

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาทางสุขภาพจิตได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น และภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลอย่างมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2007) ได้คาดการณ์ว่าภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่นำความสูญเสียด้านสุขภาพมาเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด และเป็นสาเหตุของสภาวะการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของประชากรทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโลก เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางกายและการเจ็บป่วยทางกายทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (Sederer et al., 2005) สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า มีประชากรที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 121 ล้านคนทั่วโลก ได้รับผลกระทบก่อให้เกิดความพิการและเป็นสาเหตุสำคัญลำดับสี่ในการฆ่าตัวตายของประชากรมากกว่า 850,000 คนต่อปี (World Health Organization [WHO], 2010) และพบว่าประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2005 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้า 18.8 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 9.5 (Murray & Fortinberry, 2005)

ในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มารับการตรวจกับแพทย์ทั่วไป (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และยังพบว่าผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีภาวะซึมเศร้าใน ปีงบประมาณ 2547-2549 ในอัตรา 130.37, 94.90 และ 168.28 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2549) และกรมสุขภาพจิตได้สำรวจพบว่า ในประเทศไทย 1 ใน 4 ของเพศหญิงและ 1 ใน 10 ของเพศชายเคยมีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งผู้ป่วยมักอยู่ในชุมชนกว่า 60-90 % และยังพบว่าคนไทยร้อยละ 5 หรือประมาณ 3.15 ล้านคน ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแต่มีเพียงร้อยละ 11 ที่เข้าถึงบริการได้รับการดูแลรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2553) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในคนไทยอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 29.2 และมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุ (Wangtongkum et al., 2008) ในประเทศไต้หวันพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 25.4 (Lee et al., 2009)

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสภาพเหตุการณ์ในชีวิต ภาวะของอารมณ์เศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ในสภาวะปกติ ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่ปกตินั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนส่วนใหญ่ (Halber, 2005) อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของเราเมื่อต้องเผชิญปัญหาวิกฤต ซึ่งมักแสดงออกให้เห็นโดยการร้องไห้ ซึมเศร้า คิดวนเวียน ขาดสมาธิและสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง อาการดังกล่าวหากเป็นต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้นว่า นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพในการทำงานถดถอย ความสนใจทางเพศน้อยลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ หากยิ่งปล่อยไว้ตกอยู่ในภาวะดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบรวมทั้งมองโลกในแง่ร้าย บางคนอาจเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเองได้ และพบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดอยากตายถึงร้อยละ 60 และฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 15 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) โดยทั่วไป ภาวะซึมเศร้ามีการประเมินและการวัดหลากหลายรวมถึงการจัดระดับตามความรุนแรง มีนัยว่า ถ้าภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงก็จะมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ (ชรณินทร์ กองสุข, 2549) และโรคซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่าและ 3% ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะฆ่าผู้อื่นร่วมด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเหล่านี้มักพบได้ในผู้ป่วยทั่วไปโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สถาบันแห่งชาติทางด้านสุขภาพ, 2552)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นบุคคลที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถกลับไปปกติอย่างเดิมได้ เป็นกลุ่มภาวะอาการที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ภายในร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ต้องการฟื้นฟูและใช้เวลานานในการรักษา (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, 2551) อีกทั้งยังเป็นกลุ่มหนึ่งที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 3-4 เท่า (สถาบันแห่งชาติทางด้านสุขภาพ, 2552) เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างถาวรและมีพยาธิสภาพของร่างกายไม่สามารถกลับเป็นปกติได้ดังเดิม อีกทั้งยังต้องการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายระยะยาว (The National Commission on Chronic Illness cited in Lubking & Larsen, 2006) ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค ลักษณะอาการของโรคมีทั้งช่วงสงบและกำเริบจึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่แน่นอนต่างๆ เกิดความเครียดวิตกกังวลและรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย จึงเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม (Belinda & Teresa, 2008) จากผลกระทบดังกล่าวและสาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจัดเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้า

กระทรวงสาธารณสุขได้ระบุโรคเรื้อรังไว้หลายโรค ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง แต่โรคเรื้อรังที่สำคัญและพบได้มาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

(กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้แต่ส่วนใหญ่ไม่หายขาด ผู้ป่วยจะได้รับ การรักษาและติดตามไปตลอดชีวิตเนื่องจากความรุนแรงของโรค อาจจะไม่คงที่ทำให้ต้อง ปรับเปลี่ยนการรักษาเป็นระยะ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) ในอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 20-50 แต่อัตรา การดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าเกณฑ์ทุกด้านได้แก่ มีการวินิจฉัยร้อยละ 23.6 การรักษาสอดคล้องกับอาการร้อยละ 32.7 และการติดตามร้อยละ 16.3 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี ภาวะซึมเศร้า (Ani et al., 2009) ในประเทศไทยพบกลุ่มคนทั่วไปที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีความ เสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าพบในเพศหญิงร้อยละ 10-25 ส่วนเพศชายพบได้ร้อยละ 5-12 แต่ในกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง จะมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 25-33 ผลที่ ตามมาก็คือ จะทำให้อาการผู้ป่วยทรุดลง รักษายากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2553) ภาวะซึมเศร้ามีส่วนร่วม ทำให้อาการทางกายในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ดูแลตนเองลดลงเพิ่มความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดขนาดใหญ่อะและหลอดเลือดขนาดเล็ก เพิ่มค่าใช้จ่ายและทำให้เสียชีวิต มากขึ้น (Katon et al., 2009)

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลมากเท่าไรก็จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับ ความดันโลหิตสูงขึ้นและไม่คงที่ (Jonas & Lando, 2000; Ciechanowski, et al., 2000) การศึกษา ของรัตน เดิมเกษมสานต์ (2549) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหา ภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับมากและรุนแรงถึงร้อยละ 26.62 ในโรคเบาหวาน และร้อยละ 34.74 ใน โรคความดันโลหิตสูง และถ้าผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีโรคทางกายอื่นๆ ร่วมด้วยยิ่งทำให้เกิด ปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น (ศิริชัย ดาภิการันนท์, 2544) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วย เบาหวานมีภาวะซึมเศร้าสูงเป็น 2-3 เท่าของกลุ่มประชากรปกติ (Eaton, 2002) โซนเนนเบอร์ก (Sonnenberg, 2008) ยังกล่าวอีกว่าภาวะซึมเศร้าสามารถพบบ่อยในโรคเบาหวาน โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคหอบ สิ่งที่เป็นสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าคือ ความเข้าใจ และการติดตาม (Schram et al., 2005) จึงเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าจัดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ร่วมกับการ ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นๆ อีกที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัญหาทาง สุขภาพเรื้อรัง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ผู้ป่วยหนักและ ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีอาการซึมเศร้า จะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากจะมีชีวิตอยู่และพยายาม ฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 80 ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามาก ๆ จึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงและ อาจจะทำร้ายตนเองในเวลาต่อมา (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2549)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะรู้สึกละอายใจในตัวเองต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นสุดท้ายอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจนสำเร็จในที่สุด (พวงผกา กรีทอง, 2546) สาเหตุที่สำคัญที่เกี่ยวข้องอาจเป็นเพราะการป่วยด้วยโรคเรื้อรังจัดเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ซึ่งเบค (Beck, 1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ 1) เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตและ 2) การเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต เป็นผลจากความบิดเบือนของกระบวนการคิดที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นได้ซึ่งจะมีผลเสียต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยจากปัญหาดังกล่าวจะทำให้การรักษาโรคมีความยากและซับซ้อนมาก และหากมีระดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นอาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ (พวงผกา กรีทอง, 2546)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมามีหลายแนวทาง เช่น การรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) การให้การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial therapy) การบำบัดทางพฤติกรรมปัญญา (cognitive behavior therapy) และการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งของการรักษาที่ได้รับการยอมรับในการบำบัดความผิดปกติในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียดและความหวาดกลัว โดยมีความเชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม ถ้าบุคคลสามารถแก้ไขความคิดที่บิดเบือนโดยการพิจารณาเหตุผลจะทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Beck, 2008; Beck et al., 1979) นอกจากนี้ยังพบว่าป็นวิธีการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพสูง และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ดี (Beck et al., 1995; Gloaguen et al., 1998; Westbrook, et al., 2007)

เบค (Beck, 2006) ได้อธิบายว่าการบำบัดทางปัญญาเป็นการมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดของผู้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบคือลักษณะของการคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติแล้วทำให้เกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ต่อสถานการณ์ที่เผชิญ และต่ออนาคตเมื่อเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบแล้วจะส่งผลให้โครงสร้างทางความคิดเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการแสดงอารมณ์ด้วย (Beck, 2008) การบำบัดทางปัญญาโดยใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวก (self-talk) จัดว่าเป็นแนวคิดที่มีประสิทธิภาพมากแนวคิดหนึ่งในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลางได้ผลดี (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549; Fennell, 1993)

การพูดกับตัวเอง (self-talk) เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล การพูดกับตัวเองทางลบทำให้เกิดปัญหาและนำมาซึ่งปัญหาด้านจิตใจรวมถึงภาวะซึมเศร้า การพูดกับตัวเองเป็นการใช้คำพูดโดยการคิดพิจารณาอย่างมีเหตุผล การที่บุคคลได้ฝึกพูดกับตัวเองจะเกิดเรียนรู้ สามารถเผชิญกับปัญหาได้ และช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจตนเอง (Nelson-Jones, 2009) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองชีวิตและมองอนาคตของตนเองในทางลบบิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีความคิดในแง่ลบ คิดว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีค่าและเกิดความท้อแท้สิ้นหวัง (Danis, 2007; Franklin, 2003) ดังนั้นวิธีการพูดกับตัวเองที่เหมาะสมหรือเป็นไปในทางบวก สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อบุคคลนำความคิดทางบวกไปใช้การพูดกับตัวเองพูดในทางบวกเพิ่มขึ้นจะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถควบคุมอารมณ์และช่วยให้เกิดการแสดงพฤติกรรมในทางที่ดีได้ (Haugh & Powtowski, 1996)

การพูดกับตัวเองทางบวกจะทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ การพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของเนลสัน โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเอง 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาลักษณะบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ การพูดกับตัวเองเป็นการใช้คำพูดโดยการคิดพิจารณาอย่างมีเหตุผล การที่บุคคลได้ฝึกพูดกับตัวเองจะเกิดเรียนรู้ สามารถเผชิญกับปัญหาได้ และช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจตนเอง (Nelson-Jones, 2009) ซึ่งราชวดี เดียวตระกูล และดารารรรณ ต๊ะปันตา (2553) ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของขบวนการจิต มหาจิตติคุณ (2548) สร้างโปรแกรมตามแนวคิดของเนลสันโจนส์ (Nelson-Jones, 1990) จากการศึกษาทดลองพบว่า โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผล จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า การศึกษาของทอเนอร์ และคณะ (Turner et al., 2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวกมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งจัดเป็นหนึ่งในโปรแกรมที่นำมาใช้ในการจัดการกับตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลงได้เช่นกัน

โรงพยาบาลดอกคำใต้เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีพื้นที่รับผิดชอบ 12 ตำบล 125 หมู่บ้าน มีเครือข่ายบริการสาธารณสุข (PCU.) 14 แห่ง มีประชากรทั้งสิ้น 78,573 ราย (อำเภอ ดอกคำใต้, 2554) โรงพยาบาลมีคลินิกพิเศษให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด และโรคเอดส์ และจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนสูงเป็นอันดับ 1 ในคลินิกพิเศษ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกของโรค 4,328.32, 5,094.88 และ 6,040.41 คนต่อแสนประชากร รองมา ได้แก่ โรคเบาหวาน มีอัตราความชุกของโรค 3,635.19, 3,882.26 และ 4,054.54 คนต่อแสนประชากร (รายงานคลินิกพิเศษโรงพยาบาล

ดอกคำใต้, 2553) จากสถิติเห็นได้ว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 โรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และจากการศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จำนวน 11, 16 และ 28 ราย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 3, 3 และ 1 ราย คิดเป็น 50.31, 44.62 และ 13.23 ต่อแสนประชากร ในปี 2551–2553 ตามลำดับ แม้ว่าสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลง แต่จากการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า กลับพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากขึ้นเป็น 1, 6 และ 12 ราย คิดเป็น 16.77, 89.26 และ 158.75 ต่อแสนประชากร ในปี 2551–2553 ตามลำดับ (แบบรายงานการฆ่าตัวตายงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา) และจากการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) นำมาประเมินในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 289 ราย พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 24 ราย อยู่ในระดับน้อย 14 ราย และระดับปานกลาง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ 41.67 ตามลำดับ

ปัจจุบันได้มีนโยบายของกรมสุขภาพจิตให้มีการค้นหาคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ทำให้พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในอัตรา 184.47, 238.02 และ 370.42 ต่อแสนประชากร ในปี 2551–2553 ตามลำดับ (รายงานการประเมินภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา, 2553) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายไม่ได้รับการรักษาหรือมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จากสาเหตุปัญหาหลายประการ เช่น ขาดผู้ดูแล ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาในการเดินทาง บางคนมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่ง ปัญหาการปรับตัวทั้งตนเองครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เกิดความเบื่อหน่ายในการรักษาที่ยาวนาน ต้องเผชิญกับความกดดันในชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเป็นภาระแก่คนอื่น เกิดความคิดในทางลบส่งผลให้มีการพูดทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายและพยายามทำร้ายตนเองได้

โรงพยาบาลดอกคำใต้ ได้ดำเนินการตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต พยายามแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ปี 2550 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล การประสานงานในเครือข่ายทีมสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการแนวทางในการป้องกันและเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามแผนการบริการเชิงรุกของกรมสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่การค้นหา การประเมินคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย โดยการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องของภาวะซึมเศร้า และการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า แก่อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน องค์การต่างๆ ในชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์ ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลาง ได้มีการส่งต่อให้ทีมงานสุขภาพจิตและจิตเวชดูแลให้คำแนะนำปรึกษาและการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การติดตามและการป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่อง แต่สถิติภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ และควรดำเนินการให้มีการแก้ไขต่อไป ดังนั้นจึงควรพิจารณาหาแนวทางเลือกในการลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยการใช้ยา การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การทำจิตบำบัด การทำสมาธิ การบำบัดทางจิตสังคม เช่น วิธีการบำบัดทางปัญญา ซึ่งจะมุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดที่เป็นความคิดในทางลบ ให้เกิดความคิดใหม่ในทางบวกที่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีความคิดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการพูดทางลบต่อตัวเอง ดังนั้นรูปแบบวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดทางปัญญา ที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนำมาซึ่งการแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในโรคเรื้อรังของ ราชวดี เดียวตระกูล และदारาวรรณ ต๊ะปินดา (2553) ได้ดัดแปลงใบงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาภักตติคุณ (2548) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเนลสันโจนส์ (Nelson-Jones, 1990) นำมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่สถานีอนามัยป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมหาดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ เนื่องจากโปรแกรมหาดังกล่าวเป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพ (Best practice) สามารถนำมาใช้ในการบำบัดผู้ที่เป็โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้

ผู้ศึกษาจะใช้แนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (2003) (Roger's theory diffusion of innovation based model) ในการเผยแพร่และการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ขั้นตอนในการเผยแพร่ร่นวัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะ (Roger, 2003) ดังนี้ ระยะที่ 1) ระยะให้ความรู้

(knowledge state) เป็นระยะที่ผู้ศึกษานำเสนอการทบทวนวรรณกรรมการนำไปใช้และโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ต่อบุคลากรในทีมสุขภาพโรงพยาบาลดอกคำใต้ ในด้านเนื้อหาและผลลัพธ์ที่ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีประสิทธิภาพในการนำมาใช้ 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่ผู้ศึกษานำเสนอประโยชน์หรือผลที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคลากรในทีมสุขภาพโรงพยาบาลดอกคำใต้ ร่วมกันตัดสินใจจะยอมรับการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ระยะที่ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่ทีมนำโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในผู้ที่เป็โรคเรื้อรัง 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังเสร็จสิ้นการบำบัด หากการศึกษารั้งนี้ได้ผลพบว่า โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกนั้นสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ก็จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

คำถามการศึกษา

1. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เป็นอย่างไร
2. ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Operational Study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือน เมษายน 2554–มิถุนายน 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก หมายถึง แผนการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการที่ประกอบด้วยลักษณะคำพูดที่บุคคลใช้พูดกับตัวเองซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ถูกแปลความหมายเป็นคำพูดและกลายเป็นสิ่งที่บุคคลใช้สนทนากายในใจกับตัวเองและ/หรือพูดออกเสียงกับตัวเองโดยลักษณะคำพูดเป็นไปในทางสร้างสรรค์ มีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงและเป็นสิ่งที่ทำได้ในปัจจุบัน ช่วยให้ผู้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวังต่ออนาคต ซึ่งได้สร้างขึ้นเป็นลำดับขั้นตอนในการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกที่สร้างขึ้นโดยราชวดี เดียวตระกูล และดารารัณ ต๊ะปันตา (2553) ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหาทิตติคุณ (2548) ซึ่งได้พัฒนาตามแนวคิดของเนลสัน โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การฝึกพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” 2) ฝึกประเมินตัวเองและพูดกับตัวเองทางบวก 3) ฝึกค้นหาคำพูดทางลบของตัวเองและฝึกใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบ 4) กำหนดวิธีการฝึกคิดประโยชน์การพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน (E-13), โรคความดันโลหิตสูง (I-10) ตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International Statistical Classification of Diseases 10 Code: ICD-10) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจและพฤติกรรม ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) ซึ่งแปลโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ถัดดา แสนสีหา, 2536) ที่มีคะแนนซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ได้แก่

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

ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง การประเมินความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามี 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงาน 2) ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน 3) ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ 4) ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก และ 5) ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ประเมินโดยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง ของ อมรัตน์ เดือนสว่าง (2551)