บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งเป็นการสำรวจและการสัมภาษณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังทางกาย ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยผู้ศึกษาได้มีการค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการนำไปเป็นแนวทางในการศึกษา ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
   - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
   - 1.2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
   - 1.3 อาการและอาการแสดง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
   - 1.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง
   - 2.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง
   - 2.2 ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง
   - 2.3 ความหมายของภาวะโรคร่วม
   - 2.4 ภาวะโรคร่วมและผลกระทบที่พบในการเจ็บป่วยเรื้อรัง
   - 2.5 ผลกระทบภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยเรื้อรัง
3. การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง
4. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis)
   - 5.1 ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์
   - 5.2 รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายของภาวะซึมเศร้าซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังต่อไปนี้

ดวงใจ กสานติกุล (2543) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบไปด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ตำหนิตัวเองมากผิดปกติ สมาธิเสียหรือมีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลานาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการทำงานหรือการเรียน ถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์

สมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน (APA, 1994) กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้าว่ามีอาการ ต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ ในจำนวนอาการทั้งหมด 9 ข้อ ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือ 2 อยู่ด้วย 1 ข้อ อาการดังกล่าว คือ 1) มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวันแทบทุกวัน ได้จากการบอกเล่า จากการสังเกต 2) มีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลงเป็นส่วนใหญ่ของทุกวันแทบทุกวัน 3) มีน้ำหนักตัวลดลงโดยมิได้ควบคุม หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เพิ่มมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน 5) มีการเคลื่อนไหวมากขึ้นหรือลดลงแทบทุกวัน 6) อ่อนเพลีย แทบทุกวัน 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินควร 8) สมาธิเสีย ความสามารถในการคิดลดลงหรือมีความลำบากในการตัดสินใจ และ 9) คิดเรื่องฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

สทีฟานิส (Stefanis, 2002) ได้ให้ความหมายของผู้ที่ภาวะซึมเศร้า คือ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างหนึ่งที่มีความรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมาก มีนัยทางการแพทย์จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างถูกต้อง เช่น มีอาการเศร้ามากเกินควร และนานเกินไป อาการไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจ หรืออธิบายด้วยเหตุผล รู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิดอยากตาย มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หน้าที่การงาน กิจวัตรประจำวัน ครอบครัวและสังคมทั่วไป ในรายที่รุนแรงจะมีอาการทางกาย เช่น นอนมากเกินไป หรือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ทวี ตั้งเสรีและคณะ (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอารมณ์และความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หมดหวัง เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปและมีผลต่อการดำรงชีวิต

เบ็ค (Beck, 1967) ได้อธิบายความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ร่วมกับมีความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของเราหลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับปกติซึ่งมีอาการรู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้เล็กน้อย แต่ยังดำรงอยู่ในสภาพปกติไปได้จนถึงระดับรุนแรงโดยมีอาการ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดหวังในชีวิต ไร้ความสามารถ มีความคิดในทางลบจนถึงมีความคิดฆ่าตัวตายได้ และเบ็คกล่าวกว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต และการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต อาการแสดงจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกหนีและลงโทษตัวเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศมีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลงและเชื่องช้าเป็นต้น

ดังนั้นจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการสามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่มีอาการเศร้ามากเกินควร และนานเกินไป อาการไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจ หรืออธิบายด้วยเหตุผล รู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิดอยากตาย มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หน้าที่การงาน กิจวัตรประจำวัน ครอบครัวและสังคมทั่วไป ในรายที่รุนแรงจะมีอาการทางกาย เช่น นอนมากเกินไป หรือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย มีทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลายทฤษฎี ทั้งที่เกี่ยวกับสภาวะทางด้านจิตใจ (Psychological) ด้านชีวภาพ (Biological) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งไม่มีเพียงสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากหลายๆสาเหตุขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. สาเหตุทางด้านชีวภาพ (Biological Theories of Depression)

สาเหตุทางด้านชีวภาพที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายด้านด้วยกัน ดังนี้

1.1 ด้านชีวเคมี (Biochemical theory of depression) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ซึ่งจากการศึกษาวิจัยจากผู้วิจัยหลายคนมีความคิดเห็นตรงกันว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองโดยมีความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ในสมองหลายชนิด ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติของสารสื่อประสาท อาจเกิดจาการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การตายของเนื้อสมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลงกว่าปกติ ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือจากการใช้สารเสพติด ดังนั้นจึงเชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น สารสื่อประสาทที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามี 2 ชนิด คือ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนพฟิน (norepinephrine) ซึ่งการหลั่งของสารซีโรโทนินลดลงทำให้การควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกายลดลง เช่น การนอนหลับ ความต้องการทางเพศและความอยากอาหารลดลง หงุดหงิดง่าย ถ้าการหลั่งของนอร์อิพิเนพฟินลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ สมาธิ และความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของจำนวนสารสื่อประสาทซีโรโทนินที่ลดลง (Varcarolis, 2000) และจากการศึกษาของบล๊อก (Block, 2008) พบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอาจจะเกิดจากพื้นฐานภายใน (Endogenic Depression) ซึ่งเป็นความผิดปกติทางด้านกรรมพันธุ์ อาการซึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติ ได้แก่ สารซีโรโทนินที่ผิดปกติ

1.2 ยีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic) จากการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมโดยฝาแฝด (twin) ที่มีบิดาและมาดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้าบุตรจะมีโอกาสเป็นด้วยในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Identical fraternal twins) มีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 19 สำหรับญาติในอันดับหนึ่ง (First-degree relation) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 1.5-3 เท่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2544)

1.3 ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเชื่อว่า ความเจ็บป่วยหรือโรคหลายโรคที่มีลักษณะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดการสูญเสียการทำงานอวัยวะในร่างกาย เจ็บปวดอย่างรุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคอัมพาต รวมถึงโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ ความผิดปกติของต่อมพาราธัยรอยด์ ความผิดปกติของตับอ่อน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำให้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

จิตใจอย่างมากส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) และจากการศึกษาของบล๊อก (Block, 2008) พบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของร่างกาย (Organic Depression) เป็นความเสียหายของโครงสร้างสมองซึ่งอาจเกิดจากโรคหลอดเลือดแข็งตัวผิดปกติ หรือโรคตับอักเสบ โรคเรื้อรังต่างๆ

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ได้มีผู้ให้แนวคิดเพื่ออธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าไว้หลายทฤษฎีหรือแนวคิด ตัวอย่างเช่น

2.1 แนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (oral stage) และบุคคลเก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึก (unconscious) เป็นความสูญเสียที่ไม่ได้รับการแก้ไข เป็นแรงผลักดันให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า และมีแนวโน้มที่จะใช้กลไกทางจิตชนิด กล่าวโทษตนเอง (introjection) (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

2.2 ทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive theory) โดย เบ็ค (Beck, 1967) มีการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดทางปัญญา (cognitive behavior modification) ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเบ็ค ได้เสนอแนวคิดว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีจิตใจพื้นฐานบางอย่าง ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้เกิดกระบวนการความคิดในทางลบ สับสนและไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยแรกเมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิต และปัจจัยที่สองบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง โดยเป็นผลมาจากความผิดพลาดของกระบวนการคิด บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์แรกในชีวิต ซึ่งจะมีเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น ทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราวผิดพลาดบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆเมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิกฤต การประมวลเรื่องราวการผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งกระบวนความคิดทางลบเหล่านี้จะแสดงออกเมื่อถูกกระตุ้นโดยความเครียด และเบ็ค ยังกล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบหลักอยู่ 3 ประการ (cognitive triad) ดังนี้

รูปแบบความคิดต่อตนเองทางลบ (Negative view of self) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองว่าตนเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากมีข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นมา และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้น มีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง จะโทษว่าเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

รูปแบบความคิดต่อโลกในทางลบ (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลความจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเอง ในรูปแบบความสูญเสีย ถูกใส่ร้ายประจำ มองเห็นชีวิตตนเองเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าของตนเองลดลงและเมื่อพบกับสถานการณ์ที่ตนเองเคยประสบมาก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ ส่งผลให้เกดความคิดอัตโนมัติทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

รูปแบบความคิดต่ออนาคตในทางลบ (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความลำบากทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าจะพบแต่ความยากลำบาก ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นปัจจุบันก็จะมองว่า สถานการณ์ในอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหาต่อตนเองต่อไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้สูญเสียความหวังในอนาคตเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

จากการศึกษาของ บล็อก (Block, 2008) พบว่าสาเหตุที่สำคัญอีกอย่างของภาวะซึมเศร้าด้านจิตใจ (Psychogenic depression) คือเกิดจากการประสบกับภาวะเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต ไม่สามารถรับกับสถานการณ์หรือภาวะที่รุนแรงนั้น มีสภาพจิตใจที่อ่อนหล้าต่อการตอบสนองต่อความเครียดเรื้อรัง และสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอาจจะเกิดจากความเครียดในครอบครัว เหตุการณ์สะเทือนใจอย่างรุนแรงหรือความคาดหวังที่สูงเกินความจริงซึ่งจะพบภาวะซึมเศร้านี้ในช่วงวัยเด็ก การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือคู่สมรส ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าเพราะความสามารถในการปรับตัวลดลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง

3. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial cause) แนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของจิตสังคมของภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (premorbid personality factor) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อีกหนึ่ง ได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพบางแบบ เช่น แคปแลนและแซดอกซ์ (Kaplan & Sadock, 1995) กล่าวว่าทุกคนอาจมีภาวะซึมเศร้าได้ถ้ามีความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเพียงพอ แต่มีบุคลิกภาพบางลักษณะที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดแสดงท่าทางละคร (histrionic) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (borderline) ส่วนบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติชนิดหวาดระแวง (paranoid personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติทั้งสองชนิดนี้ ใช้กลไกป้องกันทางจิตชนิดโทษผู้อื่น (projection) และกลไกป้องกันตนเองแบบภายนอก (externalization defense mechanism) ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (decompensate) จนถึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้นักวิจัยบางคนเชื่อว่ากลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติที่เรียกว่าบุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า (depressive personality disorder) คนที่มีบุคลิกภาพแบบนี้จะเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เซื่องซึม มักชอบตำหนิตนเองและผู้อื่น มองตนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวัง มองชีวิตด้านลบ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากเชื่อว่าคนกลุ่มนี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเป็นปมด้อยในใจตั้งแต่ระยะเด็กเล็ก เช่น การสูญเสียพ่อแม่ การถูกทารุณกรรมทางร่างกายและทางเพศ บิดามารดาติดเหล้า เป็นต้น (Kaplan & Sadock, 1995)

4. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตและความตึงเครียด จากสภาพแวดล้อม การสูญเสียและปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งพออธิบายได้ว่า เหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม (Life events and environment stress) ปัจจุบันความเชื่อที่ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพได้รับความเชื่อถือมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แพทย์ส่วนใหญ่ยังคงเชื่อว่าเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้ารุนแรงมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียผู้เลี้ยงดูก่อนอายุ 11 ปี และสัมพันธ์กับการสูญเสียคู่ครองช่วงก่อนจะเกิดโรค (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าการสูญเสียเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่นการสูญเสียสัมพันธภาพ การสูญเสียภาวะสุขภาพ อิสรภาพ และสิ่งสำคัญอื่นๆ (Priest, 1983) และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากการสูญเสียบุคคลรอบข้างอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และการสูญเสียทางภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยทางร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมก็มีส่วนสัมพันธ์ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (Ugarriza, 2002) จากการศึกษาของสุทธิชัย เชื้อสุวรรณ (2551) พบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังเกิดจากผู้ป่วยเรื้อรังมีโรคทางกาย มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้สูญเสีย สิ้นหวังและเสียใจต่อภาวการณ์เปลี่ยนแปลงที่ทุกข์ทรมาน และคิดฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ได้เกิดจากปัจจัยเพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน และแต่ละปัจจัยอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม หรือปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม บุคลิกภาพ หรือการปรับตัวของบุคคลนั้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ความตึงเครียดต่างๆและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในทางที่ถูกต้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

อาการและอาการแสดง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษา ของ ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง (2549) พบว่าอาการและอาการแสดงปรากฏดังต่อไปนี้

1. รู้สึกเศร้า หมดหวัง หมดกำลังใจ ร้องไห้ง่าย
2. เบื่ออาหาร น้ำหนักลดมากกว่า 5 เปอร์เซ็นต์ใน 1 เดือนหรือส่วนน้อยตรงกันข้ามกินมากกว่าปกติ
3. นอนไม่หลับหรือส่วนน้อยตรงกันข้ามนอนมากกว่าปกติ
4. รู้สึกวิตกกังวล กระสับกระส่าย กระวนกระวาย
5. รู้สึกเบื่อหน่าย สนใจน้อยลงในกิจกรรมที่เคยชอบ
6. มองโลกในแง่ร้าย หงุดหงิดรำคาญ อารมณ์เสียง่ายกับคนรอบข้าง
7. ความต้องการทางเพศลดลง อารมณ์ศิลปินและจินตนาการลดลง
8. อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง
9. รู้สึกตนเองล้มเหลว ไร้ค่า หรือรู้สึกผิด
10. สมาธิลดลง ความคิดสร้างสรรค์และความจำไม่ดี
11. มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรัง โดยหาสาเหตุไม่พบเช่นปวดศีรษะ ปวดเรื้อรังท้องอืด ฯลฯ

จากการศึกษาของ ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง (2549) สามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับได้แก่

1. ภาวะซึมเศร้าน้อยเป็นชั่วคราว มักมีสาเหตุกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก จากการสูญเสียพลัดพรากหรือผิดหวังจากสิ่งที่รักผูกพัน โดยทั่วไปใช้เวลาสั้นๆจะดีขึ้นเอง ทำใจได้ อาจไม่ต้องพบแพทย์
2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง มีอาการน้อยถึงปานกลางแต่เป็นบ่อยเป็นยืดเยื้อยาวนาน ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต ต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ หรือรักษาด้วยยาต้านเศร้าจากจิตแพทย์
3. ภาวะซึมเศร้ามากรุนแรง มักมีสาเหตุกระตุ้นจากปัจจัยภายในที่เกิดความไม่สมดุลหรือพร่องไปของสารเคมีในสมอง มีแนวโน้มทำร้ายตัวเอง ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ทำจิตบำบัดและป้องกันการทำร้ายตัวเองอย่างเร่งด่วน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมในการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่า การคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยการค้นหาผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพนั้น จะสามารถเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าและส่งผลดีต่อการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก (Pignone, 2002) การค้นหาคัดกรองที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกรับเข้ารับการรักษาในสถานบริการได้ทันเวลาจะสามารถลดอัตราป่วยและอัตราตายได้ และการคัดกรองจะเกิดประโยชน์ได้ดีต้องมีระบบการรักษาและติดตามที่ดี (Alfred, 2002) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องได้รับการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมกับการรักษาโรคทางกาย (กรมสุขภาพจิต, 2552) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีอาการทางกายหลายอย่างๆ พร้อมกัน ทำให้ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต และคิดฆ่าตัวตายได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) การประเมินภาวะซึมเศร้า มีหลากหลายรูปแบบและมีแนวทางการเลือกแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการดูที่กลุ่มเป้าหมายของการประเมิน ว่าจะเลือกประเมินใคร ค่าพารามิเตอร์เป็นอย่างไร ใครจะเป็นผู้ประเมิน (ธรณินทร์ กองสุข, 2550) และจากการศึกษาแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าพบว่ามีหลายรูปแบบ ผู้ศึกษาจึงขอสรุปแบบประเมินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีการนำมาใช้บ่อย ดังนี้

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (The Patient Health Questionnaire: PHQ-9) พัฒนา โดย โรเบิร์ต และคณะ (Spitzer et al., 2001) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ เป็นที่นิยมใช้วัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ ซึ่งพัฒนาแปลเป็นไทยและภาษาอีสาน โดย จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน และคณะ (2549) ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 84 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 94 คำถามมี 9 ข้อ คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับตั้งแต่ไม่มีเลย (คะแนน=0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน=1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน=2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน=3) โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าดังนี้

< 7	คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า
7-12	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
13-18	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
>19	คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินนี้นำมาใช้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป มีการสัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่ มีความสะดวกง่าย ใช้เวลาไม่นาน มีประสิทธิภาพ สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าในโรคเรื้อรังและมีการใช้อย่างแพร่หลายในชุมชนในการบริการระดับปฐมภูมิ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ (Depression screening test) พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มี 3 องค์ประกอบคือ 1) mood component 2) cognitive behavior component 3) somatic component ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 มีค่าความไวร้อยละ 86.80 ความจำเพาะร้อยละ 79.80 แบบคัดกรองมีคำตอบให้มี หรือไม่มี ความสะดวกในการตอบคำถามใช้เวลาตอบประมาณ 5 นาที มีจุดเด่น คือ คำถามทั้งหมดมีการทดสอบภาษาและการสื่อความหมายที่เข้าใจง่าย แต่มีข้อจำกัดในด้านการบอกความถี่หรือความรุนแรงของอาการในแต่ละข้อ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อประเมินประชากรไทยที่อาจมีภาวะซึมเศร้าและรับการบำบัดตั้งแต่ระยะแรกโดยใช้ประเมินในประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 เพื่อวัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ได้ปรับปรุงใหม่ในปี 1978 (BDI-IA) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางร่างกาย 6 ข้อ มีการให้คะแนน 4 ระดับ มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง ค่าความเที่ยง 0.93 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-IA ในปัจจุบันและทดลองใช้โดย มุกดา ศรียงค์ (2522)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า(The Patient Health Questionnaire: PHQ) ชนิด 2Q และ 9Q ตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต ในการดำเนินงานและการรายงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกเดือน

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยเรื้อรัง คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 3 ของบุคคลซึ่งจะต้องมีภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่ต้องรับการรักษา และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดและอาการสิ้นหวังและซึมเศร้า (www.clevelandclinic.org/health/) และจากการศึกษาของ พวงผกา กรีทอง (2546) พบว่าภาวะซึมเศร้าจัดเป็นโรคร่วมที่เกิดขึ้นร่วมกับการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่นที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาโรคเรื้อรังอีกกลุ่ม ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ผู้ป่วยเรื้อรังจะรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น สุดท้ายอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด และจากการศึกษาของสถาบันแห่งชาติทางด้านสุขภาพและการประเมินประสิทธิภาพของการรักษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ของประเทศอังกฤษ (National Institute for Health and Clinical excellence, 2008 [NICE]) พบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง พบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคดังกล่าวเป็นระยะเวลานานจะมีความเสี่ยงตกอยู่ในภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 3-4 เท่า การป่วยเป็นโรคติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยเล่านั้นมีช่วงเวลาของชีวิตสั้นลง และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าสูงเป็น 2-3 เท่าของกลุ่มประชากรปกติ อีตัน (Eaton, 2002) ผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและหน้าที่การงาน การประกอบอาชีพ ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่ความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจอาจนำไปสู่ความคิดที่ไม่อยากมีชีวิตต่อไป (Burke, 1998) ภาวะซึมเศร้ายังเป็นภาวะโรคร่วมของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพจิตใจ ความพิการ (Hitchcock, 2004) ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคเรื้อรังเลวลง เกิดอาการปวด อ่อนเพลียไม่มีชีวิตชีวา การใช้ชีวิตในสังคมแย่ลง แยกตัวจากสังคม (http://www.medicinenet.com, วันที่ 27 สิงหาคม 2553) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังเป็นโรคร่วมที่ทำให้อาการทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น การดูแลตนเองลดลง มีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดใหญ่และหลอดเลือดเล็กเพิ่มขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่าย ทำให้เสียชีวิตมากขึ้น (Katon et al., 2009) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความเครียด (Sarafino, 1997) การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับแผนการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย มีผลให้เกิดความเครียด เมื่อเกิดความเครียดแล้วผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถปรับลดความเครียดลงได้จะแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม คือ รู้สึกวิตกกังวล เสียใจ นอนไม่หลับ แยกตัวเอง ซึมเศร้าและโกรธตัวเอง (Cohen, 2000) ในขณะที่ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่า ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและป่วยหนักจะมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากมีชีวิตอยู่และพยายามฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาผลกระทบทางด้านครอบครัวของ จารุวรรณ มานะสุระการ (2544) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว ต้องปรับบทบาทของครอบครัวให้เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวมีกิจกรรมลดลง ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วยเรื้อรังจะมีปัจจัยที่ทำเกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังจะเกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังพอสรุปได้ดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้หญิงมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้ชายถึง สองเท่า ผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 20-25 และผู้ชายมีโอกาสเป็นร้อยละ 12 ("Causes of Depression," 2004) ซึ่งในประเทศไทยนั้น พบว่าผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 2 ต่อ 1 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโทย์ สุคนิชย์, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2550) ในเรื่องสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าซึ่งเกิดจากภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง

2. อาชีพ พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากของการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีผลกระทบอย่างมากในคนที่ทำงานมากเพราะการทำการที่ยาวนานไม่เป็นผลดีกับการจัดการซึ่งมีการศึกษาถึง 5 ตัวอย่างในการทำงานซึ่งให้ผลในทางลบต่อภาวะซึมเศร้า (Neill, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไทย ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาชีพรับราชการจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม (จุฑารัตน์ สถิรปัญญา และพรชัย สถิรปัญญา, 2548)

3. อายุ การเกิดภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก เช่น ภาวการณ์เจ็บป่วยด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเคยมีประสบการณ์ ของการมีภาวะซึมเศร้า ที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (อรพรรณ ทองแดง, 2552)

4. ปัจจัยด้านครอบครัว จากการศึกษาของ มินนูชินและคณะ (Minuchin et al, 1978) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ครอบครัวมักมีปฏิสัมพันธ์และการปฏิบัติหน้าที่หลายอย่างที่ไม่เหมาะสม เช่น มีความผูกพันกันมากเกินไป ไม่มีความยืดหยุ่นเพียงพอ และแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกันไม่ได้ ส่งผลต่อภาวะด้านจิตใจก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของไบออร์ดิ (Biordi as cited in Lubkin & Larsen, 1998) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัว ในฐานะสามี หรือภรรยา พ่อหรือแม่ นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถเข้าสังคมได้อย่างปกติ ทำให้ปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลงจาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรค ส่งผลกระทบให้มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป สังคมไม่ยอมรับ เกิดการแยกตัวออกจากสังคมทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นที่ยอมรับและใช้อ้างอิงกันอย่างแพร่หลายได้แก่ ความหมายซึ่งคณะกรรมการโรคเรื้อรังของสหรัฐอเมริกา (Commission on Chronic Illness, as cited in LeMone & Burke, 2000) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะที่มีการเบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งมีคุณลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายลักษณะดังนี้

1. เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลืออยู่
3. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ
4. ต้องการการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง
5. ต้องการการดูแลเอาใจใส่ติดตามประเมินอาการและให้การช่วยเหลือเป็นเวลานาน

เคอตินและลับคิน (Curtin&Lubkin as cited in Lubkin&Larsen, 2002) กล่าวว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอาการและอาการแสดงที่เป็นสาเหตุมาจากโรค ที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การหายของโรคเป็นได้เพียงบางส่วนเท่านั้น พยาธิสภาพไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผลของความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องเกี่ยวข้องกับคนและสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ซึ่งต้องการการช่วยเหลือแบบสนับสนุน และการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้

ในประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้แตกต่างกันเช่น ประคอง อินทรสมบัติ (2536) ได้ให้ความหมายว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นความบกพร่องหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ ซึ่งจะพบลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลือบ้าง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ ต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษในระยะยาว และต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความไม่แน่นอน ซึ่งความหมายนี้มีความใกล้เคียงกับคณะกรรมการโรคเรื้อรังของประเทศสหรัฐอเมริกา

จารุวรรณ มานะสุระการ (2544) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินโรคนานมีลักษณะไม่แน่นอนหลายด้าน ได้แก่ อาการและอาการแสดงปรากฏในเวลาไม่แน่นอน ระบุระยะเวลาของการเกิดโรคที่แน่นอนไม่ได้ เป็นภาวการณ์เจ็บป่วยที่ไม่หายขาดแต่สามารถทำให้อาการทุเลา ไม่ปรากฏอาการหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ อาจมีการกำเริบของโรคหรือมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวเป็นภาวการณ์เจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆและถาวรทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องการการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือตลอดชีวิต รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย และป้องกันความพิการ ที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายจากอาการของโรค เช่น ความเจ็บป่วย การรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ขับถ่ายไม่สะดวก มีความยุ่งยากลำบากในการเคลื่อนไหว ไม่สมารถแสดงพฤติกรรมที่เคยทำในภาวะปกติได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้ขาดความมั่นใจ ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวเองลดลงและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นการเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ปัญหาทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยเผชิญมักได้แก่ ภาวะความเจ็บปวด ภาวะเครียดและวิตกกังวล ภาวะสูญเสียพลังงานอำนาจ ภาวะที่มีปัญหาทางด้านอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ภาวะซึมเศร้าและแยกตัว ภาวะทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ภาวะหมดหวังและการฆ่าตัวตาย (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2542)

การความเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะที่แตกต่างไปจากความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเฉียบพลัน กล่าวคือ การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้สุขภาพของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ หรือ อาจทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องอาศัยการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาการสมัยใหม่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังในวัยต่างๆ ทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช โรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวายเรื้อรัง กลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นต้น ส่วนโรคเรื้อรังทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท ซึมเศร้า วิตกกังวล บุคลิกภาพแปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ และเมื่อพิจารณาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลในโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาในระยะวิกฤตและเฉียบพลันของโรคมากกว่า ดังนั้น จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวประสบความยากลำบากในการที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพในชุมชนและสังคม (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2546)

สรุปความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาการและอาการแสดงมีสาเหตุมาจากโรค ที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การหายของโรคเป็นได้เพียงบางส่วนเท่านั้น พยาธิสภาพไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ จึงต้องการการช่วยเหลือดูแลแบบสนับสนุนและการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ (Curtin & Lubkin as cited in Larsen, 2002)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ความหมายของภาวะโรคร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของภาวะโรคร่วมไว้ หลายความหมาย ได้แก่

พิเชษ อุดมรัตน์ (2548) ภาวะโรคร่วม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีโรคมากกว่าหนึ่งโรคตลอดชั่วชีวิต (lifetime) หรือ ในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

สก๊อต (Scott, 2007) ได้ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม คือปัญหาที่รวมอยู่กับการรักษาเดียวกัน ซึ่งแยกเนื้อหาการรักษาออกมาจากโรคที่เป็นอยู่

วิคิพีเดีย (Wikipedia, 2008) ได้ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม คือ ภาวะเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งโรคร่วมกับภาวะเจ็บป่วยหรือโรคเดิมหรือการเกิดโรคมากกว่า 2 โรค เพิ่มขึ้นจากโรคเดิมที่เป็นอยู่ในเวลาเดียวกันซึ่งสาเหตุการเกิดโรคอาจมีความสัมพันธ์กันแต่ไม่เกี่ยวข้องกัน

จากความหมายของภาวะโรคร่วมดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ภาวะโรคร่วมคือการที่ผู้ป่วยมีโรคมากกว่าหนึ่งโรค (เพิ่มจากโรคเดิมที่เป็นอยู่) ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากในการรักษา และเกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วย

ภาวะโรคร่วมและผลกระทบที่พบในการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษากลุ่มภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ดังนี้

ด้านร่างกาย

1. การเจ็บป่วย ด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ไม่ได้สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอจากโรคและการรักษา ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายชีวิตและการสร้างครอบครัว (สมจิต หนุเจริญกุล, 2546) ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2533)

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาของแพทย์ (Phipps, 2007)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. ความผิดปกติของการรับรู้การตอบสนองต่อความรู้สึก ที่พบบ่อย ได้แก่ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคและการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ความมีชีวิตชีวาลดลง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2536)

4. การขาดสารอาหาร เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวกับการเผาผลาญลดลงหรือผิดปกติ ที่เกิดจากโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น โรคเบาหวานที่ร่างกายไม่สามารถนำอาหารไปใช้ได้ตามปกติ (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544)

5. ความผิดปกติของการขับถ่าย แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสาเหตุได้แก่อาการท้องผูกพบได้ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยอัมพาต อาการท้องเดินในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร เช่น ผู้ป่วยเอดส์ (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544)

6. การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เนื่องจาก ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวด อาการหายใจเหนื่อยหอบ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2536)

7. การมีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง การรักษา ได้แก่โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การเสื่อมของประสาทส่วนปลาย (Larson, Kabn, & Flodberg as cited Lubkin & Larsen, 2002)

ด้านจิตใจและอารมณ์

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองลดลง ความเครียดและความวิตกกังวลและการสูญเสียพลังอำนาจ ความโกรธ รวมถึงภาวะซึมเศร้าและแยกตัว ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวเองลดลงนั้นเป็นผลมาจากความสามารถลดลงจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เคยทำในภาวะปกติได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้ขาดความมั่นใจ อัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจึงทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดต่ำลง (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2542) ความเครียดและความวิตกกังวลนั้นเป็นผลมาจากความไม่แน่นอนจากลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรังในด้านอาการ และอาการแสดงระยะเวลาในการเกิดโรคและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุกข์ มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีความหวังและมีปัญหาในการดูแลตนเองและพัฒนาเป็นความเครียดได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2536) ทั้งนี้ ความเครียดและความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อความเจ็บป่วยเพื่อให้ร่างกายมีการปรับตัวและกลับคืนสู่สภาวะปกติ ผู้ป่วยเรื้อรังมีมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาว่าจะหายหรือไม่ (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์ตามนัด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานตลอดชีวิตการมีข้อจำกัดในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ อาจทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังอึดอัด วิตกกังวล ส่งผลต่อความเครียดและมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Eaton, 2002 ;Schifrin, 2001) การสูญเสียพลังอำนาจเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและจากการรักษาก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้กระบวนการความคิด การวางแผนและการตัดสินใจไม่สามารถควบคุมตนเองและสถานการณ์ต่างๆ ทีเกิดขึ้นกับชีวิตได้ ทำให้รู้สึกหมดหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดที่พึ่ง ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ทำให้ใช้วิธีแก้ปัญหาไม่ถูกต้อง (Barry, 1989) ความโกรธเป็นปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยด้วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นในระยะแรกหรือเมื่อเกิด ภาวะวิกฤตหรืออาจเกิดความคับข้องใจจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2542) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าและแยกตัว พบได้ในทุกกุล่มอายุเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด เนื่องจากระบบการทำงานของร่างกายและจิตใจรวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลถูกระทบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตที่ควรต้องได้รับการแก้ไข (พิไลลักษณ์ ทองอุไร, 2542) ผู้ป่วยเรื้อรัง มักเกิดปัญหาความไม่มั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นผลทางลบที่เกิดจากการปรับตัวของผู้ป่วย (ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547) บุคคลทีเกิดภาวะซึมเศร้าจะมีความสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง ทั้งการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหาย การฟื้นฟูสภาพ การรับประทานอาหาร กำลังใจ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ ผลพลอย (2533) ที่ศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญท้อแท้ และเบื่อหน่าย ขาดการสนใจตนเอง จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้า

ด้านสังคม

จากลักษณะของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ความพิการและแบบแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ ฐานะของเศรษฐกิจลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องลดบาทบาทตนเองในครอบครัว และสังคมไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวในฐานะสามีหรือภรรยา พ่อและแม่ นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถเข้าสังคมได้อย่างปกติ ทำให้ปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลงจากปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรค ส่งผลกระทบให้มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป สังคมไม่ยอมรับเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไบออดิ (Biordi as citecd in Lubkin & Larsen, 2002)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ด้านครอบครัว

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทรุดโทรม จากการที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังทำให้ขาดการดูแลตนเอง การพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด อาการซึมเศร้าและอ่อนล้า แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป ต้องมีการปรับทบบาทของครอบครัวให้เหมาะสม กิจกรรมที่เคยทำปกติถูกจำกัดให้น้อยลง (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน รายได้ลดลง ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ภาระในการดูแล สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น ทั้งภาระของตนเองและภาระของผู้ป่วย ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวลดลง จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจสมาชิกในครอบครัว (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536)

ด้านเศรษฐกิจ

การเจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติโดยรวมอีกด้วย จากลักษณะที่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวการณ์เจ็บป่วยที่รักษาไม่ขาดหาด มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว ทำให้ต้องมีการเข้ารับการรักษาในพยาบาลเป็นระยะ ตลอดจนมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพไปตลอดชีวิต ส่งผลให้ต้องรับภาระดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมาก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540) ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความตึงเครียดจากการต้องรับภาระค่าใช้จ่าย การสูญเสียกำลังคนและรายได้ของครอบครัวรวมทั้งการมีภาระเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกรณีที่มีอาการรุนแรงหรือพิการจากโรค (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540)

กล่าวโดยสรุป จากลักษณะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่างๆ มากมายทั้งผู้ป่วย สังคมเศรษฐกิจของประเทศชาติ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นการดูแลผู้ป่วยในเชิงรุก เน้นให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การได้รับการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ต้นและรีบจัดการดูแลรักษาเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยลดผลกระทบต่างๆ ได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผลกระทบภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก(World Health Organization, 2007 [WHO]) คาดการณ์ว่าอีก 10 ปีข้างหน้า ภาวะซึมเศร้าจะเป็นโรคอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและยังก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งร่างกายและจิตใจต่อตัวผู้ป่วย ร่วมทั้งเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ รณชัย คงสกนธ์ (2548) พบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยและนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคลและเศรษฐานะทางสังคม อัตราความชุกตลอดชีพของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 15 และอาจสูงถึงร้อยละ25ในเพศหญิงและยังพบอุบัติการณ์ในสถานบริการในระดับสาธารณสุขมูลฐานถึงร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาของคาตัน และคณะ (Katon et al., 2009) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วมที่ทำให้อาการทางกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น การดูแลตนเองลดลง มีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดใหญ่และหลอดเลือดเล็กเพิ่มขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่าย ทำให้เสียชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโคเฮน (Cohen, 2000) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เกิดขึ้นเนื่องจากแบบแผนการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยจะเบื่อหน่ายการรักษา จะแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม คือ รู้สึกวิตกกังวล เสียใจ นอนไม่หลับ แยกตัวเอง และโกรธตัวเอง ในขณะที่ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่า ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังและป่วยหนักจะมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากมีชีวิตอยู่และพยายามฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาของปาจรีย์ อารีย์ (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าและมีอายุ 60 ปีขึ้นไปมักมีอาการกังวลกับการป่วยเรื้อรัง บางรายเบื่ออาหาร เบื่อยา ส่งผลให้การรักษาไม่เป็นไปตามขั้นตอนและยากต่อการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นได้ และจากการศึกษาผลกระทบทางด้านครอบครัวของจารุวรรณ มานะสุระการ (2544) พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว ต้องปรับบทบาทของครอบครัวให้เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวมีกิจกรรมลดลง ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง

กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าเข้าไปในระบบสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีกิจกรรมการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีกิจกรรมในการดำเนินการตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน การค้นหาผู้ป่วย การประเมินอาการ การดูแลช่วยเหลือ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2552) มีแนวทางในการเฝ้าระวังและค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน คัดกรองเป็นแบบ 2Q และ 9Q ค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เข้าสู่ระบบการรักษาและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างทันท่วงทีและในปีงบประมาณ 2550-2552 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้มอบแนวทางให้สถานีอนามัยในเครือข่ายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ กำหนดตัวชี้วัด การค้นหาและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มเสี่ยงซึ่ง ผู้ป่วยเรื้อรังก็เป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องค้นหาและคัดกรองและให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม การป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายให้เป็นแนวทางในการพัฒนาในแต่ละหน่วยงาน ใช้เป็นแนวทางในค้นหา คัดกรองในกลุ่มประชาชนที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมงซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ได้จัดทำแผนในการใช้แนวทางในการค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ซึ่งได้รับนโยบายจากกรมสุขภาพจิตและใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2552)

แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังนั้นสามารถป้องกันได้และมีแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังนั้นมีลักษณะที่คล้ายกันในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงขอใช้การป้องกันภาวะซึมเศร้าแทนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ (Scott, 1995) ในเรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ซึ่งมีกลยุทธ์ในการที่จะศึกษากลุ่มเป้าหมายในวัยเด็กที่มีความเปราะบางในช่วงวัยเด็กที่มีความสูญเสียในชีวิต โดยการให้การดูแลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างพ่อ แม่ ลูก การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาในช่วงวัยรุ่น การสนับสนุนให้มารดาในการช่วยเหลือดูแล การให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ที่มีความเศร้าโศก ผู้ที่มีความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่าตัด และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เช่น คู่สมรสที่หย่าร้าง 2) การป้องกัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยมีกลยุทธ์คือ การป้องกันการเกิดโรคและค้นหาผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาอย่างรวดเร็ว โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการสัมภาษณ์สำหรับเจ้าหน้าที่ในการค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้า การให้การบำบัดรักษาในระยะเริ่มแรก โดยการสนับสนุนให้การช่วยเหลือแก่มารดาที่ตั้งครรภ์ การปรับปรุงแก้ไขและในการขอความช่วยเหลือจากมืออาชีพ เช่น การให้ความช่วยเหลือการรับส่งต่อของหน่วยปฐมภูมิ 3) การป้องกันในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันการกลับเป็นใหม่และการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งการลดการกลับเป็นใหม่ในผู้ป่วยโดยการให้การรักษาจิตบำบัดและการรักษาด้วยยา การรักษาด้วย วิธี Cognitive therapy การบำบัดครอบครัว การให้การฟื้นฟูด้านอาชีพ และการพัฒนาโปรแกรมในการช่วยเหลือ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การสร้างเครือข่ายในการรักษา การฝึกทักษะทางสังคม แบบแผนของการคบเพื่อนการขยายการรักษา การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับใช้ชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ในเรื่องขอบเขตของการพยาบาลจิตเวชในชุมชนของ สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2527) เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชนมีความคล้ายคลึงกับแนวทางการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ สก๊อต (Scott, 1995) ซึ่งจะแบ่งการป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตไว้ 3 ด้านเช่นกันคือ ด้านที่หนึ่งเป็นเรื่องของการป้องกันขั้นต้น จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อการลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่โดยการขจัดปัจจัยที่มีอิทธิพลที่มีผลนำไปสู่ภาวการณ์เจ็บป่วยทางจิตของประชาชน และชุมชน เป็นการเน้นถึงการค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตใจ ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดกลไกการต่อต้านความเครียด ส่งเสริมให้เกิดระบบการประคับประคอง (Supporting System) ในชุมชนและการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต โดยมุ่งเน้นการค้นหาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้าและค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง จัดกลุ่มส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชน กิจกรรมช่วยเหลือรายบุคคล ครอบครัว คู่รัก ให้คำปรึกษาแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตด้วยวิธีต่างๆ วางแผน กำหนดนโยบายการให้บริการด้านการพยาบาลจิตเวชชุมชนด้านที่สองเป็นการป้องกันขั้นที่ 2 เป็นการดำเนินการเพื่อลดจำนวนการเจ็บป่วยทางจิตให้น้อยลง โดยการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาโดยเร็วที่สุด การป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมเร็วที่สุด การป้องกันขั้นนี้เน้น การค้นพบและการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรักษาได้เร็วที่สุด การคัดกรองผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือบุคคลที่เกิดภาวะวิกฤต การให้บริการในโรงพยาบาลและการดูแลรักษาด้วยยา ด้านที่สามเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 เน้นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ป้องกันความพิการเนื่องจากการเจ็บป่วยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมให้ฟื้นฟูสภาพเดิมให้เร็วที่สุด รวมถึงการดูแลรักษาต่อเนื่อง การให้ความรู้แก่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ญาติและชุมชน เช่น การทำแผนจำหน่ายผู้ป่วย การประสานงานให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม รายครอบครัว การส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ของรณชัย คงสกนธ์ และอัจฉราพร สี่หิรัญวงค์ (2550) แบ่งแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันทั่วไปเป็นการป้องกันที่ดำเนินการการกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชากรทั่วไปหรือประชาชนทั้งหมด เช่นประชาชนทั้งประเทศ

2. การป้องกันเฉพาะกลุ่ม เป็นการป้องกันการเจ็บป่วยที่มุ่งสู่กลุ่มประชากรเป้าหมายที่เฉพาะมากขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มย่อยในประชากรทั้งหมด หรือประชากรทั่วไปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มผู้หญิง เด็กวัยรุ่น และผู้สูงอายุ กลุ่มพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว และกลุ่มบุคคลที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

3. การป้องกันเฉพาะกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงสูง เป็นการป้องกันที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มบุคคลที่ตรวจพบว่ามีข้อบ่งชี้ในการเกิดโรคซึมเศร้า แต่ยังมีอาการไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) หรือรหัสของแต่ละโรค (ICD-10) หรืออาจมีอาการทางกายภาพที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคซึมเศร้า ได้จากการทบทวนวรรณกรรมกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจมีอาการซึมเศร้าในระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง ได้แก่กลุ่มต่อไปนี้ กลุ่มที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทรัพย์สินเงินทองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่คุกคามต่อชีวิต

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ รับผิดชอบทั้งหมด 4 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้น 2,588 คน มีผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2549 ถึงปัจจุบัน พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้นในปี พ.ศ.2549 ถึงพ.ศ.2552 เท่ากับ 11.24, 46.74, 50.23 และ 54.73 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (แบบรง.การประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์, 2552) จากสถิติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี 2550-2552 ที่ผ่านมา พบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่คัดกรองมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจำนวน 19, 26 และ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

29 ราย และ28, 37 และ 43 รายคิดเป็นร้อยละ 61.29, 78.79, 87.88 และ 42.42, 56.06, 65.15 ตามลำดับ (ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์, 2552) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีจากการวิเคราะห์ข้อมูลในปี 2552 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.27 ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 12 รายคิดเป็นร้อยละ 41.38 และรุนแรง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.34 สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จำนวน 23 รายคิดเป็นร้อยละ 53.49 ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.86 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.66 ตามลำดับ และในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงมีความคิดอยากฆ่าตัวตายและพยายามทำร้ายตนเองแต่ไม่สำเร็จ จำนวน 3 ราย คิดเป็น 117.39 ต่อแสนประชากร (สรุปรายงานการติดตามและเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์, 2552) ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมงได้พยายามแก้ไขปัญหานี้มาโดยตลอดแต่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังก็ยังเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ

ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมงได้ตระหนักถึงปัญหานี้และได้พยายามป้องกันปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังไม่ให้มีภาวะซึมเศร้าโดยที่ผ่านมาในด้านโครงสร้าง โดยมีกิจกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีกิจกรรมในการดำเนินการตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน การค้นหาผู้ป่วย และนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ PHQ-9 มาใช้เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการทุกราย อย่างไรก็ตามในด้านบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมงมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานจึงไม่สามารถค้นหาและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการได้ทุกราย ในด้านกระบวนการ ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมงได้ดำเนินการภายใต้แนวทางที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ได้มอบหมาย โดยได้จัดโครงการจิตอาสาเพื่อนพึ่งพา อบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่นและแกนนำชุมชนในการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และขอให้กลุ่มจิตอาสาดำเนินการให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว กลุ่มผู้ที่ได้รับความเสียหายทางธรรมชาติ ฯลฯ ในเรื่องภาวะซึมเศร้าและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ส่วนในปี 2551 ได้จัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานการป้องกันและเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น เพื่อพัฒนามาตรฐานการป้องกันการภาวะซึมเศร้าในสถานบริการ เริ่มตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง การให้คำปรึกษา มีการจัดอบรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย เพื่อป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่อาจจะ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ผลลัพธ์ ยังพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการป้องกัน ค้นหาหรือคัดกรองภาวะซึมเศร้าไม่ครบทุกราย และยังเกิดผู้ป่วยเรื้อรังพยายามฆ่าตัวตายที่บ้านจำนวน 3 รายในปี 2552 ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2 รายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย (ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง, 2552)

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมานั้น มีความสำคัญที่จะต้องปรับระบบโครงสร้างการดำเนินการและผลลัพธ์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูล ปัญหาเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการใน ศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง ขอบเขตของเรื่อง ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์โดยที่มาหรือสาเหตุ ตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษาในด้านลักษณะของสถานการณ์ ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางหรือความเป็นไปได้ ในการแก้ไขสถานการณ์ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551) และการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลการประกันคุณภาพการดูแลสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ที่ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) มาวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ต่อกันคือโครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการและกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่ออกมา การศึกษาครั้งนี้จะใช้เครื่องมือในการสัมภาษณ์รายบุคคล แบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม การสังเกตโดยผู้ศึกษาและเอกสารของหน่วยงาน ผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง ในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์ต่อไป

การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis)

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายเช่น

โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ว่า หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์เชิงลึก ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ ด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บริทซิสเนส ก๊อสซารี่ (Business Glossary, 2000) ให้ความหมายการวิเคราะห์สถานการณ์ว่า คือความเข้มแข็งภายใน ความอ่อนแอ โอกาส และสิ่งที่คุกคาม ผลกระทบที่มีต่อองค์กร ที่เรียกกันว่าการวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสที่จะพัฒนา และสิ่งที่คุกคาม การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการวางแผนทางการตลาด การวิเคราะห์ทั่วไปเพื่อเป็นการตอบคำถามทั่วไป ว่าตอนนี้องค์กรอยู่ที่ไดและทิศทางจะไปทางไหน

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) ได้อธิบายถึงสถานการณ์ทางคลินิก (Clinical Situational Analysis) ว่าเป็นการให้ความหมายในเชิงปฏิบัติการ โดยอธิบายถึงขอบเขตของเรื่อง ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ และสถานที่หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์โดยที่มาหรือสาเหตุ ตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา ในด้านลักษณะของสถานการณ์ ในด้านผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางหรือความเป็นไปได้ ในการแก้ไขสถานการณ์

สุรศักดิ์ สุนทร (2551) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ ว่าเป็นการศึกษาภาพรวมของบางสิ่ง บางอย่างที่น่าสนใจ ที่เกิดขึ้นในเวลาใดๆ หรือการสืบสวนสภาวการณ์เล็กๆ ที่เป็นส่วนของสถานการณ์ที่จะศึกษา เพื่ออธิบายภาพรวมในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในสถานการณ์ที่ใดที่หนึ่ง

จากความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์สามารถสรุปได้ว่า คือ การอธิบายถึงปัญหาเชิงลึกในการแก้ไขปัญหา โดยวิเคราะห์ภาพรวม สิ่งที่น่าสนใจที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งที่คุกคาม และผลกระทบต่อต่อองค์กร ตามความเห็นหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงหรือคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ศึกษา ซึ่งสามารถนำผลของการศึกษาไปพัฒนางานที่ศึกษาได้

รูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการวิเคราะห์สถานการณ์นั้น ได้มีผู้ศึกษาไว้หลายรูปแบบ แบ่งเป็นประเภทใหญ่ๆ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้หลักสว๊อด อนาไลซิส (SWOT Analysis) ของฮิลและเว็ดบุ๊ค (Hill & Westbrook, 1997) คือการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร/ชุมชน (SWOT) เพื่อศึกษาความต้องการขององค์กร/ชุมชนและนำมาสรุปเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้ตรงและตอบสนองความต้องการขององค์กร/ ชุมชน การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกขององค์กร/ชุมชนนั้นมี 4 ประเด็นคือจุดแข็ง (Sternghs) หมายถึง ความสามารถและสถานการณ์ภายในเป็นบวกซึ่งองค์กรนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

หรือ หมายถึงการดำเนินงานภายในองค์กรที่ทำได้ดี จุดอ่อน (Weaknesses) หมายถึง สถานการณ์ภายในองค์กรที่เป็นลบหรือด้อยความสามารถ ซึ่งองค์กรไม่สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ หรือหมายถึง การดำเนินงานภายในที่องค์กรทำได้ไม่ดี โอกาส (Opportunity) หมายถึง ปัจจัยและสถานการณ์เอื้ออำนวยให้การทำงานขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ หรือ หมายถึง สภาพแวดภายนอกที่เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรอุปสรรค (Threats) หมายถึง ปัจจัยหรือสถานการณ์ภายนอกที่ขัดขวางการทำงานขององค์กรไม่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือหมายถึงสภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัญหาต่อองค์กร

2. การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ซิบโมเดล (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 1971) โดย เน้นการแบ่งแยกบทบาทของการทำงานระหว่างฝ่ายประเมิน กับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือฝ่ายประเมินมีหน้าที่ระบุ จัดหา และนำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาข้อมูล และนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อดำเนินกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี และได้กำหนดประเด็นการประเมินออกเป็น 4 ประเภท ตามอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของซิบโมเดล (CIPP Model) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation : C) เป็นการประเมินก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ ประเด็นปัญหา และความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการ การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณา ถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา ฯลฯ รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการ นี้ จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการแล้ว การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือ มาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ แต่การประเมินผลแบบนี้มิได้ให้ความสนใจต่อเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผนงาน / โครงการเท่าที่ควร

3. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) คือการวิเคราะห์คุณภาพของปัจจัยด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยด้าน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

วิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกับผู้ป่วยตามความเป็นจริงผลลัพธ์ที่ได้มาจากลักษณะส่วนประกอบของงานที่ปฏิบัติ กิจกรรมที่ต้องติดตามคือ การตรวจบันทึกตามระบบงานที่มีหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวกับคุณภาพที่เกิดจากการดูแล แบ่งได้เป็น 2 อย่างคือ 1) ความลำบากหรือความเดือนร้อน 2) การวางแผนเกี่ยวกับการตรวจดูความเรียบร้อย ขั้นตอนนี้เป็นเป็นการตรวจสอบความสงสัยและต้องการเอกสารมาเพื่ออ้างอิงหรือยืนยัน ทั้งสองวิธีนี้เป็นพื้นฐานที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของงานซึ่งกรอบการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวน และผลลัพธ์ ได้แก่

1. โครงสร้าง (structure) หมายถึง ความพอเพียงของทรัพยากรต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของการบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นในการให้บริการ ได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ งบประมาณ ทรัพยากรบุคคล ลักษณะของบุคลากร ลักษณะขององค์กร โครงสร้างขององค์กร มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

ทรัพยากรบุคคล (human resources) ความพอเพียงของทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวน ประเภทของบุคลากร และลักษณะความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพ

ทรัพยากรเครื่องมือ (material resources) ได้แก่ ความพอเพียงของเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ สถานที่ เพื่อใช้ในการบริการการดูแลสุขภาพ รวมถึงงบประมาณสนับสนุน

ลักษณะของการจัดการองค์กร (organization characteristics) ได้แก่ สถานะขององค์กร รวมถึงรูปแบบการจัดการ การแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน การนำเสนอผลงาน การสอนและการวิจัย ชนิดของผู้ตรวจการ การแสดงผลการทบทวนเครื่องมือในการป้องกัน

2. กระบวนการ (process) หมายถึงเทคนิคการดูแลและปฏิสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้รับบริการใช้เทคนิคหรือกิจกรรมมาดูแลสุขภาพผู้ป่วย หรือครอบครัวรวมถึงการวินิจฉัยโรค การรักษา การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ การให้ความรู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความเชี่ยวชาญของบุคลากร การช่วยเหลือด้านอื่นๆ รวมถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง สถานะสุขภาพของผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสุขภาพ ในปัจจุบันหรืออนาคต ทั้งที่ดีหรือไม่ดี ทั้งในรายบุคคลและรายกลุ่ม เป็นผลที่เกิดจากการได้รับการดูแลสุขภาพ ได้แก่การเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหรือครอบครัว ระดับความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและครอบครัว

ทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถที่จะดำเนินการและเกิดคุณภาพได้เพียงด้านใดด้านหนึ่ง หากมีโครงสร้างดี กระบวนการที่ดีจะส่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างของการบริการ มีอิทธิพลต่อกระบวนการและกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์หากมีสิ่งสนับสนุนและกระบวนการที่ดีจะส่งผลลัพธ์ที่ดี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

วิธีการรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์นั้นมีหลายวิธีได้แก่

การศึกษาโดยการการวิเคราะห์สถานการณ์ถือว่าเป็นการเก็บข้อมูลแบบใช้หลายวิธี (Multi-Methods approach) (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551) ซึ่งจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายต่อการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้อธิบายสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้ว หมายถึงการรวบรวมจากข้อมูลที่มีอยู่แล้วเช่น รายงานผลงาน สัมมโนประชากรหรือสถิติต่างๆ ในการดำเนินงาน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์, 2548) ข้อมูลที่จะนำมาต้องมีความเที่ยงตรงถูกต้อง มีความทันสมัย มีความเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์นั้นๆ

2. การสังเกต (observation) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาหาข้อเท็จจริงของพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์หลักในการสังเกตของนักวิจัยคือจะต้องทำอย่างเป็นระบบ เฉพาะเจาะจง เป็นปรนัยและปราศจากอคติและความลำเอียง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีดังต่อไปนี้

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์ (2548) กล่าวว่าการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตเป็นการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์เพื่อให้รู้ว่ามนุษย์ทำอะไร โดยการเฝ้าดูการกระทำของเขา หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2548) กล่าวว่า การสังเกตเป็นการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใส่ใจและละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้ประสาทสัมผัสหลายๆอย่างพร้อมกัน เช่น ตาดู หูฟัง ถ้าสิ่งนั้นสัมผัสได้ก็ต้องสัมผัส ในการวิจัยเชิงคุณภาพ การสังเกตจะกระทำควบคู่กับการจดบันทึก หรือบันทึกภาคสนาม การสนทนาและการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน สามารถนำมาวิเคราะห์หาความหมายและอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ ซึ่งมีอยู่ 2 ประเภทคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation)

ธีรพงษ์ แก้วนาวงษ์ (2546) กล่าวว่า การสังเกตเป็นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยการเฝ้าดูการกระทำว่าบุคคลคนนั้นทำอะไรการสังเกตมี 2 ประเภทคือ การสังเกตแบบมีโครงสร้าง (structure and unstructured observation) และการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง (structure and unstructured observation)

กล่าวโดยสรุปการสังเกตคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาหาข้อเท็จจริงของพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์โดยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ว่าบุคคลคนนั้นทำอะไรหลักในการสังเกตของนักวิจัยคือจะต้องทำอย่างเป็น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ระบบ เฉพาะเจาะจง เป็นปรนัยและปราศจากอคติและความลำเอียงซึ่งการสังเกตมีอยู่ 2 ประเภทคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation)

3. การสัมภาษณ์ (interview) เป็นวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนาถามตอบกันโดยตรงระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์โดยใช้รูปแบบของการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) หากขณะสัมภาษณ์มีข้อสงสัยไม่เข้าใจสามารถถามซ้ำและทำความเข้าใจจนกระจ่างชัดได้ทันทีการสัมภาษณ์มี 2 แบบคือการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (standardized or structuctured interview) และการสัมภาษณ์โดยไม่ใช้แบบสัมภาษณ์ (unstructuctured interview)

นอกจากนั้นการสัมภาษณ์ยังสามารถแบ่งประเภทและลักษณะตามจุดมุ่งหมาย และขอบเขตของการสัมภาษณ์ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

3.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interviews) มีการให้ความหมายไว้หลากหลาย ผู้ศึกษาขอกล่าวสรุปดังนี้

บุญใจ ศรีสถิตนรากุล (2547) กล่าวว่า การสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นการสัมภาษณ์บุคคลที่มีประสบการณ์หรือมีความรู้ในประเด็นที่สัมภาษณ์และ สามารถให้รายละเอียดข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง โดยผู้สัมภาษณ์ต้องมีแนวคำถาม เพื่อให้อยู่ในขอบเขตหรือตามประเด็นที่ศึกษา

กรแก้ว จันทรภาษา (2550) กล่าวว่า การสัมภาษณ์รายบุคคล หมายถึง การพูดคุยระหว่างผู้ให้การสัมภาษณ์ และผู้สัมภาษณ์ เป็นการถามโดยการเปิดโอกาสให้อธิบาย และถามถึงเหตุผลเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ บุคลิกภาพลักษณะต่างๆ

จากความหมายของการสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interviews) สามารถสรุปได้ว่าการสัมภาษณ์รายบุคคลคือการพูดคุยระหว่างผู้ให้การสัมภาษณ์ และผู้สัมภาษณ์ผ่านรูปแบบของการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) โดยผู้ให้การสัมภาษณ์เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์หรือมีความรู้ในประเด็นที่สัมภาษณ์และ สามารถให้รายละเอียดข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงโดยการเปิดโอกาสให้อธิบายและถามถึงเหตุผลเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ บุคลิกภาพลักษณะต่างๆจนผู้สัมภาษณ์ได้ข้อมูลที่ชัดเจน

3.2 การสัมภาษณ์กลุ่ม หรือสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2548) กล่าวว่าเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเอง ในประเด็นที่นักวิจัยนำเสนอเข้าในกลุ่ม การสนทนาจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง และเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัย โดยนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด นักวิจัย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้นขณะสนทนา รับฟังและซักถามเพื่อความกระจ่างของข้อมูลและบันทึกการสนทนาโดยการจดบันทึกหรือการบันทึกเสียงไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (2549) กล่าวว่าการสัมภาษณ์กลุ่มหรือสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนิน การสัมภาษณ์ (moderator) เป็นผู้คอยตั้งประเด็น ในการสนทนาเพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็น หรือแนวทางการสัมภาษณ์อย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้งโดยมีผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่มประมาณ 6-10 คน ซึ่งเลือกมาจากประชากรเป้าหมายที่นักวิจัยกำหนดเอาไว้

จากความหมายของการสัมภาษณ์กลุ่ม หรือสนทนากลุ่ม (focus group discussion) สามารถสรุปได้ว่าเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากลุ่มประมาณ 6-10 คน ซึ่งเลือกมาจากประชากรเป้าหมายโดยนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็นกระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด นักวิจัยต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้นขณะสนทนา รับฟังและซักถามและบันทึกการสนทนาโดยการจดบันทึกหรือการบันทึกเสียงไว้เพื่อการวิเคราะห์

4. แบบสอบถาม (questionnaire)

แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ทัศนคติ ความคิดเห็นจากกลุ่มประชากรจำนวนมากเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สะดวกประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ผู้ตอบมีเวลาไตร่ตรอง แต่วิธีการเก็บข้อมูลไม่ยืดหยุ่นไม่สามารถเจาะลึกในรายละเอียดเรื่องที่ต้องการศึกษาได้จากการศึกษาพบว่ามีการกล่าวถึงแบบสอบถามหลายรูปแบบขอสรุปดังนี้

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2538) กล่าวว่าแบบสอบถามเป็นเครื่องมือใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรจำนวนมากมี 2 รูปแบบ คือแบบสอบถามปลายปิด (close form)เป็นคำถามที่มีคำตอบที่แน่นอนชัดเจนให้ผู้ตอบเลือกตอบโดยให้ใช้เครื่องหมายใดเครื่องหมายหนึ่งในการตอบ การออกแบบสอบถามปลายปิดจะสร้างยาก ผู้ตอบจะตอบได้สะดวก รวดเร็ว แต่ได้ข้อมูลที่ไม่เจาะลึกรายละเอียด และแบบสอบถามปลายเปิด (Open form) เป็นคำถามที่สร้างขึ้นเพื่อให้โอกาสผู้ตอบสามารถตอบได้อิสระตามความพอใจ ไม่ควรตั้งคำถามที่มีลักษณะกว้างหรือมากเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ตอบสับสนและใช้เวลาในการตอบมาก อาจจะทำให้ไม่ตอบหรือตอบเพียงเล็กน้อย

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (ม.ป.ป.) กล่าวว่า แบบสอบถามหมายถึงชุดของข้อคำถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงในเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา แบบสอบถามนิยมใช้มากในการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพราะสะดวกไม่ยุ่งยากซับซ้อน ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แต่จะทำแบบสอบถามได้อย่างมีคุณภาพนั้นผู้สร้างต้องมีความรู้และประสบการณ์ การเลือกใช้แบบสอบถามรูปแบบใดนั้นต้องคำนึงลักษณะของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามที่ดีควรมีความสะดวกในการตอบคำถาม ข้อคำถามตอบได้ง่ายและมีความสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนข้อคำถามไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ กรอบการประเมินผลการประกันคุณภาพการดูแลสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) โครงสร้าง หมายถึง โครงสร้างที่อยู่ภายใต้องค์กรของพยาบาล ประกอบด้วย แหล่งข้อมูล แหล่งสนับสนุนทางบุคคล คุณภาพของผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ ลักษณะขององค์กร เช่น ระบบการจัดการทีมแพทย์และพยาบาล การนำเสนอ การสอน การวิจัย หน้าที่ ผู้ตรวจการ ค่าตอบแทน 2) กระบวนการ หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่หน่วยงานได้ลงมือทำให้กับผู้ป่วย เช่น การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู การป้องกันและการให้ความรู้ ซึ่งปฏิบัติโดยบุคลากรทางวิชาชีพ หรืออาจจะเป็นผู้อื่นที่มีส่วนร่วมในการป้องกัน เช่น อาสาสมัคร ครอบครัวผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใต้การดำเนินงาน ซึ่งผลลัพธ์ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสถานะทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ของผู้ป่วย ครอบครัว ซึ่งจะมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา ต่อไปในอนาคต การเปลี่ยนแปลงความพึงพอใจจากผู้ป่วยและครอบครัวจากการป้องกันของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพช่วยให้สามารถวิเคราะห์งานได้อย่างชัดเจน ซึ่งใช้แบบประเมิน 3 อย่าง คือ การตอบ การตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การสังเกต

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน จากสถิติผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว มาตลอด แต่ปัญหาก็ยังคงอยู่ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์และเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการแก้ไขต่อไป ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ โดยวิเคราะห์ ด้านโครงสร้าง ได้แก่ ปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ด้านอาคาร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ มาตรฐาน คู่มือ รวมถึงงบประมาณ ด้านทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวนและความสามารถของบุคลากร การจัดโครงสร้างองค์กร นโยบาย แผนงาน ต่อระบบการป้องกัน ผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการ ด้านกระบวนการ ได้แก่ รูปแบบการจัดกิจกรรมการป้องกันในผู้รับบริการ ความรู้ของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการป้องกันของผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการ ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ สถานะทางสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งมีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าและญาติ ที่มารับบริการ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์และผังสถานการณ์ของการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์ พัฒนาคุณภาพของการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุตรดิตถ์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved