรรม แต่ขึ้นอยู่กับนวัตกรรมแบบใหม่ จะเป็นประโยชน์มากขึ้น เข้าใจมากขึ้น สามารถทดสอบได้ไม่ซับซ้อน การเข้ากันได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) และความซับซ้อน (complexity) ของนวัตกรรมนั้นด้วย เพื่อที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับในนวัตกรรม

3. ขั้นตัดสินใจ (the decision stage) เป็นขั้นที่ผู้รับนวัตกรรมมีความสนใจ และเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการตัดสินใจจะรับนวัตกรรม ยังมีการเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความรู้ทัศนคติส่วนบุคคล สังคมวัฒนธรรม และแรงกระตุ้นของบุคคลในองค์กร

4. ขั้นนำไปปฏิบัติ (the implementation stage) คือ ขั้นที่บุคคลรับนวัตกรรมไปปฏิบัติจริง ซึ่งผู้ที่นำการเผยแพร่วัตกรรมมีบทบาทสำคัญ ที่จะช่วยแนะนำการใช้นวัตกรรมระยะแรกของการนำไปใช้ เพราะการนำไปใช้แบบไม่เข้าใจทำให้มีผลต่อการตัดสินใจรับมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อปฏิบัติไม่ตรงจริง

5. ขั้นยืนยันผล (the confirmation stage) เป็นขั้นตอนการหาข้อมูลมาสนับสนุนเพื่อให้ตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมนั้นจะเป็นการปฏิบัติอย่างถาวร ซึ่งอาจจะใช้ระยะเวลาจนกระทั่งผลของการใช้นวัตกรรมนั้นออกมา พบว่า ผลเป็นไปตามลบบงค์กรหรือผู้รับนวัตกรรมอาจตัดสินใจไม่ยอมรับนวัตกรรมนั้น ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการ

ผู้ศึกษาพอจะสรุปและเขียนแผนภาพ 5 ขั้นตอน (Roger, 2003) กระบวนการการตัดสินใจนวัตกรรม ดังนี้



ภาพที่ 1. แสดง 5 ขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจนวัตกรรม (Roger, 2003)

หมายเหตุ แหล่งที่มาจาก Diffusion of innovations (5 ed.). (p170) by Roger, 2003, New York The Free Press, A Division of Simon & Schuster, Inc.

กระบวนการการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรม (adoption process) เป็นกระบวนการแพร่กระจาย (diffusion or dissemination process) โดยกระบวนการที่เริ่มต้นด้วยข่าวสารส่งผ่านช่องทางการสื่อสาร ไปกลุ่มบุคคลเป้าหมาย เมื่อบุคคลยอมรับนวัตกรรมจะถ่ายทอดหรือบอกต่อไปหรือการยอมรับของผู้นำ จากกระบวนการดังกล่าวผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แนวคิดการเผยแพร่วัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003)

โปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอสาระสำคัญของโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวก ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าของ ราชาวดี เดียวตระกูล และดาราวรรณ ติะปินตา (2553) ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาภักตติคุณ (2548) และได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ศึกษาจะนำมาใช้ในการบำบัดในผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในสถานเอนกามัยบ้านปากคชะงาม ตามกระบวนการการตัดสินใจนวัตกรรม 5 ขั้นตอน ของโรเจอร์ (Roger, 2003)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกหมายถึง การประเมินผลของการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก โดย ราชาวดี เดียวตระกูล และดาราวรรณ ติะปินตา (2553) ซึ่งได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาภักตติคุณ (2548) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยโปรแกรมเป็นไปในลักษณะของการสนทนาภายในที่บุคคลพูดในใจ และ/หรือพูดออกเสียงกับตัวเองในทางที่ดี ก่อให้เกิดผลลัพธ์ดังนี้

1. การประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าขึ้นหลังจากการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)
2. การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่นำโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกมาใช้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยประเมินจากแบบสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดยประยุกต์แบบสำรวจความคิดเห็นในการใช้แผนจำหน่าย ของ อมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มาปรับใช้

สาระสำคัญของโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

จากการศึกษาของ ราชวดี เดียวตระกูล ในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะซึมเศร้า ได้รับการรักษาโรคที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นการรักษาที่ยาวนานและอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบในชีวิตประจำวันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องเผชิญกับปัญหา เช่น การปรับตัวทั้งครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม การทางเศรษฐกิจ เกิดความท้อแท้หมดหวังต่อการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตทำให้มีแนวโน้มเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เชื่อว่าการพูดกับตนเองทางบวกน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าลดลงได้ และผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (ราชวดี เดียวตระกูล, 2553) จากโปรแกรมหดงกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน และในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถประเมินคำพูดหรือประโยคในใจของตัวเองทั้งทางบวกและทางลบได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 1-3 (การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง การพูดกับตัวเองทางบวก และการค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ)
2. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถค้นหาคำพูดทางลบของตัวเอง ได้ด้วยการมีสติที่จะจับต้นคำพูดทางลบ เกิดทักษะในการฝึกหยุดความคิดทางลบของตัวเองและสามารถวิเคราะห์ความคิดทางลบของตัวเองและหาเหตุผลเพื่อโต้แย้งความคิดนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 3 (การค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ)
3. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกด้วยการพูดกับตัวเองอย่างสงบเรียบและพูดสอนตัวเองได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 4 (กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก)
4. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถตั้งเป้าหมายง่าย ๆ ให้กับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและได้สามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5 (ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล)
5. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวก และนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้แก้ไขภาวะอารมณ์ของตัวเองได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5-6 (ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้)

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวก ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถนำวิธีการและแนวทางที่ได้รับนำไปใช้ปรับเปลี่ยนลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

และเกิดทักษะในการปรับอารมณ์ของตัวเอง หรือจัดการได้อย่างเหมาะสมและสามารถเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ด้วยการใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวก

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ มีการทำกิจกรรม ทั้งหมด 8 ครั้ง (แบ่งเป็นวันเว้นวัน จนครบ 8 ครั้ง) แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 1 ของโปรแกรมซึ่งเป็นการทำความเข้าใจในลักษณะของการพูดกับตัวเอง ความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเองพฤติกรรมอารมณ์ และผลกรรมที่เกิดขึ้น และหลักการในการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเองร่วมกับการฝึกพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน”

กิจกรรมครั้งที่ 2 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 2 ของโปรแกรมเป็นการฝึกประเมินตัวเอง และพูดกับตัวเองทางบวก ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ

กิจกรรมครั้งที่ 3 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 3 ของโปรแกรมเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบ ฝึกค้นหาคำพูดทางลบ โดยใช้สติที่จะจับต้นคำพูดทางลบของตัวเองและฝึกใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบและคำพูดทางลบที่อยู่ภายในใจของตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 3 ของโปรแกรมเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน และฝึกวิเคราะห์ความคิดทางลบและหาเหตุผลโต้แย้งความคิดทางลบของตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4 ของโปรแกรมเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการพูดกับตัวเองทางบวก และฝึกคิดประโยชน์การพูดกับตัวเองทางบวกที่มีต่อเหตุการณ์ ตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับเหตุการณ์นั้นขณะที่อยู่ในเหตุการณ์ และหลังจากเหตุการณ์นั้นผ่านไปแล้ว

กิจกรรมครั้งที่ 6 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4-6 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกันเป็นการแนะนำแหล่งข้อมูลในการได้มาซึ่งการคิดและพูดกับตัวเองทางบวก รวมทั้งวิธีการที่ช่วยส่งเสริมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกให้ฝึกตั้งเป้าหมายง่าย ๆ กับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นได้

กิจกรรมครั้งที่ 7 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 1-3 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกันเป็นการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก และฝึกเปลี่ยนประโยชน์การพูดกับตัวเองทางลบให้เป็นทางบวก

กิจกรรมครั้งที่ 8 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4-6 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกันเป็นการติดตามความก้าวหน้าของผลการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก จากเป้าหมายที่แต่ละคนตั้งไว้ และให้

ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินตัวเองจากการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก โดยใช้แบบประเมินการพูดกับตัวเอง และประเมินภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการฝึกตามโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ในเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์ จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน

ผลการศึกษาพบว่า

ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้นำโปรแกรมมาใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานือนามัยบ้านปากคะยางดังกล่าว เนื่องจากการได้ผ่านการทบทวนวรรณกรรม และยังเป็นโปรแกรมที่ได้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตพื้นที่ และจากผลของการทดลองใช้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร่ามาใช้ประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในสถานือนามัยบ้านปากคะยาง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก หมายถึง การประเมินผลของการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก เพื่อลดภาวะซึมเศร่าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายหลังจากการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก โดย ราชวดี เดียวตระกูล และดาราวรรณ ต๊ะปันตา (2553) ซึ่งได้ดัดแปลงใบงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาภิตติคุณ (2548) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยโปรแกรมเป็นไปในลักษณะของการสนทนาภายในที่บุคคลพูดในใจ และ/หรือพูดออกเสียงกับตัวเองในทางที่ดี ก่อให้เกิดผลลัพธ์ดังนี้

1. การประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้า ขึ้นหลังจากการบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)
2. การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่นำโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกมาใช้โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยประเมินจากแบบสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดยประยุกต์แบบสำรวจความคิดเห็นในการใช้แผนจำหน่าย ของ อมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) มาปรับใช้

**สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่สถานอนามัยบ้านปากะยาง
อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย**

สถานอนามัยบ้านปากะยาง อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน มีประชากรจำนวน 4,203 คน มีบุคลากรปฏิบัติงานจำนวนทั้งหมด 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน ทำหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากร และมีระบบการส่งต่อในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตรุนแรงไปที่โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีจำนวนอัตราการเจ็บป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี พบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกปี

จากสถิติข้อมูลระบาดวิทยาของสถานอนามัยบ้านปากะยาง ตำบลบ้านแก่ง อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า จากแบบประเมิน PHQ9 ปี 2551 พบอัตราการป่วยโรคซึมเศร้า 23.79 ต่อแสนประชากร มีระดับคะแนนซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 32 คน ระดับคะแนนซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 1 คน และระดับคะแนนซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 94.12, 2.94 และ 2.94 ตามลำดับ ปี 2552 พบอัตราการป่วยโรคซึมเศร้า 72.99 ต่อแสนประชากร มีระดับคะแนนซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 31 คน ระดับคะแนนซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 2 คน และระดับคะแนนซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 86.11, 5.56 และ 8.33 ตามลำดับ และ ปี 2553 พบอัตราการป่วยโรคซึมเศร้า 47.58 ต่อแสนประชากร การฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 คน คิดเป็น 23.79 ต่อแสนประชากร การฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 2 คน คิดเป็น 47.58 ต่อแสนประชากร ระดับคะแนนซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 35 คน ระดับคะแนนซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 7 คน และระดับคะแนนซึมเศร้ารุนแรง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 76.08, 15.21 และ 8.69 ตามลำดับ (ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถานอนามัยบ้านปากะยาง, 2553)

ซึ่งปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของสถานอนามัยบ้านปากะยาง อำเภอศรีสัชนาลัย และจังหวัดสุโขทัย นั้นพบว่า มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ในการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ดังกล่าวนั้น โดยการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย และการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้า และการดูแลสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานบริการ การติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่มีวิธีการดูแลที่เป็น

รูปแบบระบบที่ถูกต้อง การปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะดำเนินตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการแก้ไขปัญหาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยังไม่ได้รับการแก้ไข้ปัญหาได้ตรงจุด

กรอบแนวคิดทฤษฎี

สถานีอนามัยบ้านปากคะยาง อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย พบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รายใหม่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และส่วนใหญ่จะพบภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลางร้อยละ 91.67 ซึ่งการแก้ไขปัญหาจะดำเนินตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ โดยการ จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย และการจัดอบรมส่งเสริมเพิ่มความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งยังไม่สามารถแก้ไข้ปัญหาได้ ทางสถานีอนามัยบ้านปากคะยาง ยังไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรม การใช้การบำบัดด้วยโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ของราชวดี เดียวตระกูล (2553) ซึ่งเป็นโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า สามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงจะนำมาใช้ลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นการเผยแพร่และนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคม ซึ่งขั้นตอนในการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะ (Roger, 2003) ดังนี้ ระยะที่ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge state) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) ระยะที่ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมิน เพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการใช้การบำบัดทางปัญญา ในการสร้างความคิดเชิงบวกแล้วถ่ายทอดออกมาในรูปแบบของการพูดกับตัวเองทางบวก ตามความคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ตามความเป็นจริงไปใช้ ดังนั้นการนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก มาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดในแง่ลบให้กลายมาเป็นความคิดตามความเป็นจริงโดยการพูดกับตัวเองทางบวกเพิ่มขึ้น จึงน่าจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลงได้