

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 ทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ความหมายภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.4 ผลของภาวะซึมเศร้าที่พบในการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.5 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.6 วิธีการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การพุดกับตนเอง
 - 2.1 ความหมายของการพุดกับตัวเอง
 - 2.2 กระบวนการพุดกับตัวเองทางบวก
 - 2.3 ผลของการพุดกับตัวเองทางบวก
 - 2.4 ผลของการพุดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า
3. การนำโปรแกรมการพุดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 3.1 การเผยแพร่นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์
 - 3.2 โปรแกรมการพุดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่สถานีนานามัยชัยชุมพล

จังหวัดอุดรดิตถ์

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้ามีผู้ให้ไว้หลากหลายทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีดังนี้

เบ็ค (Beck, 1967) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการแสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ร่วมกับความเปราะบางทางด้านการคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งภาวะเสียใจ ท้อแท้เล็กน้อย แต่ดำรงอยู่ในสภาพปกติไปได้จนถึงระดับรุนแรง โดยมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หดหู่ในชีวิต ไร้ความสามารถ มีความคิดในทางลบ จนถึงความคิดฆ่าตัวตายได้ และเบ็ค กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต และเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง โลกและต่ออนาคต อาการแสดงจะมีความแปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้าเสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา เชื่องช้า มีความคิดทางลบต่อตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงและลงโทษตัวเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้าเป็นต้น

เวสต์บรูก, เคนเนอเลย์, และเคิร์ก (Westbrook, Kennerley and Kirk, 2007) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า หดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนุกสนาน เช่น เคยมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของน้ำหนักตัว ความสนใจในเรื่องเพศ แบบแผนการนอนหลับ เปลี่ยนแปลง รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง โทษตนเอง และมีความคิดอยากตาย

องค์การอนามัยโลกหรือ WHO ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกซึ่งอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจ หรือ ความพอใจ ความรู้สึกเสียใจหรือสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป อ่อนเพลีย ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเรื้อรังหรือกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลกระทบให้การดูแลชีวิตประจำวันลดลง และภาวะซึมเศร่ายังนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาถึงปีละ 8,500,000 ล้านบาทต่อปี (World Health Organization [WHO], 2008)

เชสโลว์ (Sheslow, 2008) ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะบุคคลมีอารมณ์เศร้า ความรู้สึกเสียใจ และความรู้สึกผิดหวัง ความโกรธ และเสียใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นช่วงเวลาหนึ่ง หรือเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ จนทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองทางลบ

สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลากหลายซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ดวงใจ กษานติกุล (2545) ให้คำจำกัดความภาวะซึมเศร้าเป็นการเสียสมดุลทางอารมณ์ จะมีอาการ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียหรือมีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีผลกระทบต่ออาชีพการทำงานหรือการเรียน

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) ได้ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์หนึ่งที่พบได้บ่อยเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียหรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ซึ่งมักแสดงออกให้เห็นโดยการร้องไห้ ซึมเฉื่อย คิดวนเวียน ขาดสมาธิ และสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง อาการดังกล่าวหากเป็นต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้นว่า นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพทางการทำงานถดถอย ความสนใจทางเพศน้อยลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ หากยิ่งปล่อยให้ตกอยู่ในภาวะดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ รวมทั้งมองโลกในแง่ร้าย บางคนอาจเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเองได้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด

จากการทบทวนเอกสารที่กล่าวมา สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ร่วมกับความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ที่ชัดเจน เช่น อารมณ์เศร้า โศกเศร้าอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง อาจเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเองได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้ความหมายของภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ เบ็ค (Beck, 1967) ที่กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ซึ่งนำไปสู่ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้สึก โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เนื่องจากบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคต

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้นมีการศึกษาอย่างแพร่หลายมีทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลายทฤษฎี ทั้งเกี่ยวกับสภาวะด้านจิตใจ ด้านชีวภาพ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งมักไม่มีเพียงสาเหตุเดียว ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่ใช้ พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory)

1.1 พันธุกรรม (genetic) ทฤษฎีนี้อธิบายภาวะซึมเศร้าว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะความบกพร่องของพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง พบว่าถ้าบิดาหรือมารดาเป็นภาวะซึมเศร้าทั้งสองคน เด็กจะมีโอกาสป่วยสูงกว่าเด็กปกติถึง 4 เท่าและคู่แฝดไข่ใบเดียวกันมีอัตราการมีภาวะซึมเศร้าด้วยกันทั้งคู่ในอัตราร้อยละ 60-70 (ดวงใจ กษานติกุล, 2545) แต่ถ้าเป็นแฝดจากไข่คนละใบโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 27 (กรมสุขภาพจิต, 2546; สมภพ เรืองตระกูล, 2545) และความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนี้ในญาติที่ห่างออกไป เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย หรือ ลุง ป้า น้า อา จะลดน้อยลง (มานิช หล่อตระกูล, 2545)

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory of depression) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมองซึ่งจากผลการศึกษาของผู้วิจัยหลายคนมีความเห็นตรงกันว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองโดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ในสมองหลายชนิด ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติของสารสื่อประสาท อาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น มีการตายของเนื้อสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลงกว่าปกติ ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือจากการใช้สารเสพติด ดังนั้นจึงเชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น สารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามี 2 ชนิด คือ ซีโรโตนิน (serotonin) และ นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งการหลั่งของสารซีโรโตนินที่ลดลงทำให้การควบคุมการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายลดลง เช่น การนอนหลับ ความต้องการทางเพศและความอยากอาหารลดลงหงุดหงิดง่าย ถ้าการหลั่งของนอร์อีพิเนฟรินลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ สมาธิ และความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ ระบบของโดปามีน อะซีติลโคลีน และแกมมาอะมิโนบิวทิริกแอซิด ก็เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอีกด้วย อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของจำนวนสารสื่อประสาทที่ลดลง (ธณินทร์ กองสุข, 2550)

1.3 ระบบฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (neurophysiology) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติในการทำงานจากต่อมไร้ท่อมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า การหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น การหลั่งลูทีไนซิงฮอร์โมน (luteinizing hormone) ลดลง และความผิดปกติของการหลั่งวาโซเพรสซิน (vasopressin) และคัลซิโตนิน (calcitonin) ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1.4 ความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงของระดับชีวเคมีในร่างกาย หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียม และโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วงเช้าตรู่ และมีอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ (อพรพรณ ถิ่นบุญธวัชชัย, 2549)

2. ทฤษฎีทางด้านประสาทวิทยา (Neurological theory)

จากการศึกษาพบว่า การมีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ที่ผิดปกติเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าทางจิตใจได้ (Beck, 1967) เนื่องจากพบว่า ไฮโปทาลามัสเป็นศูนย์กลางควบคุมระบบต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine axis) ไฮโปทาลามัสจะรับกระแสประสาทจากระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์กลางอารมณ์ ระบบลิมบิกจะทำให้มีการปล่อยสารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ตามสภาพของจิตใจในขณะนั้น (ชรณินทร์ กองสุข, 2550)

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory)

จากการศึกษาด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมของมนุษย์พบว่า ร่างกายและจิตใจทำงานสัมพันธ์กัน เช่น เมื่อมีการสูญเสีย การไม่สามารถบรรลุความคาดหวัง การที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัญหาจะเกิดความเครียด ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทเมื่อการปรับตัวล้มเหลวจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ชรณินทร์ กองสุข, 2550) ซึ่งมีทฤษฎีทางจิตวิทยาที่กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากการตอบสนองต่อการสูญเสียในความเป็นจริงหรือการสูญเสียในมโนภาพ (real of fantasy) โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่ตนเองรัก ซึ่งการสูญเสียนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกันระหว่างความรู้สึกโกรธและความรู้สึกโศก แต่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกมาได้ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกปฏิเสธจึงหันความโกรธนั้นเข้าหาตนเอง (anger turn inward) บุคคลจึงเลือกใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (introjection) ทำให้บุคคลแปลความรู้สึกสูญเสียเป็นการถูกปฏิเสธ เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกไร้ที่พึ่ง ซึ่งการรับรู้ต่อความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud as cited in Vedebeck, 2001)

3.2 ทฤษฎีเอ็กซิสเทนเชียล (Existential theory)

แนวคิดนี้เชื่อว่าพฤติกรรมแปรปรวนมีสาเหตุจากการที่บุคคลไม่รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา มีผลทำให้เขาสร้างข้อห้าม ข้อจำกัดให้กับตนเอง ซึ่งบุคคลที่ไม่รู้จักตนเองจะตกอยู่ในภาวะสิ้นหวังหรืออับจนปัญญา เศร้า เป่ล่าเปลี่ยว (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ไม่ประสบความสำเร็จในสิ่งต่าง ๆ และไม่สนใจอยากจะทำกิจกรรมใด ๆ (Beck, 1967)

3.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้ามี 2 ทฤษฎีย่อยคือ (ชรินทร์ กองสุข, 2550)

- 1) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากขาดแรงเสริม หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไปหรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรม ซึ่งเหตุการณ์นี้ทำให้เกิดอาการเบื่อ ไม่ร่าเริงผิดหวัง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจะเริ่มลดน้อยลง
- 2) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพเช่นนั้น หมดหนทางแล้วซึ่งจะแสดงออกโดยการอยู่เฉย ๆ และทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง มีความรู้สึกจำยอมไม่สู้ไม่พ่ายแพ้ไม่เป็นปรีดิ์ แต่กำหนดตัวเองอยู่เสมอ จึงมีพฤติกรรมแบบยอมรับ ไม่พยายามสู้ พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งรอบตัวที่ไม่ดีหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ อาจทำให้ขาดแรงจูงใจ เฉยชา และซึมเศร้าได้

3.4 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) โดย เบ็ค (Beck, 1967) ได้พัฒนามาจากแนวคิด

ทฤษฎีปัญญานิยม โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) และเชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยแรกเกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต ปัจจัยที่สองคือ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก ต่ออนาคต ซึ่งความคิดทางด้านลบนี้จะเกิดขึ้นเมื่อถูกกระตุ้นโดยความเครียด ซึ่งเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) ได้อธิบายภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ การมีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) และความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors) นอกจากเกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการดังกล่าวแล้ว ยังได้อธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจากการได้รับประสบการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต และการมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง โลกหรือสิ่งแวดล้อม และอนาคต โดยบุคคลจะประมวลเรื่องราวและสร้างโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับตัวเอง โลกหรือสิ่งแวดล้อม และอนาคตจากการได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต การสร้างโครงสร้างทางความคิดนี้จะมีผลต่อการรับรู้ การแปลความ และการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีประสบการณ์ในชีวิตที่ไม่ดีและไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา ไม่สามารถปรับตัวได้และคิดว่าไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะแก้ไขปัญหาได้จากการเกิดภาวะวิกฤตชีวิตที่ซ้ำ ๆ จึงมีผลต่อเนื่องให้บุคคลมีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดและ

บิดเบือนไปจากความเป็นจริง เกิดการเสียดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิดส่งผลให้มีการพัฒนาโครงสร้างทางความคิดที่ผิดพลาดยังผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า มีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ได้แก่ สาเหตุทางด้านชีววิทยา ด้านประสาทวิทยาและทางด้านจิตวิทยา หรือหลายสาเหตุรวมกัน โดยแต่ละสาเหตุจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายที่จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยอาการซึมเศร้าที่แสดงอาการต่าง ๆ ตามความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดและอารมณ์

อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1967, Beck et al., 1979) กล่าวว่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีอาการแสดงออกในด้านต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมโดยได้แบ่งระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ คือไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือภาวะอารมณ์ปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือภาวะอารมณ์ปกติ อาการแสดงอารมณ์ทั่วไปเป็นปกติ ด้านความคิดรับรู้ตามความเป็นจริง

2. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) มีความคิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น ดำเนินตนเอง ทนไม่ได้กับความผิดพลาดของตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตัวเอง มีอารมณ์ไม่แจ่มใส มีอารมณ์เศร้าเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวัน เหนงชั่วคราว บางเวลา มีความรู้สึกผิดหวังในตนเอง มีความกระตือรือร้นในการทำงานต่าง ๆ ลดลง การนอนหลับยาก เหนื่อยง่าย ความอยากอาหารลดลง ความต้องการทางเพศลดลง มีความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) ในระยะนี้อาการจะมีความรุนแรงขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่าง ๆ ต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์ ความสนใจตนเองและรอบข้างลดน้อยลง เบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา กล่าวโทษตัวเอง ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล มักคิดว่าตนเองล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตัวเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตน ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย ไม่อยากรับประทานอาหารหรือดื่มรับประทานอาหารไปเลย นอนหลับไม่สนิท หรือตื่นเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง มีความต้องการที่จะตายบ่อยครั้ง มีความพยายามฆ่าตัวตาย

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มักมีอาการรุนแรงตลอดเวลา รู้สึกเป็นทุกข์ หดหวนว สูดุเสียคุณค่าในตัวเอง เช่น เป็นคนไร้ค่า เป็นที่รังเกียจของสังคม น้ำหนักลด

นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อย จนไม่มีเรี่ยวแรงจะทำกิจกรรมใด ๆ ได้ทั้งสิ้น ไม่มีความต้องการทางเพศ ตัดสินใจอะไรไม่ได้ หดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ต้องพึ่งพาผู้อื่น แทบไม่มีการเคลื่อนไหว อาจกระวนกระวายไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่มีอาการและอาการแสดงออกโดยความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม และมีระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal depression) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) และ ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) จนมีอาการทางจิตได้ ถ้าอาการและอาการแสดงรุนแรงมากขึ้น ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้นตามมา

เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินได้หลาย ๆ วิธี ยอนเกอร์และแซมสัน (Yonkers and Samson, 2000) ได้แบ่งประเภทของการประเมินภาวะซึมเศร้าไว้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

ประเภทแรก เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้การสัมภาษณ์และการสังเกต (interviewer and observer rated scale)

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Depression Rating Scale) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 โดยแฮมิลตัน (Hamilton, 1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ซึ่งมีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะแรก ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ คำถามที่ใช้ถามเน้นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทางจิตเวชเป็นหลัก โดยแบบสอบถามจะถามถึงความรู้สึกผิด ความตั้งใจจะฆ่าตัวตาย การนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและอาการอื่น ๆ ของภาวะซึมเศร้าข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ผู้ที่ใช้แบบประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้รับการประเมิน และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้เหมาะสม

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบิร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS]) สร้างขึ้นโดย มอนท์โกเมอรี และแอสเบิร์ก (Montgomery and Asberg, 1979) แบบประเมินนี้ได้รับการออกแบบให้ง่ายและสั้น เพื่อสามารถประเมินได้รวดเร็วในการดูแลการเปลี่ยนแปลงอาการซึมเศร้าได้ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ผู้ประเมินเป็นทีมงานจิตเวชหรือนักสุขภาพอื่น ๆ โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชมาก่อน แบบประเมินนี้มีข้อจำกัดคือ จะต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตสภาพจิตใจร่วมกันเพื่อให้ได้ผลที่สมบูรณ์

ประเภทที่สอง ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง (self report) ซึ่งนิยมนำมาใช้แพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากการประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ ซึ่งมีตัวอย่างของการประเมินดังนี้

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale) แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นในปี 1965 โดยซุง (Zung, 1965) เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการเจ็บป่วยทั้งหมด เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ ซึ่งเครื่องมือมีทั้งหมด 20 คำถาม โดยมีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) สร้างขึ้นในปี 1977 โดยเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับความรู้สึกละเลยและพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านการรู้คิด (cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (affect feelings) ด้านพฤติกรรม (behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic disturbance) ที่เกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม มีตั้งแต่ 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่มีความสะดวก ประหยัดเวลาและง่ายต่อการแปลผล แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น (Weissma, Sholomskas, Pottenger, Prusoff and Locke อ้างใน อัญชลี นัตรแก้ว, 2546)

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น (Children's Depression Inventory [CDI]) ที่สร้างโดย โควาคส์ (Kovacs, 1985) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI ของ เบ็ค แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น โดยมีเบ็คร่วมสร้างในตอนแรก และพัฒนาต่อมาโดยอยู่บนพื้นฐานในการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยเน้นการประเมินด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม ตามทฤษฎีปัญญานิยมของเบ็คใช้ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-17 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-54 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 15 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) สร้างขึ้นโดย เบ็คและคณะ (Beck et al, 1967) ประกอบด้วย ข้อคำถามตอบด้วยตนเอง 21 ข้อ เป็นแบบวัดประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปกติ จนถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีการพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแล

ทางด้านร่างกายจนกระทั่งได้เห็นมุมมองของภาวะซึมเศร้าในจิตใจแทนที่จะให้สิ่งเหล่านี้ฝังลึกในความคิดของบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ ออกแบบสำหรับอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป และอาการที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีความสิ้นหวัง ท้อถอย อาการหงุดหงิด การรับรู้ความรู้สึกที่ต้องถูกลดโทษที่สุด อาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เหนื่อยล้า น้ำหนักลดลง และความรู้สึกทางเพศลดลง จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.84 แบบประเมินนี้ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยอย่างแพร่หลายจำนวนมาก เบ็ค ได้แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็น 4 ระดับคือ 0-9 คะแนน ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ 10-16 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 17-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ในปี 1996 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 2 และออกเป็นฉบับใหม่โดยใช้ชื่อว่า (Beck Depression Inventory-II [BDI-II]) โดยมีการปรับปรุงเนื้อหาของคำถาม และระยะเวลาของอาการซึมเศร้าที่แสดงออกเป็น 2 สัปดาห์โดยใช้แนวทางตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.80-0.92 แบบประเมินนี้ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นิยมใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยกันมาก แต่มีข้อจำกัดที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลในช่วงอายุที่แตกต่างกันมากและมีปัญหาในเรื่องของลิขสิทธิ์

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI-IA]) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) เนื่องจากผู้ศึกษาพิจารณาว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง เนื่องจากภาวะซึมเศร้านั้นขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเป็นส่วนใหญ่และสังเกตโดยบุคคลอื่นได้ยาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความคิดของตนเองได้นอกจากนี้แบบประเมินนี้ยังมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.84 และมีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ สำหรับฉบับภาษาไทย ได้นำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นดังต่อไปนี้ ขวัญจิต มหาคิตดิคุณ (2548) ทดลองใช้ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 10 ราย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ ราชวดี เดี่ยวตระกูล (2553) ทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ราย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 นอกจากนี้ยังไม่มีปัญหาในการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรม และมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดของการเกิดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ฉะนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้

ความหมายภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความหมายของภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน มีผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานแบบประคับประคอง และการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่อยู่ได้และเพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น (Curtin and Lubkin as cited in Lubkin and Latsen, 2009)

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยที่มีระยะการเจ็บป่วยยาวนานและกลับเป็นซ้ำอีกบ่อย ๆ การดำเนินของโรคและสาเหตุ สามารถทำให้โรคคงอยู่นานโดยปกติจะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า 3 เดือน (Wikipedia, 2009)

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยที่ระยะการเจ็บป่วยยาวนานและการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ และอัมพาต โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (WHO, 2009)

ในประเทศไทย มีผู้ให้ความหมายของภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้แตกต่างกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้นิยามไว้ 2 แบบ คือ

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่จะไม่มีสาเหตุที่แน่นอน มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะเวลาพักตัวของโรครวมถึงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนาน ไม่ติดต่อโดยทางสัมผัส สามารถทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานที่ผิดปกติของร่างกายและรักษาไม่หาย

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกายเป็นภาวะที่เป็นอย่างถาวร ทำให้เกิดความพิการ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะนี้ต้องการการกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวสำหรับภาวะนี้ นอกจากนั้นยังต้องการรักษาติดตามดูแลในระยะยาว รวมทั้งโรคประจำตัวที่สามารถรักษาหายได้ แต่ถ้ารักษาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน แล้วยังไม่หาย ยังต้องรักษาต่อไปให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง

วิรัตน์ ทองรอด (2550) ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง บุคคลที่มีภาวะเมื่อเริ่มเป็นแล้วมักไม่หายขาดจะต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายรุนแรงได้

จากความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยรักษาไม่หายขาด ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ต้องการการฟื้นฟูและต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแล

รักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป โดยองค์การอนามัยโลก (2009) ได้กำหนดโรคเรื้อรังไว้ ดังนี้คือ โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์และอัมพาต โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะถือเอาโรคเรื้อรัง 2 โรคที่มีจำนวนการเจ็บป่วยสูงสุด คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มากล่าวพอสังเขป ภายใต้เนื้อหาของความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาดังนี้

1. โรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง โดยมีการตรวจพบระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) อย่างน้อย 2 ครั้งในวันที่ต่างกัน หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ไม่เจาะจงเวลามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับการมีอาการสำคัญของโรคเบาหวานร่วมด้วย เช่น ปัสสาวะบ่อยมาก และกระหายน้ำบ่อย หรือน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน

เทพ หิมะทองคำ และคณะ (2548) กล่าวว่า โรคเบาหวานสืบทอดทางพันธุกรรมได้ แต่ก็ยังเป็นเพียงหนึ่งในหลาย ๆ ปัจจัยเท่านั้น ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานได้อีกหลายประการ ดังนี้

1. ความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนจะมีระดับอินซูลินในเลือดสูง แต่จำนวนตัวรับอินซูลิน (insulin receptor) ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้อินซูลินที่หลั่งออกฤทธิ์ไม่ได้ เซลล์จึงต้องทำงานมากขึ้นเพื่อผลิตอินซูลินให้มากขึ้นจนเสื่อมสมรรถภาพและในที่สุดไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ จึงทำให้เป็นโรคเบาหวาน
2. สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลงในขณะที่ได้รับน้ำตาลเท่าเดิม จึงมีน้ำตาลส่วนเกินในกระแสเลือด
3. ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามากเกินไป หรือตับอ่อนบอบช้ำจากการประสบอุบัติเหตุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาตับอ่อนบางส่วนออก สำหรับในคนที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรคเบาหวานอยู่แล้วปัจจัยดังกล่าวนี้ทำให้อาการของโรคเบาหวานแสดงออกเร็วขึ้น
4. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน เคยมีรายงานว่าเด็กอายุ 10 ปี เกิดเป็นโรคเบาหวานอย่างกะทันหันและเสียชีวิตหลังจากมีอาการเหมือนกับเป็นไข้หวัดใหญ่มาก่อนจากการ

ตรวจดื่บอ่บพบว่ สำนรตพษเชือวไร้สจกนื้อเยือบคของดื่บอ่บได้ เมือทคลงนึควไร้สจกนึคนี้ ้ช้ปในดัวหนูปบว่ วไร้สจกนึคนี้ท้ห้หนึเป็นโรคเบหหวนได้

5. ยบษจกนึค เช่น ยชบปัสสวษ ยคุมก้ณคค โดยยหล่ำนึ จะปคต้อด้นการออกฤทธีของฮอ์โมนอินซูลิน ท้ห้ระค้บ่น้ตลในเลือคสูงได้

6. การต้งครรท้ เนื่องจกฮอ์โมนหลษจกนึคท้รคส้งเกรษห้จึ้นมึผลย้บย้งการท้งงานของอินซูลิน

7. ความเครียค ท้งทงร้งกยและจิตใจ อย่างร่นร่งยวณน มึผลต้อฮอ์โมนท้เกือวกับการใช้คาร์โบไฮเครตและอินซูลินท้สร้งจึ้น จึ้นมึผลห้ระค้บ่น้ตลในเลือคสูงจึ้นได้ เป็นสเหตุท้ห้เกือการลค Glucose Tolerance ท้ห้เกือเบหหวนเร้วจึ้น

8. ขาคการออกก้ล้งกย จะมึผลท้ห้จ้งนวนอินซูลินรีเชปเคอ์รคค่น้อยลง ท้ห้อินซูลินท้งงานได้มึดีท้ห้เคม

9. การเปลือยนเปล่งของวธีจีวิต เช่น การเปลือยนเปล่งความเป็นอยู่อย่างวธีจีวิตสมัยใหม่ ควณนิยมในการรับประทณอาหารท้เปลือยนเปล่งไป

อการแสดงของโรคเบหหวน

อการและอการแสดงของโรคเกือจึ้นเนื่องจการะค้บ่น้ตลในเลือคสูงกว่ปกติ อการแสดงท้ส้คัญมึ 4 ประการ ได้แก่ (ภวณ กิริตยุดวงศ้, 2544)

1. ถ่ยปัสสวษจ้งนวมก (polyuria) เมือระค้บ่น้ตลในเลือคสูงจนเกือจิดจ้กคของไคจะรับได้ (ปกติประมณ 160-180 มิลลิกรัมเปอร์เซนค้) ร้งกยจะชบ่น้ตลออกทงปัสสวษท้ห้เกือแรงคันออสโมติก (osmotic pressure) ของปัสสวษสูงจึ้น ทอไคจึ้นมึสำนรตคุดชึมน้กลบ้ช้สู่ร้งกยได้ ผู้ป่วยจึ้นถ่ยปัสสวษออกมและบอยคร้ง

2. ค้มน้มก (polydipsia) เนื่องจการ้งกยเลือน้ทงปัสสวษจ้งนวมก ศูนย์ควคุมการกระหายน้ จะถูกกระตุ้นท้ห้รู้สึกระหายน้มก จึ้นต้อค้มน้บอยและจ้งนวมก

3. รับประทณอาหารจุ (polyphagia) เนื่องจการ้งกยมึสำนรตน้ตลมาช้ได้ อย่างปกติ จึ้นมึการสลาเยอเนือเยือส่วต้ง ๆ มาช้ จึ้นท้ห้มึสภวการณ้ขาคอาหารเกือจึ้นเพือชคเชยค่อวษนี้ ผู้ป่วยจึ้นมึอการหิวบอย รับประทณอาหารมก ค่น้ห้กค

4. น้หนักลค (weight loss) เมือเซลล้มึสำนรตน้กลูคอสไปช้เป็นพล้งงานได้ มึผลห้ร้งกยสลาเยไขม้นและโปรตีนท้เกือสสมไวม้ช้เป็นพล้งงานแทน จึ้นเกือการสูญเสือนื้อเยือร่วกับวษท้ร้งกยขาคน้ จึ้นท้ห้น้หนักดัวลคลงอย่างร่วเร้ว

การรักษาโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ การควบคุมและรักษาโรคเบาหวานให้ได้ผลดีจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติและผู้ใกล้ชิดในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามแนวทางดังต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร ที่ถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพ รับประทานอาหารให้ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนอย่างสมดุล และควรมีการควบคุมจำนวนแคลอรีของอาหารที่ควรได้รับในภาวะปกติ โดยเป็นแคลอรีจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-60 จากไขมัน ร้อยละ 20-30 และจากโปรตีนร้อยละ 10-20 (Smeltzer and Bare, 2000 อ้างใน จิราพร กันบุญ, 2547) ทั้งนี้การคำนวณพลังงานที่ได้รับต้องประเมินจากดัชนีมวลกายของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินลักษณะการใช้แรงงานประจำวันว่ามีการใช้แรงงานอยู่ในระดับใด น้อย ปานกลาง หรือมาก

2. การออกกำลังกาย มีประโยชน์ในการรักษาโรคเบาหวานร่วมกับวิธีการอื่น ๆ เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หรือการฉีดอินซูลิน ผลของการออกกำลังกายมีความซับซ้อนและขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจในอดีตเคยออกกำลังกายสม่ำเสมอหรือไม่ และระดับการควบคุมเบาหวานก่อนการออกกำลังกาย ประโยชน์ที่ได้จากการออกกำลังกายมีหลายประการ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต การเพิ่มสมรรถนะของหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจึงควรรู้จักเลือกชนิดและปริมาณการออกกำลังกายให้เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้ (วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์, 2546)

3. การรักษาด้วยยา การรักษาเบาหวานเบื้องต้นใช้การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ถ้ายังไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย ก็จะพิจารณาใช้ยาร่วมด้วย (Kendall, 2005) ซึ่งมี 2 ชนิด คือ ยาเม็ดและยาฉีดอินซูลิน

ภาวะแทรกซ้อน

ซัลลิต รัตสาร (2546) ได้แบ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 2 ชนิด คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาทันที่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะคีโตนในเลือดสูง (diabetic ketoacidosis) ภาวะหมดสติจากระดับกลูโคสในเลือดสูงและเข้มข้น (hyperglycemia hyperosmolar non-ketotic coma) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน และการควบคุมโรคไม่ดีก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และมีปัญหาแทรกซ้อนของอวัยวะอื่น ๆ

ตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนของตา ภาวะแทรกซ้อนของไต ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบภูมิคุ้มกันและภาวะแทรกซ้อนของทางเดินปัสสาวะ

2. โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee-VII [JNC VII], 2003) โดยการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงเวลาที่ห่างกัน 3-5 นาที เป็นอย่างน้อย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2545) ได้แบ่งสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไว้ 2 ประเภท เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรค คือ

1. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (primary หรือ essential hypertension) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 90 จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุแต่เชื่อว่าเกิดจากสาเหตุหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านพันธุกรรม เพศ อายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งจำทำให้หลอดเลือดมีความเสื่อมขึ้นตามวัย (Groer, 2001) และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ปริมาณเกลือที่ร่างกายได้รับเข้าไป ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความเครียด เป็นต้น

2. ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากโรคไตและความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคพิษแห่งครรภ์ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท การได้รับยาชนิด ความเครียดอย่างเฉียบพลัน เช่น ภาวะหลังผ่าตัดการได้รับบาดเจ็บจากแผลไฟไหม้ เป็นต้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปเมื่อได้ทำการแก้ไข

อาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมอาจพบอาการ เช่น ปวดศีรษะ โดยทั่วไปจะปวดตึงบริเวณท้ายทอย คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ตาพร่ามัว ไมเกรน เลือดกำเดาไหล เวียนศีรษะ ใจสั่น (วิไล พัววิไล, 2550; สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2551)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ไต ตา การรักษา และการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยทั่วไปประกอบด้วย 2 วิธีคือ

1. วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การงดรับประทานอาหารเค็ม การเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาด การลดน้ำหนักอย่างจริงจังในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและการหยุดดื่มสุรา หรือจำกัดปริมาณการดื่ม การควบคุมระดับความดันให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติ เพื่อช่วยไม่ให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อน (วิลโลว์, 2550; วีรบุรุษรอบสันติสุข, 2548; สุรเกียรติ์ อาษานุกาญ, 2551)

2. การใช้ยาลดความดันโลหิต แพทย์มักใช้ยาลดความดันหลายชนิดร่วมกันมากกว่า 2 ชนิด ในการช่วยลดความดันโลหิตให้ลงไปถึงเป้าหมาย การใช้ยาหลายชนิดร่วมกันจะช่วยเสริมฤทธิ์ลดความดันโลหิตซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พบแพทย์ตามนัดไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงได้ (วิลโลว์, 2550; วีรบุรุษรอบสันติสุข, 2548)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ โรคหัวใจโต โรคหลอดเลือดสมองตีบ เนื้อสมองตายหรือมีเลือดออก เกิดอัมพาตได้ การทำงานของไตเสื่อมลงเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและเสียชีวิตได้ (สุรเกียรติ์ อาษานุกาญ, 2551)

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พิเชฐ อุดมรัตน์ (2547) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีโรคทางกายหลายโรคสามารถทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งแพทย์ต้องระวังให้การรักษาควบคู่กันไปกับโรคทางกาย โรคหรือยาบางชนิดก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบ ไทรอยด์ โลหิตจาง เบาหวาน ยาคุมกำเนิด โรคหัวใจ หรือยาลดความดันโลหิตบางชนิด

1. เพศ พบว่า ในเรื่องสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายซึ่งเกิดจากภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2550)

2. สภาพความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิต พบว่า ในคนที่เป็โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานสองเท่า (The Global Diabetes Community, 2006)

3. ภาวะที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เป็นการสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนเองซึ่งไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น

ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง และผู้ที่รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง จะเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกโกรธตัวเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด (Parent and Whall, 1984)

4. ระยะเวลา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง จะมีโอกาสเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ 3-4 เท่า การป่วยเป็นโรคติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้เขาเหล่านั้นมีช่วงเวลาของชีวิตสั้นลง (Devlin, 2008)

5. ความเครียดจากโรคที่เป็น และอาจมาจากผลจากการสันดาปจากโรคเบาหวาน และสารสื่อประสาทในสมอง (National institute of mental health, 2008)

6. จากการที่ต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ เพราะต้องใช้กำลังกายและกำลังใจอย่างมากในการที่ต้องเผชิญกับโรค การที่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับระบบที่ซับซ้อนของกิจกรรมที่ต้องทำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและทางการแพทย์ การที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การทำงาน กลัว กังวลเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำหรือภาวะคีโตแอซิโดซิส (ketoacidosis) เส้นประสาทถูกทำลาย การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ความเครียดระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อาจทำให้รู้สึกผิดหวัง ภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากความต้องการแพทย์ (Devlin, 2008)

7. การปรับเปลี่ยนบทบาท จากบทบาทใหม่ที่ต้องเรียนรู้ได้แก่ บทบาทของผู้ที่ต้องพึ่งพาคนอื่น บทบาทของผู้ดูแลตนเอง และบทบาทของผู้รับบริการในระบบบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ดังกล่าว ผู้ป่วยยังต้องต่อสู้กับความโศกเศร้าจากการสูญเสียบทบาทเดิมที่สำคัญคุณค่าตนเองไป เช่น บทบาทบิดา มารดา (ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรเช่นเดิมได้) บทบาทด้านการงาน (ต้องออกจากตำแหน่งผู้จัดการหรือหัวหน้างาน) สิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและต้องเผชิญกับความเครียดอย่างต่อเนื่องจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Miller, 1992)

8. จากการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งยาลดความดันโลหิตสูงมีหลายกลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากยาลดความดันโลหิตกลุ่มนี้มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง จึงอาจรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีโอรามีน (catecholamines) ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึมเศร้าได้ (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) เช่น ยาริเซอ์ปรีน (reserpine) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมาก มักมีอาการรุนแรงในตอนเช้า ร่วมกับอาการโรคจิต นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น การเคลื่อนไหวช้าลง เชื่องซึมหรือกระสับกระส่าย (Zelnik, 1987) โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับขนาดยาที่ให้ หากให้ยาในปริมาณที่สูงกว่า 0.5 มก. ต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยปกติแล้วมักพบภาวะซึมเศร้า

หลังจากใช้ยาริเซอ์ปรีน (reserpine) นาน 4-6 เดือน (Ganzini, Walsh and Millar, 1993) สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วย เมทรวโดปา (methyldopa) ประมาณร้อยละ 10 มีโอกาสป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10 ที่ไม่รุนแรงหรือมีความรุนแรงปานกลาง แต่ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 7 จะกลายเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง อีกการศึกษาหนึ่งพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าจากการใช้ เมทรวโดปา ประมาณร้อยละ 3.6 โดยผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรวดเร็ว ภายในไม่กี่วันหลังจากเริ่มใช้ยาและอาการจะดีขึ้นจะดีขึ้นภายในไม่กี่สัปดาห์หลังจากหยุดใช้ยา (Paykel, Flemenger and Watson, 1982)

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลของภาวะซึมเศร้าที่พบในการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยมากในโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม (Moussavi and Chatterji, 2008) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสามารถทำให้ภาวะเจ็บป่วยในโรคเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการปวด ความพิการ อาการอ่อนเพลีย และคุณค่าในตนเองลดลง ([http://www.living with cerebralpalsy.com/depression.php](http://www.livingwithcerebralspalsy.com/depression.php), วันที่ 12 มกราคม 2554) สัมบามนตรี (Sambamoorthi, 2007) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วมกับโรคเรื้อรังทางกาย ที่เป็นสาเหตุทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่ลง ได้แก่ คุณภาพชีวิตลดลง ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุการตายระหว่างการพักรักษาของโรคหัวใจขาดเลือด เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว สมาคมโรคเรื้อรังของอเมริกา กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตชนิดหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการทำให้ผู้ป่วยทางกายต้องนอนโรงพยาบาลนาน ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการแย่ลงยาวนานกว่าปกติ ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานมีอาการทรุดลง เนื่องจากผู้ป่วยไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีนิสัยทำร้ายตนเอง โดยการสูบบุหรี่หรืออื่น ๆ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังทำให้ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อมีปัญหา และมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (<http://www.chronicdisease.org/i4a/pages/Index.cfm?pageID=3519>, วันที่ 12 มกราคม 2554) ซึ่งในการศึกษานี้ขอกล่าวถึงผลกระทบภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านร่างกาย

1. ทำให้มีอาการปวดศีรษะ มีปัญหาในเรื่องของการนอน นอนหลับ ปวดตามข้อ (Alby, 2008)
2. ในคนที่เป็โรคความดันสูงนั้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าปกติได้ (Reiff, 2001)
3. คนที่เป็นโรคเบาหวานจะทำให้ไม่สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Rush, Whitebird and Rush, 2008)
4. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาของแพทย์ (Phipps, 1999)
5. ในหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนแล้ว พบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้อาการในวัยหมดประจำเดือนเลวร้ายมากยิ่งขึ้น เนื่องจากทำให้ประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดเกิดการขยายมากยิ่งขึ้น (Reed, Ludman, Newton and et al, 2009)
6. ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง (Neill, 2008)

ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียด ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ที่รุนแรงขึ้นได้ ซึ่งผลกระทบของภาวะ การเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความเครียดและความวิตกกังวลสูง การสูญเสียพลังอำนาจ ความโกรธรวมถึงภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่ และภาพลักษณ์ เกิดความท้อถอย ไร้สมรรถภาพ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่ครอบครัวและลูกหลาน ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน เครียดต้องปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (อัมพรพรรณ ชีรานูตร, เพลินดา ศิริปการ และอำพน นวลโคกสูง, 2544)
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานตลอดชีวิต การมีข้อจำกัดในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอึดอัด วิตกกังวล ส่งผลต่อความเครียด และมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002; Schiffirin, 2001)
3. เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นผลทางลบที่เกิดจากการปรับตัวของผู้ป่วย (ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547)
4. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายสูงขึ้น (Neill, 2008)

ผลกระทบด้านครอบครัว

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้สุขภาพของสมาชิกครอบครัวทรุดโทรม จากการที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ขาดการดูแลตนเอง การพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด อาการซึมเศร้า และอ่อนล้า ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป ต้องมีการปรับบทบาทของครอบครัวให้เหมาะสม กิจกรรมที่เคยทำปกติถูกจำกัดให้น้อยลง (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว จากการที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้การดำเนินชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Darr, 2008) และโพมีแรนท์ (Pomerantz, 2005) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

1. กระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศสหราชอาณาจักร พบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี 2000 ถึง 9 พันล้านบาท (Neill, 2008) จากลักษณะภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด การทำงาน ครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ (Rush, 2008)

2. เมื่อผู้ป่วยทางกายมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเพราะภาวะซึมเศร้าทำให้โรคทางกายกำเริบ หรือปัญหาภาวะแทรกซ้อน จึงต้องส่งตรวจเพิ่มพิเศษเพื่อค้นหาสาเหตุ หากรักษาแบบผู้ป่วยใน อาจต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ ส่วนกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอกก็มักเข้ารับการตรวจบ่อยเกินจำเป็น (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551)

ผลกระทบด้านสังคม

จากลักษณะการเจ็บป่วยด้วยภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ความพิการ และแบบแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ ฐานะทางเศรษฐกิจลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องลดบทบาทตนเองในครอบครัวและสังคม ไม่สามารถทำตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวได้ เช่น ในฐานะสามี ภรรยา บิดาหรือมารดา นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถเข้าสังคมได้ตามปกติ ทำให้ปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง (Biordi as cited in Lubkin and Larsen, 2000)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของครอบครัว องค์กร และประเทศชาติ

ผลกระทบของภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อทราบว่าตนเองเจ็บป่วยจะทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้เสียกำลังใจ ยิ่งเมื่อเวลาผ่านไปยิ่งจะรู้สึกเบื่อหน่ายเพิ่มขึ้นรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง คิดว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว จะกังวลเรื่องการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่าย ฯลฯ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกอึดอัดกับตัวเอง และสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไป และเนื่องจากแบบแผนการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป (<http://gotoknow.org/blog/kapoomr2r/>, วันที่ 18 มกราคม 2554) มีรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ ภาวะซึ่มเศร้าและเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้าร่วมด้วยจะทำให้อาการของเบาหวานเกิดบ่อยขึ้นมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึ่มเศร้า สำหรับอาการที่พบบ่อย ได้แก่ นอนมาก รู้สึกกลัว กังวล ตาพร่ามัว ตามลำดับ (Ludman et al., 2004)

สมาคมโรคเรื้อรังของอเมริกา กล่าวไว้ว่า ภาวะซึ่มเศร้าเป็นภาวะเสี่ยงที่เกิดมากที่สุด ในผู้ป่วยเบาหวาน การรักษาภาวะซึ่มเศร้าจะสามารถช่วยจัดการอาการแสดงของทั้งสองโรค ซึ่งทำ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากมีรายงานการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าภาวะซึ่มเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานสามารถไปรบกวนประสิทธิภาพการดูแลโรคเบาหวาน และสามารถทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อนแย่ลงมากกว่าเดิม ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการและเสียชีวิตในเวลาต่อมา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ (<http://www.chronicdisease.org/i4a/pages/Index.cfm?pageID=3519>) เช่นเดียวกับ เอตัน (Eaton, 2002) กล่าวไว้ว่า ภาวะซึ่มเศร้าในเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำงาน การควบคุมพฤติกรรม การออกกำลังกาย แม้กระทั่งการดูแลผิวหนังของตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระบบภูมิคุ้มกันการเดินของหัวใจไม่ปกติ ขณะที่ รีเลย์, แมคเอนทรี, เจอร์สัน และเดนนิสัน (Riley, Mc Entee, Gerson and Dennison, 2009) กล่าวว่า ภาวะซึ่มเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การคุมระดับน้ำตาล ทำให้มีอาการเบาหวานเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน และเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เกิดความพิการ สูญเสียการทำงานที่ทั้งร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตต่ำลง และเกิดผลกระทบต่อการ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะซึ่มเศร้า เช่นเดียวกับ ลินและคณะ (Lin et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้า จะไม่สามารถจัดการกิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่สนใจควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกาย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

โพลอนสกี (Polonsky, 1999) ได้ศึกษาผลกระทบการศึกษาประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด โดยการลดภาวะซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะซึ่มเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับ ฮีโมโกลิน เอวันซี (HbA1C) ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะซึ่มเศร้าที่มีร่วมด้วยจะไม่สามารถควบคุม

ระดับฮิโมโกลบินวันซี ได้อย่างมีนัยสำคัญ และความเครียดของผู้ป่วยจะส่งผลต่อระบบเมตาบอลิกของสมอง

ผลกระทบภาวะซึมเศร้าในโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถลดโอกาสการเกิดแทรกซ้อนที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ตา หัวใจ และไต (<http://th.wikipedia.org>, วันที่ 18 มกราคม 2554) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง โดยจะส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น และจะทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาโรคและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมา การรักษาภาวะซึมเศร้าร่วมกับความดันโลหิตสูงพบว่ามีประสิทธิภาพดี สามารถช่วยลดความดันโลหิต (Bogner and Vries, 2008)

สเกลโก สเกลโก อะซูล และลอตูโฟ (Scalco, Scalco, Azul and Lotufo, 2005) พบว่า คนที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นมากกว่าปกติ

โคเฮน (Cohen, 2000) กล่าวว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถปรับลดความเครียดลงได้จะแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม คือ รู้สึกวิตกกังวล เสียใจ นอนไม่หลับ แยกตัวเอง ซึมเศร้า และโกรธตัวเอง

ชีเลียลี (Shealy, 1996) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต และลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในโรคความดันโลหิตสูง

สรุปจากการทบทวนผลกระทบในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิตไม่ได้ เกิดโรคแทรกซ้อนในอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ ในที่สุดจะทำให้เกิดความพิการทุพพลภาพ และเสียชีวิต ก่อให้เกิดความสูญเสีย และส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่วยเหลือสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบได้เหมาะสมทันเวลาจะสามารถลดผลกระทบที่รุนแรงต่าง ๆ ดังกล่าวได้

วิธีการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาธรรมชาติของภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าใช้เวลาดำเนินโรคตั้งแต่เริ่มต้นจนมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้นจะใช้เวลาประมาณ 1.5 เดือน ดังนั้น หากมีการค้นหาคัดกรองภาวะซึมเศร้า หรือมีการเฝ้าระวังและรีบให้การดูแลรักษาได้ทันเวลา ก็จะสามารถป้องกันการเกิดผลกระทบที่รุนแรงตามมาได้ (Ronald et al., 2003)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจัดเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง กรมสุขภาพจิต (2550) ได้กำหนดแนวทางการป้องกันดูแลสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงไว้ดังต่อไปนี้ 1) มีการระบุค้นหาและประเมินภาวะเศร้าในกลุ่มเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง 2) มีการจัดโปรแกรมช่วยเหลือบุคคล รายกลุ่ม การให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3) มีการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในชุมชนโดยการประสานความร่วมมือเพื่อจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเอง 4) มีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตและแหล่งรับบริการ 5) มีการส่งเสริมการประกอบอาชีพเสริมให้กับครอบครัว และการคัดกรองหรือการค้นหาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพนั้นจะช่วยเพิ่มความแม่นยำและเป็นข้อบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก (Pignone et al., 2002) ส่วนการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกเริ่มป่วยแล้วส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการได้ทันเวลา จะสามารถลดอัตราป่วยและอัตราการตายได้ และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะเกิดประโยชน์อย่างเต็มที่หากมีระบบการรักษาและการติดตามที่ดี (Alfred, 2002) แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การแจ้งผลการคัดกรอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การแนะนำเข้ารับการรักษาในสถานบริการ การดูแลรายกรณี หากมีการคัดกรองแล้วแต่ไม่มีระบบการส่งต่อ ระบบการรักษาหรือระบบการติดตามที่ดี ก็จะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างใด แสดงว่าระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าของสถานบริการแห่งนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

สถาบันการประสานงานสุขภาพจิต (The National Collaboration Centre for Mental Health, 2004) ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามี ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหรือระดับปานกลาง มีแนวทางปฏิบัติ โดยการทำจิตบำบัดระยะสั้น ทักษะการแก้ปัญหา CBT และการให้บริการปรึกษา 6-8 ครั้ง มากกว่า 10-12 สัปดาห์ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือทางสังคม มีการรักษาต่อเนื่อง และมีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง รายที่มีความเสี่ยงต่อชีวิต ทำร้ายตนเอง มีแนวทางปฏิบัติ โดยให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีการผสมผสานการรักษาการทำจิตบำบัด ใช้โปรแกรม CBT หรือ ECT

3. รายที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีการดื้อยาหรือมีอาการถอนยา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หรือทีมดูแลระยะวิกฤติ กำหนดให้มีการรายงานและหยุดยา สังเกตอาการในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีการผสมผสานการรักษาและการทำจิตบำบัด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีความสนใจใช้วิธีการบำบัดทางปัญญาซึ่งใช้ได้ผลในรายที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง โดยการใช่วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) โดยมีความเชื่อว่าการใช้วิธีการพูดกับตัวเอง เป็นวิธีที่สามารถทำให้เกิดกำลังใจ หรือทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ได้ ซึ่งการพูดกับตัวเองจะสามารถสื่อให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบของตน และเมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวกในการแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ หรือเพิ่มการคิดหรือทักษะในการแสดงออกในการเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล การที่บุคคลได้ฝึกปฏิบัติในการพูดกับตัวเองในการเผชิญปัญหาจะเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาส่วนบุคคลค่อย ๆ ลดลง ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองต่ำลงและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้กลายมาเป็นความคิดทางบวกโดยการสร้างความคิดเชิงบวกแล้วถ่ายทอดออกมาในรูปแบบของการพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ผู้ป่วยจะเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นเป็นผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาถึงโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ ราชวดี เดียวตระกูล (2553) ที่ได้นำแนวคิดการบำบัดทางปัญญาโดยใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งการสร้างโปรแกรมของ ราชวดี เดียวตระกูล และดาราวรรณ ติ่งปันตา ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาภักดีคุณ (2548) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และยังได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และผ่านการทดลองใช้กับผู้ที่เป็โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าของ ราชวดี เดียวตระกูล และดาราวรรณ ติ่งปันตา มาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในสถานีนอนมัยชัชจุมพลร่วมกับทีมบุคลากรในสถานีนอนมัยชัชจุมพล

การพูดกับตนเอง

ความหมายของการพูดกับตัวเอง

ความหมายของการพูดกับตัวเองมีผู้ให้ไว้หลากหลายมีดังต่อไปนี้

คาร์วิทและคาร์ดิโนโซ (Calvete and Cardenoso, 2002) พบว่า การพูดกับตัวเองมี 2 ลักษณะ คือ การพูดกับตัวเองทางบวก (positive self-talk) และการพูดกับตัวเองทางลบ (negative self-talk) ซึ่งการพูดกับตัวเองเป็นผลผลิตมาจากความคิด (cognitive products) ซึ่งในลักษณะของกระบวนการความคิด (cognitive processes) การพูดกับตัวเองทั้งทางบวกและทางลบต่างมีความสัมพันธ์กัน

แฟรงคลิน (Franklin, 2003) กล่าวว่า การพูดกับตัวเอง (self-talk) เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล แต่การพูดกับตัวเองทางลบทำให้เกิดปัญหาและนำมาซึ่งปัญหาด้านจิตใจรวมถึงภาวะซึมเศร้า วิธีการพูดกับตัวเองทางบวก (Positive self-talk) สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และแฟรงคลิน (Franklin, 2006) กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้การมองชีวิตและมองอนาคตเกินความเป็นจริง ทำให้รู้สึกสับสน ข้อความที่เกิดขึ้นในความคิดจะเป็นในแง่ลบ ไร้ความสามารถ คิดว่าตนเองเป็นที่น่ารังเกียจและเกิดความสิ้นหวังจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาได้

ซิมเมอร์ (Zimmer, 2005) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวก หมายถึง การพูดกับตนเองภายในใจอยู่เสมอ ทำให้บุคคลเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยได้นำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและความรู้สึกที่ดี แปลความมาเป็นบทสนทนาเพื่อช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจตนเอง

เกลนวิลล์ (Glanville, 2007) ได้กล่าวว่า การพูดกับตัวเองนั้นเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งโดยปกติมนุษย์จะมีกระแสของความคิดที่ต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง ซึ่งอาจแสดงออกโดยมีการพูดกับตัวเอง ซึ่งการพูดกับตัวเองนั้นได้ถ่ายทอดออกมาจากความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้กล่าวว่า การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยลักษณะคำพูดที่บุคคลใช้พูดกับตัวเองซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึกและประสบการณ์ ที่ถูกแปลความหมายเป็นคำพูดและกลายเป็นสิ่งที่บุคคลใช้สนทนาภายในใจกับตัวเอง และ/หรือ พูดออกเสียงกับตัวเองโดยลักษณะคำพูดเป็นไปในทางสร้างสรรค์ มีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง และเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน ซึ่งการพูดกับตัวเองสามารถทำให้เกิดกำลังใจ หรือทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ได้ ซึ่งการพูดกับตัวเองจะสามารถสื่อให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบของตน และ เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวกในการแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ หรือเพิ่มการคิดหรือทักษะในการแสดงออกในการเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล การที่บุคคลได้ฝึกปฏิบัติใน

การพูดกับตัวเองในการเผชิญปัญหาจะเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาลงมือทำง่ายขึ้น ๆ ลดลงช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความหวังต่ออนาคต

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การพูดกับตัวเองเป็นกระบวนการสื่อสารทางความคิดออกมาเป็นคำพูดภายในบุคคล เพื่อให้บุคคลเกิดความเข้าใจในความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งมีลักษณะการพูดกับตัวเองทางบวกและการพูดกับตัวเองทางลบ และจะส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม

กระบวนการพูดกับตัวเองทางบวก

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

ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) โดยการพูดในใจ หรือพูดออกเสียงกับตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้สามารถคาดการณ์สถานการณ์ต่าง ๆ ได้มากกว่าการต้องหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้น ซึ่งหลักในการพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) มีดังนี้

- 1) หลีกเลี่ยงการสรุปความคิดเห็นต่างโดยใช้สรรพนามว่า “คุณ” (You) เนื่องจากการใช้สรรพนามนี้จะแสดงถึงความไม่รับผิดชอบต่อคำพูดที่พูดออกมา
- 2) ใช้คำพูดที่แสดงให้เห็นถึงการรับผิดชอบที่ได้เลือกไว้
- 3) เปิดเผยความคิด ความรู้สึกที่อยู่ภายในใจ โดยเริ่มจากการพูดกับตัวเองโดยใช้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในใจของตัวเอง
- 4) มีการเข้าใจ และยอมรับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง

ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวกมักจะเน้นที่กระบวนการของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการกระทำตามความสามารถที่บุคคลนั้น ๆ จะกระทำได้ ซึ่งเทคนิคในการพูดกับตัวเองทางบวกแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

- 1) การตระหนักรู้ (awareness) หมายถึง การพูดกับตัวเองทางบวกจะนำมาซึ่งการรู้ตัวที่จะใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกในการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์หรือก่อให้เกิดความเสียหาย

2) การตัดสินใจเลือก (choice) หมายถึง การตัดสินใจที่จะคิดซึ่งจะมีผลต่อการพูดกับตัวเอง และจะนำไปสู่วิธีการที่จะพูดกับตัวเอง

3) การลงมือกระทำ (action) หมายถึง การที่บุคคลใช้ทักษะการพูดกับตัวเองทางบวก เพื่อช่วยให้ตนเองเกิดความรู้สึกดีขึ้น การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นการสื่อสารภายในตนเองของบุคคล โดยมีเป้าหมายลักษณะการพูดเพื่อสงบอารมณ์ตนเอง หรือเพื่อให้กำลังใจตนเอง โดยใช้วิธีการคิดหรือพูดกับตัวเองในใจหรือพูดออกเสียง การพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้เห็นความคิดของตนเองเกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกใช้การพูดกับตัวเองหรือการคิดในการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเอง ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึง ความคิดที่บิดเบือนทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค และการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลสามารถแยกแยะปัญหาเฉพาะเรื่องในชีวิตได้ การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลต่อวิธีการเผชิญปัญหา และได้เรียนรู้จากประสบการณ์การเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบจะนำไปสู่การพูดกับตัวเองทางลบ ซึ่งคำพูดกับตัวเองทางลบนอกจากจะไม่ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกสบายใจแล้ว ยังเพิ่มอารมณ์ที่เป็นทุกข์มากขึ้นส่งผลให้บุคคลมีประสิทธิภาพในตัวเองลดลง เนื่องจากการไม่ทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ตนเองต้องการ ไม่มีการตั้งเป้าหมายให้กับตัวเอง และไม่สามารถอธิบายถึงลำดับขั้นตอนที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้ ถึงแม้ว่าจะมีเป้าหมายที่ชัดเจนก็ตาม แต่เมื่อเกิดความรู้สึกเลวขึ้นอีกบุคคลจะไม่ยอมรับความรู้สึกเลวที่เกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลจะต้องค้นหาให้ได้ว่าจิตใต้สำนึกได้พูดอะไรกับตัวเอง เมื่อบุคคลสามารถค้นหาความคิดทางลบของตนเองได้แล้ว ควรฝึกที่จะหยุดความคิดนั้น (thought stopping) ด้วยการพูดกับตัวเองว่า “ไม่” หรือ “หยุด” เพื่อยับยั้งไม่ให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมโดยการแยกแยะความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และพยายามหาสิ่งเร้าที่สามารถยับยั้งความคิดนั้นได้ จนกว่าความคิดนั้นจะหายไป

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก

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

1. การพูดกับตัวเองเพื่อสงบอารมณ์ตนเองไว้ (calming self-talk) เป็นการพูดที่แสดงออกถึงการประคับประคองตัวเองและไม่พูดกับตัวเองในทางลบ มักใช้เมื่อเราพบกับเหตุการณ์ที่ตื่นเต้นหรือต้องแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การพูดกับตัวเองทางบวกในลักษณะนี้เป็นไปเพื่อสงบสติอารมณ์ของตัวเอง

2. การพูดสอนตัวเอง (coaching self-talk) เป็นการพูดให้กำลังใจตัวเองเพื่อให้สามารถผ่านพ้นสถานการณ์ต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี เพื่อให้รับมือปัญหาที่อยู่ภายในใจได้ และเป็นการเตือนตัวเองที่จะไม่นึกถึงความคิดที่ไม่พึงประสงค์อย่างอื่น ช่วยให้ผู้คลจัดการกับสถานการณ์ จัดการกับปัญหา และอยู่กับปัญหานั้นได้ การพูดกับตัวเองทางบวกสามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์ โดยใช้ได้ทั้งก่อนเกิดสถานการณ์ ขณะอยู่ในสถานการณ์ และหลังเกิดสถานการณ์นั้นไปแล้วก็ได้

ขั้นตอนที่ 5 การประยุกต์ใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล

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

- 1) เรียนรู้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวก โดยเริ่มจากการพูดกับตัวเองด้วยประโยคง่าย ๆ ไปสู่สิ่งที่ยาก ซึ่งหลักในการเรียนรู้จะต้องมีการสร้างความมั่นใจให้กับตัวเอง เรียนรู้ที่จะพูดสอนตัวเองและมีการเปลี่ยนมุมมองทางลบไปเป็นมุมมองทางบวก
- 2) ฝึกการพูดกับตัวเองทางบวก โดยอาจใช้วิธีการพูดกับตัวเองหน้ากระจกซึ่งหลังจากที่มีการฝึกได้ระยะหนึ่ง การพูดทางบวกกับตัวเองจะเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ สำหรับระยะเวลาของการฝึกจะขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของปัญหา และสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่

ขั้นตอนที่ 6 การนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า ภายหลังจากที่บุคคลได้ฝึกซ้อมการพูดกับตัวเองไปได้ในระยะหนึ่งแล้ว การพูดกับตัวเองทางบวกจะสามารถเกิดขึ้นได้โดยอัตโนมัติจากการที่บุคคลเคยมีประสบการณ์ในการพูดกับตัวเองทางบวกมาแล้ว แต่ถึงแม้ว่าบุคคลจะใช้การพูดกับตัวเองทางบวกตลอดเวลา ก็ยังควรฝึกสร้างความเชื่อมั่นให้กับตัวเองในขณะที่พูดกับตัวเองทางบวกประกอบกันไปด้วย การพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลสามารถแยกแยะปัญหาชีวิตได้ เลือกที่จะแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เหมาะสม เปิดใจยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลงลักษณะการพูดกับตัวเองและจงใจตัวเองให้พูดกับตัวเองทางบวก โดยให้ตระหนักว่าบุคคลสามารถผ่านพ้นความยากลำบากและความพ่ายแพ้มาได้เช่นเดียวกับการที่บุคคลได้เคยยอมรับความสำเร็จของตัวเอง

ผลของการพูดกับตัวเองทางบวก

การพูดกับตัวเองทางบวกก่อให้เกิดผลหลายประการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นโครงสร้างของความคิดที่อยู่ภายในของแต่ละบุคคล ซึ่งการพูดกับตัวเองทางบวกจะสามารถช่วยเปลี่ยนสถานะทางสุขภาพของบุคคล โดยทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตัวเอง (self-awareness) ซึ่งเริ่มจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ภายใต้สิ่งแวดล้อมทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง โดยจากการสังเกตลักษณะการพูดกับตัวเองของผู้อื่น การพูดกับตัวเองของตนเอง และการแยกแยะความแตกต่างระหว่างลักษณะการพูดกับตัวเองของผู้อื่น และจากลักษณะการพูดกับตัวเองของตนเอง หลังจากนั้นบุคคลก็จะตัดสินใจเลือกที่จะแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรม ทักษะคิด ความเชื่อ และความคิดเห็นของตนเอง ซึ่งการพูดกับตัวเองบ่อย ๆ โดยการผ่านการไตร่ตรองจะนำมาซึ่งการตระหนักรู้ในตัวเอง (Morin, 1993; Nelson-Jones, 1990)

2. ช่วยให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของบุคคล ช่วยทำให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีความอ่อนไหวง่ายจะช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ดี (Wickle, 1993) การพูดกับตัวเองทางบวกทั้งในรูปแบบของการพูดกับตัวเองอย่างสงบเงียบและการพูดสอนตนเองช่วยให้บุคคลสามารถสงบอารมณ์ของตัวเอง จัดการกับสถานการณ์ เผชิญกับสถานการณ์ และอยู่กับปัญหานั้นได้ (Nelson-Jones, 1990)

3. ช่วยลดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นของ ขวัญจิต มหาจิตติคุณ (2548) ที่ศึกษาในเด็กวัยรุ่นตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งโดยสร้างโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (BDI-II) ประเมินพบว่า ภายหลังจากที่วัยรุ่นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ช่วยลดความวิตกกังวล จากการศึกษาของ ทัพพกานต์ พิมพ่วงศ์ทอง (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในศูนย์รวมใจโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าภายหลังจากที่ผู้ติดเชื้อได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีระดับคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. การพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์และช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในทางที่ดีได้ (Haugh and Powtowski, 1996)

จะเห็นได้ว่า ผลของการพูดกับตัวเองทางบวกสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวลได้ ผลรวมถึงเพิ่มการคิดหรือทักษะในการแสดงออกในการเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคลในผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่มได้

ผลของการพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า

1. เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) การพูดกับตัวเองจะสามารถสื่อให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบของตน และเมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวกในการแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ หรือเพิ่มการคิดหรือทักษะในการแสดงออกในการเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล มีกำลังใจเกิดขึ้น และการที่บุคคลได้ฝึกปฏิบัติในการพูดกับตัวเองในการเผชิญปัญหาจะเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาค่อย ๆ ลดลง และส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

2. เทอเนอร์และคณะ (Turner et al., 2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการพูดกับตัวเองทางบวกเป็นวิธีหนึ่งในโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากผลการศึกษสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. พัทธิน ฉายสุขศรี (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิง โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา จังหวัดลำพูน พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นหญิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. จุฑาทิพย์ ประทินทอง (2551) ศึกษาผลของผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำจังหวัดพิจิตรพบว่าการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชายในเรือนจำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ราชวดี เดี่ยวตระกูล (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นได้ว่า ผลของการพูดกับตัวเองทางบวกสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ผลในผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่ม

การนำโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเผยแพร่นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์

รูปแบบการนำเอาผลการวิจัยไปใช้ตามทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) กล่าวว่า การเผยแพร่และการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์สังคม ซึ่งการเผยแพร่ นวัตกรรมเป็นกระบวนการสื่อสารเป็นในทางที่แน่นอน ในช่วงเวลาที่เหมาะสมระหว่างสมาชิกของระบบหน่วยงาน ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับแนวคิด หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน เกิดการพัฒนาคุณภาพของ หน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ ได้มีกระบวนการขั้นตอนของการ วางแผนการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบ การดูแลสุขภาพที่ได้รับการยอมรับ (Roger cited in Burns and Grove, 2005)

องค์ประกอบของการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์

1. นวัตกรรม (innovation) หมายถึง ความคิด การปฏิบัติ สิ่งประดิษฐ์ สิ่งของที่เกิดขึ้นใหม่ โดยที่บุคคล กลุ่มบุคคลหรือกลุ่มอื่น ๆ รับรู้ว่าเป็นสิ่งใหม่ ซึ่งความคิดนั้นอาจไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งใหม่ แต่มันอาจถูกยอมรับว่าใหม่ ภายใต้การพิจารณาของกลุ่มที่ให้การยอมรับและการนำมาใช้

2. ช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อการเผยแพร่ นวัตกรรม (The Communication Channels) เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือบุคคลกับกลุ่มบุคคล โดยผ่านช่องทางการสื่อสารโดยใช้สื่อต่าง ๆ เช่น บทความวิชาการ หนังสือ หนังสือพิมพ์ และการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ในการเผยแพร่ นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ หรือช่วยให้มีการนำเอา นวัตกรรมไปใช้ อย่งไรก็ตาม สัมพันธภาพเป็นส่วนตัวพบว่ามีประสิทธิภาพและง่ายต่อการยอมรับ นวัตกรรมใหม่และการให้ การพยาบาล การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อเป็นการสื่อสารระหว่าง 2 กลุ่มบุคคล เช่น ผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันในด้าน บุคลิกลักษณะ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา สถานะทางสังคม และอาชีพ โรเจอร์เรียกสิ่งเหล่านี้ ว่า near peers

3. เวลา (Time) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปใช้ ซึ่งโรเจอร์ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่น่าสนใจเกี่ยวกับเวลา 3 องค์ประกอบคือ

3.1 ช่วงเวลาที่เหมาะสมเป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธ นวัตกรรมนั้นอยู่ในระยะเวลาเดียวกัน

3.2 การเปลี่ยนแปลงของบุคคลหรือองค์กร เวลาที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจทำให้เกิด การเปลี่ยนเชิงปฏิบัติ

3.3 จำนวนของกลุ่มภายในองค์กร/ภายในหน่วยงาน การดูแลสุขภาพที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด

4. ระบบสังคม เป็นระบบกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งเกี่ยวข้องกันในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการไปสู่เป้าหมาย ยกตัวอย่างเช่น พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดผลการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้รับบริการและครอบครัว องค์กรด้านการดูแลรักษาสุขภาพทุก ๆ องค์กรมีผู้นำทางด้านความคิด ซึ่งเป็นผู้ที่ชื่นชอบความคิดใหม่ ๆ และผู้ที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ในการรับเอาการแทรกแซงทางด้านการวิจัยเป็นหลักมาใช้ พยาบาลต้องระบุตัวผู้นำทางความคิดให้ชัดเจนและหาวิธีการให้ยอมรับความคิดนั้น ๆ

ขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์

รูปแบบการใช้ผลการวิจัยที่มาจากทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger cited in Burns and Grove, 2005) ซึ่งโรเจอร์กล่าวไว้ว่า การเผยแพร่วัตกรรม (diffusion of innovation) ว่าเป็นกระบวนการสื่อสารโดยใช้นวัตกรรมหรือแนวคิดใหม่ ๆ ผ่านช่องทางที่เหมาะสมในสมาชิกของสังคมนั้น เพื่อให้เกิดการตัดสินใจยอมรับแนวคิดหรือสิ่งใหม่ ๆ (นวัตกรรม) และนำมาใช้ในการปฏิบัติงานของตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ได้มีการพัฒนากระบวนการเผยแพร่ในด้านการใช้นวัตกรรม โดยเน้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ มี 5 ระยะดังนี้

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ๆ โดยการสื่อสารที่เป็นทางการผ่านสื่อมวลชน เช่น การสัมมนา การประชุมเชิงวิชาการ วารสารวิชาการ จดหมายข่าว เครือข่ายคอมพิวเตอร์ โทรทัศน์ และหนังสือต่าง ๆ รวมถึงการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการภายในองค์กร จากพยาบาลไปสู่บุคคลอื่นที่มีประสิทธิภาพ ในการขยายการเรียนรู้ งานวิจัยต่าง ๆ ทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนมีความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลนั้น ๆ

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรม เห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น ๆ ในขั้นการโน้มน้าวใจนั้น การสื่อสารระหว่างคนสองคนแบบไม่เป็นทางการ หรือการหาวิธีแบบกลุ่มย่อยจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยที่พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานแสดงถึงทัศนคติที่ชื่นชมในข้อดีของนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับผลการวิจัย เห็นคุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนั้น โดยมีองค์ประกอบของการยอมรับ คือ ประโยชน์ของงานวิจัยที่จะนำมาใช้ การอยู่ร่วมกันได้ ความยากง่ายของการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในองค์กร

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ซึ่งการยอมรับเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นต่อการนำเอานวัตกรรมไปใช้ ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องกระทำ ส่วนการปฏิเสธเป็นการตัดสินใจไม่ยอมรับนวัตกรรม อาจเป็นเพราะนวัตกรรมนั้นไม่เป็นที่ต้องการของพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงาน

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำเอานวัตกรรมไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือดัดแปลงโดย

4.1 การนำไปใช้โดยตรง (direct application) หมายถึง การนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติ โดยไม่มีการดัดแปลงหรือการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนหรือการปฏิบัติขั้นต้นเลย ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือข้อบ่งบอกของนวัตกรรม พยาบาลนำผลงานวิจัยไปใช้โดยตรง หากสถานการณ์ในการปฏิบัติงานมีลักษณะเหมือน หรือคล้ายกับที่รายงานไว้ในนวัตกรรมนั้น ๆ โดยการปฏิบัติตามมาตรฐานกระบวนการที่ได้กล่าวไว้ การนำผลงานวิจัยไปใช้โดยตรง ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ยากเนื่องจากความรู้ใหม่หรือการปฏิบัติงานรูปแบบใหม่ อาจไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติหรือความเคยชินที่ได้รับการสอนหรือที่เคยปฏิบัติ

4.2 การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถที่จะเข้าใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ผลกระทบทางอ้อมนี้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความเข้าใจภายในที่ทวีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยนัยอย่างค่อยเป็นค่อยไป การนำผลการวิจัยไปใช้ในทางอ้อมเกิดขึ้นได้จากการพูดคุย การงานวิจัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานวิจัยระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงานกับนักวิจัย

4.3 การดัดแปลงเนื้อหาและสร้างชิ้นใหม่ (reinvention) หมายถึง การที่พยาบาลได้มีการดัดแปลงความรู้จากงานวิจัยหรือนวัตกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการปฏิบัติงานของตน เพื่อนำมาดัดแปลงอย่างสมเหตุสมผล และให้เข้ากับสภาพการปฏิบัติงานของตน

5. ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้นซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะเป็นผู้ประเมินประสิทธิผลนั้น เพื่อประเมินว่านวัตกรรมนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่พยาบาลต้องการหรือไม่ การตัดสินใจที่จะใช้ต่อและขยายไปสู่หน่วยงานทีมผู้ดูแลสุขภาพ หรือองค์กรด้านสุขภาพ การตัดสินใจที่จะหยุดใช้นวัตกรรมจะมีแนวทางของการหยุดใช้ 2 วิธี คือ 1) การแทนที่ซึ่งเป็นการปฏิเสธเพื่อที่จะยอมรับนวัตกรรมที่ดีกว่า ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่อยู่ในความสนใจ มีประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติมาแทนที่นวัตกรรมเดิม 2) การหมดความสนใจ มักจะเกิดขึ้นเมื่อความคิดนั้นถูกปฏิเสธ เพราะผู้ใช้ไม่พอใจกับผลลัพธ์ของนวัตกรรม

โปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวก เป็นโปรแกรมที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นเครื่องมือในการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอสาระสำคัญของโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่ง ราชวดี เดียวตระกูล และคาราวรรณ ติ่งปิ่นตา ได้ดัดแปลงใบงานกิจกรรมของขัญจิต มหาจิตติคุณ (2548) และได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาของราชวดี เดียวตระกูล คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ที่อยู่ในเขตในเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน โดยโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผ่านกระบวนการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน และผลการศึกษาพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผู้ศึกษาจะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานอนามัยชัยภูมิพล ตามกระบวนการการตัดสินใจนวัตกรรม 5 ขั้นตอน (Roger cited in Burns and Grove, 2005)

สาระสำคัญของโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

ราชวดี เดียวตระกูล (2553) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การปรับตัวทั้งครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม การต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เกิดความท้อแท้หมดหวังต่อการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตเกิดความวิตกกังวลโน้มน้าวถึงลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เชื่อว่าการพูดกับตนเองทางบวก น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ และผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โดยโปรแกรมหกข้อกล่าวมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน และในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถประเมินคำพูดหรือประโยคในใจของตัวเองทั้งทางบวกและทางลบได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 1-3 (การใช้สรรพนาม“ฉัน”ในการพูดกับตัวเอง การพูดกับตัวเองทางบวก และการค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ)

2. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถค้นหาคำพูดทางลบของตัวเองได้ด้วยการมีสติที่จะจับทันคำพูดทางลบเกิดทักษะในการฝึกหยุดความคิดทางลบของตัวเองและสามารถวิเคราะห์ความคิดทางลบของตัวเองและหาเหตุผลเพื่อโต้แย้งความคิดนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 3 (การค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ)

3. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกด้วยการพูดกับตัวเองอย่างสงบเงียบและพูดสอนตัวเองได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 4 (กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก)

4. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถตั้งเป้าหมายง่าย ๆ กับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5 (ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล)

5. ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาสามารถประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกและนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้แก้ไขภาวะอารมณ์ของตัวเองได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5-6 (ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้)

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกแล้ว วิธีการและแนวทางที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาศาได้รับ สามารถนำไปใช้ปรับเปลี่ยนลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดทักษะในการจัดการหรือปรับอารมณ์ของตัวเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถคงไว้ซึ่งวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้ต่อไป

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ มีการทำกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง (แบ่งเป็นวันเว้นวัน จนครบ 8 ครั้ง) แต่ครั้งใช้เวลา 60-90 นาทีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 1 ของโปรแกรม เป็นการทำความเข้าใจลักษณะของการพูดกับตัวเอง ความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเอง พฤติกรรม อารมณ์ และผลกรรมที่เกิดขึ้น และหลักการในการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ร่วมกับการฝึกพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน”

กิจกรรมครั้งที่ 2 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 2 ของโปรแกรม เป็นการฝึกประเมินตัวเองและพูดกับตัวเองทางบวกต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ

กิจกรรมครั้งที่ 3 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 3 ของโปรแกรม เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบ ฝึกค้นหาคำพูดทางลบโดยใช้สติที่จะจับทันคำพูดทางลบของตัวเองและฝึกใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบและคำพูดทางลบที่อยู่ภายในใจของตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 3 ของโปรแกรม เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนและฝึกวิเคราะห์ความคิดทางลบและหาเหตุผลโต้แย้งความคิดทางลบของตัวเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4 ของโปรแกรม เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการพูดกับตัวเองทางบวก และฝึกคิดประโยชน์การพูดกับตัวเองทางบวกที่มีต่อเหตุการณ์ตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับเหตุการณ์นั้น ขณะที่อยู่ในเหตุการณ์ และหลังจากเหตุการณ์นั้นผ่านไป

กิจกรรมครั้งที่ 6 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4-6 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกัน เป็นการแนะนำแหล่งข้อมูลในการได้มาซึ่งการคิดและพูดกับตัวเองทางบวก รวมทั้งวิธีการที่ช่วยส่งเสริมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ให้ฝึกตั้งเป้าหมายง่าย ๆ กับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นได้

กิจกรรมครั้งที่ 7 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 1-3 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกัน เป็นการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกและฝึกเปลี่ยนประโยชน์การพูดกับตัวเองทางลบให้เป็นทางบวก

กิจกรรมครั้งที่ 8 อยู่ในส่วนของขั้นตอนที่ 4-6 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกัน เป็นการติดตามความก้าวหน้าของผลการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกจากเป้าหมายที่แต่ละคนตั้งไว้ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินตัวเองจากการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดยใช้แบบประเมินการพูดกับตัวเองและประเมินภาวะซึมเศร้าหลังได้รับการฝึกตามโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวก

ผลการศึกษาพบว่า

ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มทดลองภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้พิจารณาถึงประโยชน์ที่จะได้รับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ตลอดจนความคุ้มค่าของการนำมาใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกโดย ราชวดี เดี่ยวตระกูล และคาราวรรณ ตะปิ่นตา ซึ่งได้ดัดแปลงใบงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาจิตติคุณ (2548) และได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้อง ยังมีขั้นตอนการบำบัดที่ชัดเจน ในแต่ละครั้งของการบำบัดได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์และการประเมิน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ในการบำบัด โดยโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวก เป็นโปรแกรมที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในเขตสถานีอนามัยชัยชุมพล การศึกษาครั้งนี้ ทีมบุคลากรของสถานีอนามัยชัยชุมพล ได้พิจารณาแล้วว่า โปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เหมาะสมที่จะนำมาบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานีอนามัยชัยชุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์ มากที่สุด จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้และประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานีอนามัยชัยชุมพลต่อไป

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่สถานีอนามัยชัยชุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์

สถานีอนามัยชัยชุมพล จังหวัดอุดรดิตถ์ ตั้งอยู่ที่บ้านคำป่าหวาย หมู่ที่ 6 ตำบลชัยชุมพล อำเภอถ้ำเสือ จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดอุดรดิตถ์ มีระยะทางห่างจากจังหวัดอุดรดิตถ์ ประมาณ 13 กิโลเมตร แบ่งการปกครองเป็น 2 ตำบล 6 หมู่บ้าน มีประชากรปี พ.ศ. 2553 จำนวน 5,156 คน สภาพแวดล้อมเป็นที่ราบ ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวนหอม และอาชีพรับจ้างใช้แรงงาน มีเจ้าหน้าที่ข้าราชการ จำนวน 4 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน ทันตภิบาล จำนวน 1 คน ลูกจ้างจำนวน 4 คน ในด้านข้อมูลการบริการของสถานีอนามัยชัยชุมพล นั้น ด้วยบริบทของสถานีอนามัยชัยชุมพลนั้น เป็นสถานีอนามัยระดับปฐมภูมิ มีการให้บริการให้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาปัญหาภาวะเจ็บป่วยทางกายทั่ว ๆ ไป ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และฟื้นฟูสภาพ โดยในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดจำนวน 4,829 คน 7,241 ครั้ง โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสถานีอนามัยชัยชุมพล คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยมีจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 โรค ในปี 2551-2553 ในความดูแลแยกตามการวินิจฉัยโรค คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 76, 89 และ 112 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 62, 74 และ 85 คน ตามลำดับ (สถานีอนามัยชัยชุมพล: ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, 2553) จากการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดการคัดกรอง PHQ9 ของกรมสุขภาพจิตโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยชัยชุมพล 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 พบคะแนนชิมเส้ร่าระดับน้อย ปานกลาง รุนแรงจำนวน 12 คน 15 คน และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50, 46.88 และ 15.62 ตามลำดับ จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะชิมเส้ร่ามีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งอาจจะมาจากการคัดกรองที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 2 ราย คิดเป็นอัตรา 38.79 ต่อแสนประชากร ซึ่งสถานีนามัชชัยชุมพล ได้พยายามแก้ไขปัญหามาโดยตลอดแต่ภาวะชิมเส้ร่าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของหน่วยงาน

สถานีนามัชชัยชุมพล ได้ตระหนักถึงปัญหานี้และได้พยายามแก้ไขปัญหามือป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะชิมเส้ร่าตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน โดยในปี 2553 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเพิ่มศักยภาพของตัวผู้ป่วยเอง โดยมีการจัดอบรมให้มีความรู้ในเรื่องของโรคชิมเส้ร่า การออกกำลังกาย วิธีจัดการความเครียด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน แก่นนำชุมชนในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะชิมเส้ร่า การค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะชิมเส้ร่าโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก อีกทั้งยังมีอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการร่วมด้วยเพื่อจัดสรรงบประมาณให้ได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน มีการจัดอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองและประเมินและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะชิมเส้ร่าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นประจำทุกปี ในสถานีนามัช พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะชิมเส้ร่า ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คัดกรองพบมีภาวะชิมเส้ร่าในระดับน้อยถึงระดับมากทางสถานีนามัชชัยชุมพล จะส่งพบแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยและทำการรักษาที่โรงพยาบาลลับแล หลังจากนั้นทางสถานีนามัชจะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน พุดคุยให้กำลังใจ สอนวิธีคลายเครียด แนะนำออกกำลังกาย และแนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ทีมสุขภาพในสถานีนามัชได้วิเคราะห์หาสาเหตุและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะชิมเส้ร่าที่ผ่านมา พบว่า 1) จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เป็โรคเรื้อรังที่มีภาวะชิมเส้ร่า จำนวน 10 คน มี ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะชิมเส้ร่าไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะชิมเส้ร่า ผู้ป่วยบางคนไม่ค่อยอยากไปรักษาเนื่องจากปัญหาหลายสาเหตุคือ ระยะทางค่อนข้างไกล ไม่มีรถโดยสารประจำทาง ต้องใช้รถส่วนตัวไป ไม่มีผู้ไปรับ-ส่ง ต้องรอนาน บางคนมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การปรับตัวทั้งครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม ต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เกิดความท้อแท้หมดหวังต่อการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบส่งผลให้มีการพูดทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ส่วนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะชิมเส้ร่าในระดับที่รุนแรงบางคนมี

ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้เป็นความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติทำให้มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม (Beck, 1979) 2) สถานีอนามัยชัยจุฬพลยังขาดแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นระบบและเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ทีมบุคลากรสุขภาพได้พยายามแก้ปัญหา แต่ภาวะซึมเศร่ายังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น ซึ่งทุกภาคส่วนต้องร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเองในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังนั้นผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานในการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของสถานีอนามัยชัยจุฬพลเห็นว่า สถานีอนามัยชัยจุฬพลยังขาดแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นระบบและเหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่ ดังนั้นทางทีมบุคลากรของสถานีอนามัยชัยจุฬพล จึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และได้สนับสนุนให้มีการจัดหาแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานีอนามัยชัยจุฬพล จังหวัดอุดรดิตถ์

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดของสถานีอนามัย เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นพิเศษ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นกลุ่มโรคที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วมมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และการดูแลของหน่วยงาน สถานีอนามัยชัยจุฬพล จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสถานีอนามัยได้แก้ไขปัญหามาตลอดแต่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังคงเป็นปัญหาของหน่วยงาน จากการศึกษาของผู้ศึกษาพบว่า มีโปรแกรมการฝึกพูดกับตนเองที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ คือการบำบัดทางปัญญา โดยวิธีการพูดกับตัวเองของ ราชาวดี เดียวตระกูล และคาราวรรณ ต๊ะปันตา (2553) ที่ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมจากโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกของ ขวัญจิต มหาภักดิคุณ (2548) ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและการพูดกับตัวเอง ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาลักษณะบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

ผู้ศึกษาจึงจะใช้ขั้นตอนของทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger cited in Burns and Grove, 2005) มาเป็นกรอบแนวคิดในการนำเอาโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมาใช้ ซึ่งขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ มี 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ๆ 2) ระยะโน้มน้าว เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น ๆ 3) ระยะตัดสินใจ เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ๆ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือดัดแปลง และ 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจจะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น หลังเสร็จสิ้นการบำบัด ซึ่งหากได้ผลก็จะเป็นการยืนยันที่จะใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในงานประจำต่อไป