

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยเรื้อรัง (chronically ill patients) หมายถึง ผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่เกิดจากร่างกายหรือจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงเบี่ยงเบนไปจากปกติ โดยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง คือ อาจเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถาวรรักษาไม่หาย มีความบกพร่องหรือพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ มีความต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือและติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Dimond and Jones as cited in Duryea, 2007) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2009) ได้กำหนดชนิดของโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ และอัมพาต โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งปัจจุบันเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 60 ของการตายทั้งหมดของโลก ในขณะที่โจสลิง (Josling, 2001) กล่าวว่าในศตวรรษที่ 21 โรคเรื้อรังกำลังจะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับหนึ่งของโลก เช่นเดียวกับ สมชาย พิระปกรณ์ (2549) ได้รายงานผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพของประชากรในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งพบว่า ทวีปเอเชียแปซิฟิกมีปัญหาโรคเรื้อรังรุนแรงมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17 นอกจากนี้ เอตอน (Eaton, 2002) ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าสูงเป็น 2-3 เท่าของกลุ่มประชากรปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา เดิมเกษมสานต์ (2549) ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานและคลินิกความดันสูงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งโดยใช้แบบประเมินของเบ็ค (Beck, 1967) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวประมาณร้อยละ 30 มีภาวะซึมเศร้าระดับมากและรุนแรง จึงเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ร่วมกับการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นหากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือก็อาจจะทำให้พัฒนาไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นอารมณ์หนึ่งที่พบได้บ่อยเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียหรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ซึ่งมักแสดงออกให้เห็นโดยการร้องไห้ ซึมเศร้า คิดวนเวียนขาดสมาธิและสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง อาการดังกล่าวหากเป็นต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้นว่า นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพทางการ

ทำงานถดถอยความสนใจทางเพศน้อยลง เมื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ หากยังไม่ปล่อยให้ตกอยู่ในภาวะดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ รวมทั้งมองโลกในแง่ร้ายทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต บางคนอาจเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเองได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) ซึ่ง เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) ได้อธิบายถึงสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้ามาจากการประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต และการมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต โดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล องค์ประกอบทางด้านความคิดมีความเชื่อมโยงกันในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบกับเหตุการณ์ที่ผิดพลาดหรือล้มเหลวในอดีต เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤติในชีวิตจะกระตุ้นโครงสร้างความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ซึ่งความคิดทางลบดังกล่าวจะทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2550) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเป็นกลุ่มหนึ่งที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 3-4 เท่า และพบภาวะซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจกับแพทย์ทั่วไป

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วมที่ทำให้อาการทางกายในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานที่ดูแลตนเองลดลง เพิ่มความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กเพิ่มค่าใช้จ่าย และทำให้เสียชีวิตมากขึ้น (Katon et al., 2009) โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ใช้ระยะเวลายาวนาน และมีผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลตนเอง เพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและเพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น (Curtin and Lubkin as cited in Lubkin and Latsen, 2009) ซึ่ง เบญญลักษณ์ มณีทอง (2551) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะได้รับการรักษา และติดตามไปตลอดชีวิตเนื่องจากความรุนแรงของโรค อาจจะไม่คงที่ ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนการรักษาเป็นระยะ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา อีกทั้งต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ในขณะที่ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2550) กล่าวว่า ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 60 และฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 15 ด้านผลกระทบต่อครอบครัวนั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ครอบครัวเกิดภาวะเครียดเกิดความเหนื่อยล้า มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว ต้องปรับบทบาทของครอบครัวให้เหมาะสม สมาชิกของครอบครัวมีกิจกรรมลดลง เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และ พวงผกา กรีทอง (2546) กล่าวว่า หากผู้ป่วยเหล่านี้สามารถดูแลตนเองและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ จะทำให้มีชีวิตรอยู่ได้นานและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติแต่หากไม่

สามารถที่จะดูแลตนเองได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตภายในเวลาอันรวดเร็วได้ และหากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเส้นเลือดและระดับความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้มีการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าโดยกำหนดให้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสูงอายุ หญิงมีครรภ์ ผู้พิการ ประชาชนทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เอชไอวี โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมิน 2 คำถาม (2Q)

สถานีนามัชชัยชุมพลจึงได้ดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว และพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.03 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดในสถานีนามัชชัยชุมพล (2553) และพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.14 (สถานีนามัชชัยชุมพล, 2553) โดยภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพบได้มากเป็นอันดับ 1 และ 2 คือ ร้อยละ 32.18 และ 23.96 ตามลำดับ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ซึ่งข้อมูลที่สนับสนุนจากศึกษาครั้งนี้พบว่า จากการที่ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในเขตสถานีนามัชชัยชุมพลพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การปรับตัวทั้งครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม การต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เกิดความท้อแท้หมดหวังต่อการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคตได้ และส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง อาจเกิดภาวะซึมเศร้า และหากมีระดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีความคิดฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายในที่สุดได้ (Beck et al., 1995; Gloaguen et al., 1998; Westbrook, et al., 2007) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตนี้จึงต้องได้รับการแก้ไขปัญหา

สถานีนามัชชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ รับผิดชอบทั้งหมด 6 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น 5,156 คน มีจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 โรคในปี 2551-2553 มีจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 โรคในความดูแลแยกตามการวินิจฉัยโรค คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 76, 89 และ 112 คนผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 62, 74 และ 85 คนตามลำดับ (ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังสถานีนามัชชัยชุมพล, 2553) จากการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดการคัดกรอง PHQ-9

ของกรมสุขภาพจิตโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยชัยชุมพลพบว่า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2551 พบคะแนนซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง จำนวน 2 คน และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และ 71.43 ตามลำดับ และไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ในปี 2552 พบคะแนนซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง รุนแรง จำนวน 2 คน 12 คน และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33, 80.00 และ 6.67 ตามลำดับ และในปี 2553 พบคะแนนซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง รุนแรง จำนวน 12 คน 14 คน และ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50, 43.75 และ 18.75 ตามลำดับ (ทะเบียนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสถานีอนามัยชัยชุมพล, 2553) จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งอาจจะมาจากการคัดกรองที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความคิดฆ่าตัวตาย 2 ราย คิดเป็นอัตรา 38.79 ต่อแสนประชากร ซึ่งสถานีอนามัยชัยชุมพล ได้พยายามแก้ไขปัญหามาโดยตลอดแต่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของหน่วยงาน

สถานีอนามัยชัยชุมพล ได้ตระหนักถึงปัญหานี้ และได้พยายามแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน โดยในปี 2553 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเพิ่มศักยภาพของตัวผู้ป่วยเองโดยมีการจัดอบรมให้มีความรู้ในเรื่องของโรคซึมเศร้า การออกกำลังกาย วิธีจัดการความเครียด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการจัดอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน แก่นนำชุมชนในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แต่สถิติภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ยังคงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังสถิติที่กล่าวมาข้างต้น ทางทีมสุขภาพในสถานีอนามัยจึงได้วิเคราะห์หาสาเหตุและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา พบว่า 1) จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน มี ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยบางคนไม่ค่อยอยากไปรักษาเนื่องจากปัญหาหลายสาเหตุคือ ระยะเวลาค่อนข้างไกล ไม่มีรถโดยสารประจำทาง ต้องใช้รถส่วนตัวไป ไม่มีผู้ไปรับ-ส่ง ต้องรอนาน บางคนมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การปรับตัวทั้งครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม ต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เกิดความท้อแท้หมดหวังต่อการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต เกิดความคิดที่บิดเบือนในทางลบส่งผลให้มีการพูดทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ส่วนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงบางคนมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้เป็นความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติทำให้มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม (Beck, 1979) 2) สถานีอนามัยชัยชุมพลยังขาดแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นระบบและเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่ ดังนั้นทางทีมบุคลากรของสถานีอนามัยชัยชุมพล จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และได้สนับสนุนให้มีการจัดหาแนวทางในการ

บำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานอนามัยชุมชนพล จังหวัดอุดรดิตถ์

ในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า สามารถทำได้หลาย ๆ วิธีตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและอาการของผู้เข้ารับการรักษา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การให้คำแนะนำ การให้การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) เช่นวิธีการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive behavior therapy) การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของภาวะซึมเศร้าและการจัดการเกี่ยวกับความเครียดที่เป็นสาเหตุร่วมกับการให้กำลังใจและช่วยเหลือประคับประคองทางจิตใจ ก็อาจจะเพียงพอที่จะทำให้อาการดีขึ้น แต่ในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจต้องได้รับการรักษาด้วยยาหรือได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Stanway and Cotcove, 2001; ดวงใจ กสานติกุล, 2545) และการบำบัดทางปัญญาเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในการบำบัดความผิดปกติหลายอาการ ยกตัวอย่างเช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความหวาดกลัว ความเครียด โดยมีความเชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนทำให้มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรม ถ้าบุคคลสามารถแก้ไขความคิดที่บิดเบือนโดยการพิจารณาเหตุผลจะทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Beck, 2008; Beck et al., 1979)

การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการลดภาวะซึมเศร้าและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าซึ่งในการบำบัดสามารถทำได้ทั้งในแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การบำบัดทางปัญญาเป็นการบำบัดอย่างมีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดของผู้รับการรักษา ซึ่ง เบ็ค (Beck, 2006) กล่าวว่า การแก้ไขความคิดซึ่งอยู่ในกระบวนการทางปัญญาสามารถกระทำได้โดยการแทนที่ความคิดนั้นด้วยความคิดทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับที่ วิทยา นาควัชระ (2548) กล่าวว่า ใ่ว่าคนที่มีความคิดทางบวก (positive thinking) เสมอ ๆ แม้จะเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เขาก็จะมองโลกในแง่บวก ทำให้ตนไม่ทุกข์มาก และเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหาคต่อไป สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางปัญญาเป็นการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาทางจิตด้วยการทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยมีความเชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นผลมาจากความคิดที่ไม่เหมาะสม จึงแก้ไขได้ด้วยการทำให้เกิดความคิดที่เหมาะสม ซึ่งการพูดกับตัวเองจัดเป็นวิธีการหนึ่งของการบำบัดทางปัญญาที่ใช้ในการปรับโครงสร้างทางความคิด ซึ่ง

เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่า การบำบัดทางปัญญาจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการบำบัดผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

การพูดกับตัวเอง (self-talk) จัดเป็นรูปแบบการบำบัดทางปัญญาวีหนึ่งที่ใช้ในการปรับโครงสร้างของความคิด เป็นการปรับแต่งความคิดและพฤติกรรม และเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารภายในตัวเองของบุคคล การพูดกับตัวเองเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการประยุกต์เพื่อใช้เป็นทางเลือกเมื่อเกิดการรับรู้ที่บิดเบือนหรือเพื่อปรับระบบความคิด ซึ่งลักษณะความคิดและการพูดกับตัวเองนี้มีพื้นฐานมาจากความเชื่อที่บุคคลมีต่อตัวเอง ดังนั้นความเชื่อเหล่านี้จึงปรับแต่งลักษณะการพูดกับตัวเองได้ นอกจากนี้ ดานิส (Danis, 2007) ได้กล่าวว่า การพูดกับตนเองเป็นยุทธวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ กล่าวคือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้การมองชีวิตและมองอนาคตเกินความเป็นจริง ทำให้รู้สึกสับสน ข้อความที่เกิดขึ้นในความคิดจะเป็นในแง่ลบและสิ้นหวังสำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตซึ่งอาจส่งผลให้มีการประณินเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตบิดเบือนไปจากความเป็นจริง เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990; 2009) กล่าวว่า การนำการพูดกับตนเองทางบวกมาใช้ปรับเปลี่ยนความคิดที่สิ้นหวังจะช่วยให้มองเห็นถึงความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ มีการแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบโดยใช้การพูดกับตัวเองทางบวก ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ และการพูดกับตัวเองยังเป็นการใช้คำพูดโดยการคิดพิจารณาอย่างมีเหตุผล การที่บุคคลได้ฝึกพูดกับตัวเองจะเกิดเรียนรู้ สามารถเผชิญกับปัญหาได้ และช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจตนเอง ซึ่งกระบวนการประกอบด้วยลักษณะคำพูดที่บุคคลใช้พูดกับตัวเองซึ่งเกิดจากความเชื่อความรู้สึก และประสบการณ์ ที่ถูกแปลความหมายเป็นคำพูดและกลายเป็นสิ่งที่บุคคลใช้สนทนากับใจกับตัวเอง และ/หรือ พูดออกเสียงกับตัวเองโดยลักษณะคำพูดเป็นไปในทางสร้างสรรค์ มีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง และเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน ช่วยให้ผู้เกิดเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความหวังต่ออนาคตซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑาทิพย์ ประทินทอง (2551) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำจังหวัดพิจิตร และพบว่าโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นชายได้

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีโปรแกรมที่ใช้ได้ผลที่จะลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพบว่า การบำบัดทางความคิดโดยนำความคิดทางบวกไปใช้พูดกับตนเองในทางบวก เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ และตรงกับปัญหาของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการที่สถานอนามัยชัยภูมิ จากการศึกษาของ เทอเนอร์และคณะ (Turner et al., 2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการพูดกับ

ตัวเองทางบวกเป็นโปรแกรมหนึ่งซึ่งอยู่ในโปรแกรมการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากผลการศึกษาสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและจากการศึกษาของ ราชาวดี เดียวตระกูล (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะ ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการพัฒนาโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดยราชาวดี เดียวตระกูล และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา ซึ่งได้ดัดแปลงใบงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาภักติคุณ (2548) และได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง และยังได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง และผ่านการทดลองใช้กับผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มี ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงโดยทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ราย โดยแบ่งออก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก มีภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลา โปรแกรมดังกล่าว จึงเป็น โปรแกรมที่มี คุณภาพ (Best practice) ที่เหมาะจะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ศึกษาจะใช้กระบวนการเผยแพร่แนวคิดกรรมของโรเจอร์ มี 5 ระยะดังนี้ 1) ระยะให้ ความรู้ (knowledge stage) เริ่มมีความรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรม เห็นคุณประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น 3) ระยะ ตัดสินใจ (decision stage) มีการประเมินคุณลักษณะที่มีอิทธิพลที่จะตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธ นวัตกรรมนั้น 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) นำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติ 5) ระยะ ยืนยันผลหรือระยะประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม (confirmation stage) และตัดสินใจที่จะใช้ ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น และนำมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป (Roger as cited in Burns and Grove, 2005) โดยวัดผลลัพธ์คะแนนซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และวัดความคิดเห็น ในการใช้โปรแกรมของบุคลากร ที่นำโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี ภาวะซึมเศร้ามาใช้ โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน หากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลดี จะได้นำไปประยุกต์ใช้กับงานประจำ หรือมีการนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับ น้อยและระดับปานกลางได้รับการบำบัดที่สถานีนอนมัยชัชจุมพลเกิดการเข้าถึงบริการที่ง่าย สะดวก เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของผู้ป่วย ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ที่เป็น โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างยั่งยืน และเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง และ นำไปสู่การลดปัญหาซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของสถานีนอนมัยชัชจุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า สถานีอนามัยชัยชุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า สถานีอนามัยชัยชุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์

คำถามการศึกษา

1. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า สถานีอนามัยชัยชุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นอย่างไร
2. ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า สถานีอนามัยชัยชุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในเขตสถานีอนามัยชัยชุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก หมายถึง แผนการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการที่ประกอบด้วยลักษณะคำพูดที่บุคคลใช้พูดกับตัวเองซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึก และประสบการณ์ ที่ถูกแปลความหมายเป็นคำพูดและกลายเป็นสิ่งที่บุคคลใช้สนทนากับใจกับตัวเอง และ/หรือพูดออกเสียงกับตัวเองโดยลักษณะคำพูดเป็นไปในทางสร้างสรรค์ มีเหตุผล อยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงและเป็นสิ่งที่ทำได้ในปัจจุบัน ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมีความหวังต่ออนาคต ซึ่งได้สร้างขึ้นโดย ราชวดี เดียวตระกูล และดรรารวรรณ ต๊ะปันตา ได้ดัดแปลงใบงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาจิตติคุณ (2548) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและการพูดกับ

ตัวเองทางบวก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Diseases 10 Code: ICD-10) ที่มารับบริการในสถานอนามัยชัยภูมิพล จังหวัดอุดรดิตถ์ มีภาวะซึมเศร้าโดยมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และพฤติกรรม ประเมินได้โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) ซึ่งแปลโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ถัดดา แสนสีหา, 2536) ที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่สถานอนามัยชัยภูมิพล จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และพฤติกรรม ประเมินได้โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) ซึ่งแปลโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ถัดดา แสนสีหา, 2536)

ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง การประเมินโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มี 5 ด้านดังนี้ 1) ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงาน 2) ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน 3) ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ 4) ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก และ 5) ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ประเมินโดยแบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของ อมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551)