

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าทบทวนเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมตามหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.2 อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า
 - 1.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 1.5 วิธีการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การพูดกับตัวเอง
 - 2.1 ความหมายของการพูดกับตัวเอง
 - 2.2 ความหมายของการพูดกับตัวเองทางบวก
 - 2.3 กระบวนการพูดกับตัวเองทางบวก
 - 2.4 ผลของการพูดกับตัวเองทางบวก
 - 2.5 ผลของการพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า
3. การใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - 3.1 ขั้นตอนการนำการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้
 - 3.2 ประสิทธิภาพของการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก
4. การเผยแพร่นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์
5. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่โรงพยาบาลสบปราบ

จังหวัดลำปาง

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้ามีผู้ให้ไว้หลากหลายทั้งในและต่างประเทศซึ่งมีดังนี้ องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะของอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกด้วยอารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความสนใจ หรือความพอใจ มีความรู้สึกเสียใจหรือสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป อ่อนเพลีย ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเรื้อรังหรือกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันลดลง และภาวะซึมเศร่ายังนำไปสู่ความรุนแรงด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาปีละ 8,500,000 ล้านบาทต่อปี (World Health Organization [WHO], 2008)

เวสต์บรูค, เคนเนอเลย์, และ เคิร์ค (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า หดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนุกสนาน เช่น เคยมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของน้ำหนักตัว ความสนใจเรื่องเพศ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง โทษตัวเอง และมีความคิดอยากตาย เช่นเดียวกับเชสลอว์ (Sheslow, 2008) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า ความรู้สึกเสียใจ และความรู้สึกผิดหวัง ความโกรธ และเสียใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นช่วงเวลาหนึ่ง หรือเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ จนทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองทางลบ

เบ็ค (Beck, 1967; Beck et al., 1979) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่ชัดเจนเช่นอารมณ์เศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบตนเองจากการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการดำเนินตนเองและการลงโทษตนเอง มีการถดถอย และมีความต้องการลงโทษตนเอง หลบหนี หลบซ่อนหรือการตาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เฉื่อยชาลง เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ อาการที่สำคัญที่เป็นอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า คือ อารมณ์ลดลง การมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้าย การดำเนินตนเอง การเคลื่อนไหวช้าลงหรือเร็วมากขึ้น และเบ็ค กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากสาเหตุ 2 ปัจจัย คือ บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นเป็นจากความบิดเบือนของกระบวนการคิด ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาการแสดงจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โสกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย

ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง และลงโทษตัวเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับเคลื่อนทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้าเป็นต้น จากการศึกษาที่บุคคลมีความคิดบิดเบือนในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต แล้วแสดงออกร่วมกับมีความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า หมายถึง 1) เป็นอารมณ์ (mood) และความรู้สึก (feeling) หงอยเหงา เศ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง ถือว่าเป็นอารมณ์ตามธรรมชาติที่ปกติ เกิดขึ้นได้กับทุกคนตลอดช่วงชีวิต เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแล้วหายไปในเวลาไม่นาน ในสถานการณ์ที่มีความน่าสลดใจ หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น 2) เป็นอาการ (symptom) เป็นการแสดงทางอารมณ์ออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ อาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว การนอนผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ ใจลอย หลงๆ ลืมๆ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย กรวนกระวาย ไม่อยากพบปะกับใคร มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้ และรักษาไม่หาย เช่น อาการปวดศีรษะ ไม่สบายท้อง ปวดตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และ 3) เป็นอาการเศร้าที่แสดงถึงการเจ็บป่วยทางจิต (disease) เช่น โรคประสาทวิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติอื่นๆ

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์ (2548) ได้ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้า เป็นอารมณ์หนึ่งที่พบได้บ่อยเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสีย หรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ซึ่งมักแสดงออกให้เห็น โดยการร้องไห้ ซึมเฉื่อย คิดวนเวียน ขาดสมาธิ และความสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง อาการดังกล่าวหากเป็นต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้นว่า นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพทางการทำงานถดถอย ความสนใจทางเพศน้อยลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ หากยิ่งปล่อยไว้ให้ตกอยู่ในภาวะดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ รวมทั้งโลกในแง่ร้าย บางคนอาจเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเองได้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรง และระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบต่อความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อความสามารถชีวิตประจำวัน รวมทั้งหน้าที่การงานและสังคมลดลง

จากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ร่วมกับมีความเบี่ยงเบนทางด้าน

ความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ที่ชัดเจน เช่น อารมณ์เศร้า โดดเดี่ยว อ้างว้าง ไร้อารมณ์ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง อาจเกิดความคิดอยากทำร้ายตนเองได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้ความหมายของภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1967; Beck et al., 1979) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ที่อาการแสดงจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เหงื่อซึม เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง และลงโทษตัวเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้าเป็นต้น บุคคลมีความคิดบิดเบือนในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต นำไปสู่การแสดงออกที่มีความเบี่ยงเบนทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรมร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ที่มีตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจนกระทั่งถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

อาการแสดงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1967, Beck et al., 1979) ได้กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยแบ่งระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับซึ่งมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป คือ ภาวะอารมณ์ปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ภาวะอารมณ์ปกติ หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal depression) อาการแสดงอารมณ์ทั่วไปปกติ มีความคิดรับรู้อยู่ในความเป็นจริง

2. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) มีอารมณ์เศร้า หดหู่ไม่สดชื่นแจ่มใส รู้สึกผิดหวังในตนเอง ร้องไห้ง่าย ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน มีความคิดว่าตนเองค้อยกว่าคนอื่น คาดการณ์ต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นไปในทางลบ ชอบตำหนิตนเอง คิดว่าปัญหาต่างๆ เกิดจากความผิดพลาดของตนเอง ความอยากอาหารลดลง รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง อยากนอนหลับมากกว่าปกติ ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงและเป็นอยู่นาน เบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ ไม่ค่อยสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม

คิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว โทษตัวเองทั้งที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตัวเอง นอนหลับไม่สนิท หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง บางครั้งผวาสะดุ้งตื่นตอนกลางคืนแล้วหลับต่อได้ยาก ไม่อยากทำอะไร มีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งอาการจะมีความรุนแรงมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์

4. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) จะมีอารมณ์รุนแรงตลอดเวลา มีความต้องการอยากตายเป็นอย่างมาก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้เลย เป็นภาระให้คนอื่น ลึ้นหวัง ท้อแท้ เฉยชากับครอบครัวและคนอื่น ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง มีความคิดทางลบต่อตนเองตลอดเวลา ไม่ต้องการที่จะทำอะไรเลย ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งจำเป็นของชีวิตก็ตาม ดูแลตนเองไม่ได้ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารเลย น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรงจะทำกิจกรรมใดๆทั้งสิ้น นอนไม่หลับ และไม่มีความต้องการทางเพศ

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีอาการและอาการแสดงออกโดยเกิดจากความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ครอบครัว หน้าที่การงาน และขาดความสุขในการดำเนินชีวิต ซึ่งมีระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal depression) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ถ้าอาการและอาการแสดงรุนแรงมากขึ้น ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าตามความเหมาะสมและใช้ในงานของกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ โดยผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) ของชรินทร์ กองสุข และคณะ(2550) ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) มีความสั้นที่สุด ง่าย และมี ความไว ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดที่ ภาษาไทยและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ เฉพาะ จะมีอิทธิพลต่อการสื่อและแสดงออกของอาการซึมเศร้า ซึ่งพบว่า มีความไว (Sensitivity) อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม 97% และมีความจำเพาะ (Specificity) 44% (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2550)

แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้น ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ให้ถามซ้ำ

ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่ม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจของตนเอง โดยใช้คัดกรองในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นผู้ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าประชาชนทั่วไป ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองตีบตัน ผู้ป่วยสูงอายุ หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรายาเสพติด ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ 1) ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่ 2) ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้าแล้วประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาใช้ในการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม และไม่นานเกิน 3 เดือน ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 9 คำถาม เป็นการวัดประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปกติ จนถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน เช่น เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ หลับยาก หรือหลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ พุดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปจะดีโดยแต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) มีอาการบางวัน 1-7 วัน (1 คะแนน) มีอาการเป็นบ่อย > 7 วัน (2 คะแนน) และมีอาการเป็นทุกวัน (3 คะแนน) โดยให้เลือกตอบ 1 ข้อ การให้คะแนนแต่ละคำตอบให้เป็น 0 1 2 และ 3 โดยกำหนดคำตอบและคะแนนตามลำดับการแปลผลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 9 ข้อรวมกัน และแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2550)

< 7	คะแนน	ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า
7-12	คะแนน	มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	คะแนน	มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	คะแนน	มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ซึ่งนำมาใช้ในงานของกรมสุขภาพจิตอย่างแพร่หลายทั่วประเทศ มาใช้ในการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง เนื่องจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบที่มีความแม่นยำของ 9Q จากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสม โดยการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931- 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ค่าความน่าจะเป็น โรคซึมเศร้า = 11.41 เท่า ซึ่งความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง และความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ เหมาะสำหรับการประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากข้อคำถามนั้นครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก ตรงกับบริบทของศึกษา

ทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการและการแสดงออกของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของบุคคลปกติทั่วไป ร่วมกับการคิด การรับรู้ ส่งผลต่อด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งจะมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิดอยากตาย ถ้ามีอาการเศร้านานมากเกินไปอย่างต่อเนื่องจะมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวัน และสังคมได้ ซึ่งสามารถวัดประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปกติ จนถึงภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และบุคคลที่มีลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าที่พิจารณา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV-TR) หรือภาวะซึมเศร้าที่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ก็จะหมายถึงโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้ามีผู้อธิบายปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีที่ใช้ จำแนกสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory)

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (genetic theory) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะ การบกพร่องในพันธุกรรมที่ได้รับถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง (Gomez & Gomez, 1993) จากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ญาติสนิทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไป 1.5-3 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) ผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะญาติสายตรงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 7 (มาโนช หล่อตระกูล และ

ปราโมทย์ สุคนธิชัย, 2548) พบว่าถ้าบิดาหรือมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งสองคน เด็กจะมีโอกาสป่วยสูงกว่าเด็กปกติถึง 4 เท่า และฝาแฝดเหมือน ถ้าคนใดคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ฝาแฝดอีกคนมีโอกาสพบความผิดปกติร้อยละ 60-70 (ดวงใจ กสานติกุล, 2545) และถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 4 เท่า ถ้าบิดามารดาเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่บุตรมีโอกาสป่วย ร้อยละ 43 ญาติสนิทของผู้ป่วยซึมเศร้ามีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5-3 เท่า นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของยีนเป็นสาเหตุในการมีอิทธิต่อบุคคลในการแสดงออกถึงภาวะอารมณ์เศร้าได้เมื่อได้รับความสูญเสีย หรือได้รับความทุกข์ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) เชื่อกันว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทอัตโนมัติ (neurotransmitters) มีสมมติฐานว่า สารสื่อประสาทอัตโนมัติเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในคน ตามธรรมชาติสารสื่อประสาทในระบบอัตโนมัติมี 2 กลุ่มที่สำคัญ คือ ซีโรโทนิน (serotonin) และแคทีโคลามีน (catecholamines) ประกอบด้วยโดปามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งลักษณะในคลินิกของภาวะซึมเศร้าจะมีอยู่สองแบบ คือ ภาวะซึมเศร้าแบบแคทีโคลามีนต่ำและอีกแบบก็คือการลดลงของนอร์อิพิเนฟริน และซีโรโทนิน เนื่องจากนอร์อิพิเนฟรินมีคุณสมบัติในด้านการกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองทำให้คนตื่นตัว การขาดสารนอร์อิพิเนฟรินทำให้สมองไม่ได้การกระตุ้น จึงมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ในภาวะซึมเศร้าเชื่อว่าเกิดจากการทำงานของนอร์อิพิเนฟริน และซีโรโทนิ น้อยเกินไป และพบว่า MHPG ซึ่งเป็นตัวเผาผลาญ (metabolite) ที่สำคัญของนอร์อิพิเนฟรินซึ่งลดลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าความผิดปกติทางชีวเคมีของสมองอาจจะมาจากความผิดปกติของเซลล์รับสารสื่อประสาท และปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานกันมากกว่าที่จะเป็นระบบใดระบบหนึ่ง (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนธิชัย, 2550)

2. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological theory)

จากการศึกษา ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ (personality theory) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis theory) ทฤษฎีเอ็กซิสเทนเชียล (Existential theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) และทฤษฎีทางปัญญา (Cognitive theory) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จะกล่าวถึงเฉพาะทฤษฎีการบำบัดทางปัญญาเนื่องจากการบำบัดทางปัญญาเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ที่มีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ผลดี (สม โภชน์ เอี่ยมสุภากิจ, 2549; Fennell, 1993) และจากการศึกษาด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมของมนุษย์พบว่า ร่างกายและจิตใจทำงานสัมพันธ์กัน เช่น

เมื่อมีการสูญเสีย การไม่สามารถบรรลุความคาดหวัง การที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีปัญหาจะเกิดความเครียด ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท เมื่อการปรับตัวล้มเหลวจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ชรินทร์ กองสุข และคณะ, 2550)

นอกจากสาเหตุที่อธิบายจากทฤษฎีต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป ดังได้กล่าวมาแล้วจากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน พอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสีย ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพามุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตัวเองลดลง และผู้ที่รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตัวเองลดลง จะเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกโกรธตัวเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Parent & Whall, 1984) และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียการควบคุมและความไม่แน่นอนของอาการ อาการแย่ลงหรือการฟื้นตัวที่ไม่คืบหน้า อาจทำให้เกิดความคิดทางลบที่ไปกระตุ้นความรู้สึกวิตกกังวล และความรู้สึกเศร้า จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุดเช่นกัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือการเจ็บป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง จะมีโอกาสเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ 3-4 เท่า (Devlin, 2008)

3. สภาพความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิต พบว่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวานสองเท่า (The Global Diabetes Community, 2006)

4. ภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2550)

5. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเส้นเลือดและระดับความดันโลหิตได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต (พวงผกา กรีทอง, 2546) ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรม เบี่ยงเบน สังคมไม่ยอมรับเกิดการแยกตัวออกจากสังคม และเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Pomerantz, 2005) และมีอาการซึมเศร้า จะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ และพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 80 ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากๆ จึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และอาจจะทำร้ายตนเองในเวลาต่อมา (อรพรรณ ลีอนุวัชรวิชัย, 2549)

6. จากการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งยาลดความดันโลหิตสูงมีหลายกลุ่ม ตามกลไกการออกฤทธิ์ กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากยาลดความดันโลหิตกลุ่มนี้มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง จึงอาจรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีโคลามีน (catholamines) ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ซึมเศร้าได้ (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) เช่น ยาริเซอ์ปรีน (reserpine) โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับขนาดยาที่ให้ หากให้ยาในปริมาณที่สูงกว่า 0.5 มก. ต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ และทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตัวเอง และในส่วนอื่นๆ โดยแต่ละด้านส่งผลกระทบซึ่งกันและกันได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง จะได้รับผลกระทบจากกลุ่มภาวะอาการที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ภายในร่างกาย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และทำให้ร่างกายอ่อนแอ ต้องการฟื้นฟูและใช้เวลานานในการรักษา (Sambamoothi, 2008) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะร่วมที่พบมากในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม (Moussavi et al., 2007) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มหนึ่งที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 3-4 เท่า (สถาบันแห่งชาติทางด้านสุขภาพ, 2552) ภาวะซึมเศร้าก่อนให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความพิการในผู้ป่วยเรื้อรังทางกาย หรือทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตามมา เช่น สมองเงียม (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะมีโรคอื่นร่วมด้วยที่เรียกว่า ภาวะโรคร่วม (co morbidity) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีโรครมากกว่าหนึ่งโรคตลอดชีวิต (Belinda & Teresa, 2008)

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและติดตามไปตลอดชีวิต ไม่สามารถกลับไปปกติดังเดิมได้ เนื่องจากความรุนแรงของโรค มักมีอาการแทรกซ้อนทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนการรักษาเป็นระยะ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) และในการศึกษาครั้งนี้ขอกล่าวถึง ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถสรุปเป็นด้านต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

ด้านร่างกาย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ในการดำเนินแบบแผนกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ทำให้มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต เช่น ควรต้องออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (Belinda & Teresa, 2008) และความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากโครงสร้างการทำหน้าที่ของอวัยวะร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และการรักษาของแพทย์ (Phipps, 1999)
2. การเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่ต้องรักษาต่อเนื่องยาวนาน เป็นผลทำให้ความสามารถลดลง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จึงทำให้เกิดภาวะเครียดวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จนส่งผลเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารที่ผิดไปจากเดิม (Belinda & Teresa, 2008) และการขาดสารอาหาร เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวกับการเผาผลาญลดลงหรือผิดปกติ ที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น โรคเบาหวานที่ร่างกายไม่สามารถนำอาหารไปใช้ได้ตามปกติ (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544)
3. เกิดข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ต้องปรับสภาพการทำงาน งานบางอย่างต้องใช้เวลานานกว่าปกติถึงจะสำเร็จ ทำให้ต้องพึ่งพา และขอความช่วยเหลือจากคู่สมรส ญาติ หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ด้านจิตใจและอารมณ์

การเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย ใจ อารมณ์ และสังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียด วิตกกังวล ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวลได้ จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นได้ ซึ่งผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความเครียดและความวิตกกังวล การสูญเสียพลังอำนาจ รวมถึงภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยเรื้อรังมักเกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นผลทางลบที่เกิดจากการปรับตัวของผู้ป่วย (ชัดเจน จันทรพัฒน์, สุนุตตรา ตะบุนพงค์, และ วันดี สุทธิรังสี, 2547)
2. เกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุม และความไม่แน่นอนของอาการ อาการแย่ลงหรือการฟื้นตัวที่ไม่สืบหน้า อาจทำให้เกิดความคิดทางลบที่ไปกระตุ้นความรู้สึกวิตกกังวล และ

ความรู้สึกเศร้า จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

3. เกิดความเครียดวิตกกังวลกับโรคที่เป็น และอาจมาจากผลของการสันดาปจากโรคเบาหวาน และสารสื่อประสาทในสมอง (National Institute of Mental Health, 2008)

4. การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนานส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหลายโรค มีผลทำให้ต้องได้รับการรักษาตามแผนการรักษาเคร่งครัดอย่างต่อเนื่อง อาจมีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอาจเกิดความพิการทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัว และสังคมได้ตามปกติและมีฐานะทางเศรษฐกิจลดลง ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางอารมณ์พฤติกรรมเบี่ยงเบน สังคมไม่ยอมรับเกิดการแยกตัวออกจากสังคม และเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Pomerantz, 2005)

5. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ต้องใช้กำลังกายและกำลังใจอย่างมากในการเผชิญกับโรค ในการที่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา และการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค ทั้งภาวะโภชนาการและทางแพทย์ การที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การทำงาน ความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำหรือภาวะคีโตเอซิโดซิส (Ketoacidosis) เส้นประสาทถูกทำลาย การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้เกิดความเครียดขณะการรักษาระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งในการรักษาบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวัง ผู้ป่วยจึงต้องใช้จ่ายเงินที่เพิ่มขึ้นในการแสวงหาแพทย์ที่ตัวเองต้องการ (Devlin, 2008)

6. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเส้นเลือดและระดับความดันโลหิตได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและอาจก่อนให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองต่ำลง เกิดความหมดหวังในชีวิต (พวงผกา กริทอง, 2546) การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการฆ่าตัวตายสูงขึ้น (Neill, 2008)

ด้านสังคม

จากลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระยะเวลาอันยาวนาน บางครั้งมีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว หรือมีอาการแทรกซ้อน จึงไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างปกติ และอาจเกิดความพิการ สูญเสียภาพลักษณ์ และฐานะทางเศรษฐกิจลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องลดบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมทำตามบทบาทตำแหน่งในสังคมได้ตามปกติ ทำให้มีการติดต่อกับปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ส่งผลกระทบให้มีความ

ผิดปกติทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า และทำให้มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป สังคมไม่ยอมรับเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น (Biordi as cited in Lubkin & Larsen, 2009)

ด้านครอบครัว

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป จำเป็นต้องมีการปรับบทบาทของบุคคลในครอบครัวให้เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวก็เกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว แยกแยก ภาวะการดูแลเพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวลดลง และยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; Phipps, 1999) มีผลทำให้สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทรุดโทรมจากการที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ขาดการดูแลตนเอง การพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด อาการซึมเศร้าและอ่อนล้า ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนไป ต้องมีการปรับบทบาทครอบครัวให้เหมาะสม กิจกรรมที่เคยทำปกติถูกจำกัดให้น้อยลง (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่เปลี่ยนไป ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อเกิดกับสมาชิกในครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง ย่อมจะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ที่เคยปฏิบัติของบุคคลในครอบครัว

ด้านเศรษฐกิจ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด และมีการก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว การรักษายุ่งยากซับซ้อนขึ้น ทำให้ต้องมีการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเป็นระยะ ตลอดจนมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพไปอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น (Pomerantz, 2005) จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น เพราะภาวะซึมเศร้าทำให้โรคทางกายกำเริบ หรือปัญหาภาวะแทรกซ้อน บางครั้งต้องส่งตรวจพิเศษเพิ่มขึ้นเพื่อค้นหาสาเหตุ และหากรักษาแบบผู้ป่วยใน จะต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ และในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอกก็มักได้รับการตรวจบ่อยเกินความจำเป็น (เบญจลักษณ์ มณีทอง, 2551) การเจ็บป่วยทำให้เป็นภาระของครอบครัวเพิ่มขึ้นทั้งค่ายาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถไปประกอบอาชีพ ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลทำให้เป็นภาระของครอบครัว สังคมกระทบต่อองค์กรและประเทศ เนื่องจากการปรับแผนการรักษาโดยการเพิ่มยา ทำให้ประเทศสูญเสียค่าใช้จ่ายถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550) องค์การอนามัยโลกประมาณ

การว่าประเทศจีนจะสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องมาจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน ในปี 2006-2015 ถึง 558 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (WHO, 2011)

วิธีการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้พัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด โดยกำหนดกลุ่มบุคคลที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ระดับคะแนน < 7 จากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา ทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้ เรื่องโรคซึมเศร้า แล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้อง

2. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย ระดับคะแนน 7-12 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา ทวนสอบความถูกต้องและพอเพียงในความรู้ เรื่องโรคซึมเศร้า แล้วเพิ่มเติมในส่วนขาดหรือไม่ถูกต้องให้ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษา ช่วยผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นที่ทุกข์ใจ และแนะนำให้ออกกำลังกาย นาน 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย

3. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง ระดับคะแนน 13-18 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ให้ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษา ช่วยผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นที่ทุกข์ใจ โดยการบำบัดบำบัด Psychotherapy และให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant)

4. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรง คือกลุ่มที่มีผลรวมคะแนน ≥ 19 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ให้ประเมินว่า มีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษา ช่วยผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นที่ทุกข์ใจ โดยการบำบัดบำบัด Psychotherapy ให้ยาด้านเศร้า (Antidepressant) หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญ ปัจจุบันมีแนวทางในการช่วยเหลือและลดภาวะซึมเศร้าหลายรูปแบบตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วย ได้แก่ การรักษาภาวะซึมเศร้าด้วยการใช้ยา การให้คำแนะนำปรึกษา การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การทำจิตบำบัด การให้การบำบัดทางจิตสังคม เช่น วิธีการบำบัดทางปัญญา ซึ่งจะมุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดที่เป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบ ให้เกิดความคิดใหม่ที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยสามารถ

เข้าใจถึงความคิดที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ก็จะเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้น มีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Beck, 2006) จึงเห็นได้ว่า วิธีการลดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบสรุปได้ดังนี้

การรักษาทางยา โดยการให้ยาต้านเศร้าเพื่อปรับความสมดุลของระดับสารสื่อประสาท ช่วยทำให้อารมณ์แจ่มใสขึ้น และอารมณ์เศร้าลดลง ยาที่นิยมให้คือยาในกลุ่ม SSRIs สมภพ เรื่องตระกูล (2548) กล่าวว่า การรักษาทางยาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้นให้ยาขนาดน้อยก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยชินกับผลข้างเคียงของยา แล้วจึงเพิ่มขนาดยาขึ้นช้าๆ ยาที่นิยมให้คือ ยาในกลุ่ม SSRIs เช่น fluoxetine, sertraline เป็นต้น 2) ระยะที่ยาได้ผล โดยทั่วไปจะดีขึ้นภายใน 6-8 สัปดาห์ 3) ระยะให้ยาต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้าแล้วให้ยาขนาดเท่าเดิมอีก 6 เดือน 4) ระยะหยุดยา โดยลดขนาดมา 1 ใน 3 ทุก 2-3 เดือน เพื่อให้เกิดการปรับตัวต่อภาวะซึ่งไม่มียามาควบคุม 5) ระยะให้ยาเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ แม้ว่าผู้ป่วยปกติแล้วทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และในผู้ป่วยบางรายอาจต้องให้การรักษาระยะยาว

การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ได้แก่ จิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) จะช่วยจัดการเกี่ยวกับความขัดแย้งภายในจิตใจ และช่วยให้ผู้ป่วยได้หาแนวทางและวิธีการที่ดีต่อตนเองและบุคคลอื่น ทำให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) การให้คำปรึกษาแนะนำ (counseling) แบบตัวต่อจะช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของตัวเอง และการทำกลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy) เป็นวิธีการรักษาแบบหนึ่งที่น่าผู้ป่วยมารวมกันและดำเนินการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 8-12 คน ซึ่งมีทั้งการทำกลุ่มลักษณะเป็นกลุ่มแบบเปิดและกลุ่มปิดโดยผู้ที่ได้รับการบำบัดจะเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น (ภัทราภรณ์ ทุ่งคำป็น, 2551)

การบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการมีแนวคิดที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดอย่างหนึ่ง ที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการลดภาวะซึมเศร้า และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า (จันทิมา องค์ไฉยมิต, 2545; เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2549; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สุชาติ พหลภักย์, 2542; Beck, 1995) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีพื้นฐานมาจากรูปแบบของกระบวนการคิดซึ่งตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า การรับรู้ต่อเหตุการณ์มีอิทธิพลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล (Beck, 1967) ดังนั้นถ้าสามารถประเมิน ความคิดให้ถูกต้องตามความเป็นจริงหรืออยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ อาการที่เกี่ยวกับอารมณ์ และพฤติกรรมจะดีขึ้น (เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2549; Beck, 1995)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy: IPT) เป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า ทั้งโรคซึมเศร้ารุนแรงและโรคซึมเศร้าเรื้อรัง จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้านใดด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลที่สำคัญ 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม และ 4) การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เมื่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้รับการแก้ไข อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น (พีรพันธ์ ลีอนุชวิชัย, 2549)

ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Behavior Therapy [REBT]) เป็นการบำบัดทางความคิด มุ่งเน้นการแก้ปัญหาทางอารมณ์ที่มากับปัญหาพฤติกรรม โดยการให้ความรู้ให้แนวทางการปฏิบัติ โดยเน้นการคิด การวิเคราะห์ และการตัดสินใจใหม่ โดยใช้รูปแบบในการให้คำปรึกษาด้วยวิธีสอนและแนะนำอย่างตรงๆ และใช้เทคนิคอื่นประกอบเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ใหม่ขึ้น (Ellis, 1994)

การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พัฒนาขึ้นโดย เบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) การบำบัดทางปัญญาเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ในความผิดปกติทางจิตวิทยาหลายรูปแบบตัวอย่าง เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ โดยเชื่อว่าความคิดที่บิดเบือนมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม โครงสร้างความคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีระบบหรือแบบแผนความคิดบิดเบือนไปในทางลบ และไม่ตรงกับความเป็นจริง เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริงๆ จะทำให้เกิดความคิดในทางลบได้ เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำในบุคคลจะสนับสนุนทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน เกิดความคิดทางลบเพิ่มขึ้นและความคิดทางบวกลดลง ความคิดที่บิดเบือนเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดความคิดทางลบเร็วขึ้น ถ้าบุคคลสามารถแก้ไขความคิดที่บิดเบือนโดยการพิจารณาด้วยเหตุผลจะทำให้อารมณ์และการแสดงออกทางพฤติกรรมดีขึ้น (Beck, 1976; Beck, 2008; Beck et al., 1979) การบำบัดทางปัญญา เป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้างและเป้าหมายทิศทางการบำบัดที่ชัดเจนใช้ระยะเวลาอันสั้น มุ่งเน้นการแก้ไขที่สาเหตุของภาวะซึมเศร้า การบำบัดทางปัญญามีแนวคิดพื้นฐานว่าอารมณ์ของบุคคลเกิดจากความคิดในการรับรู้และแปลความจากสิ่งเร้าที่มากระตุ้น (Beck et al., 1979) ซึ่งอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม ต่อโลกและต่ออนาคต แล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ที่เหมาะสม เข้าใจถึงความคิดที่เป็น

สาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นมีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และสามารถป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการบำบัดหลายรูปแบบที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า แต่การบำบัดทางปัญญาโดยใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) เป็นหนึ่งในรูปแบบของการบำบัดที่มีผู้ศึกษาแล้ว พบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ผล ซึ่งเป็นวิธีการพูดกับตัวเอง ที่ทำให้เกิดกำลังใจ หรือไม่ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ได้ การพูดกับตัวเองสามารถสื่อให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบของตน และเมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกแทนการพูดกับตัวเองในทางลบ หรือเพิ่มการคิดหรือทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาจะช่วยให้ความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาค่อยๆลดลง ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความคิดทางลบต่อตนเองเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งในกระบวนการทางปัญญาสามารถแก้ไขความคิดโดยการเริ่มต้นจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง พิจารณาความคิดที่บิดเบือนในทางลบ เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแทนที่ความคิดที่เป็นลบให้เป็นจิตทางบวกที่เหมาะสมแล้วแสดงออกมา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้กลายมาเป็นความคิดทางบวก โดยการสร้างความคิดเชิงบวกแล้วถ่ายทอดออกมาในรูปแบบของการพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของเนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) จึงช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

การพูดกับตัวเอง

ความหมายของการพูดกับตัวเอง

มนุษย์ได้มีพัฒนาการของการพูดกับตัวเองตั้งแต่วัยทารก โดยจะเริ่มฝึกพูดกับตัวเองตามลำพัง โดยการออกเสียงที่ไม่เป็นภาษา (babbling) และเมื่อเข้าสู่วัยเด็กจะเริ่มเชื่อมโยงการทำกิจกรรมต่างๆ เข้ากับลักษณะการพูด และคำพูดจะสื่อความหมายมากขึ้น (Kronk, 1994) ต่อมาในวัยเรียนจะมีการพัฒนาการพูดกับตัวเองในการจัดการกับปัญหาโดยจะมีการใช้เสียงน้อยลง เปลี่ยนจากการใช้เสียงมาเป็นการพูดกระซิบ พึมพำแทน (Winsler and Naglieri as cited in Depape, Hakim, Sylvia, & Jackson, 2006) เมื่อพูดออกเสียงกับตัวเองน้อยลง จะเกิดการเรียนรู้ในการพูดความคิดออกมา (oral thought) จนกระทั่งพัฒนาเป็นการเก็บความคิดไว้ภายใน (internal thought) และเลิกพูดกับตัวเองเฉพาะเวลาเผชิญปัญหา (Kronk, 1994)

การพูดกับตัวเอง (self-talk) จัดเป็นวิธีการหนึ่งของการบำบัดทางปัญญาที่ใช้ในการปรับแต่งโครงสร้างทางความคิด อีกทั้งยังเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการใช้จัดการหรือเผชิญกับปัญหาเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ (Braiker, 1989; Reakes as cited in Davidhizar, 1996) และการพูดกับตัวเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของความคิดของบุคคล ซึ่งลักษณะวิธีการคิดก่อให้เกิดอารมณ์และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลได้ (Zimmer, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของการพูดกับตัวเอง มีดังต่อไปนี้
 แกลนวิลล์ (Glanville, 2007) ได้กล่าวว่า การพูดกับตัวเองนั้นเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งโดยปกติมนุษย์มักจะมีความคิดที่ต่อเนื่องตลอดเวลา อาจแสดงออกโดยการพูดกับตัวเอง ซึ่งการพูดกับตัวเองของแต่ละบุคคลนั้น จะถ่ายทอดออกมาจากความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา

สารานุกรมขององค์กร วิקיพีเดีย (Wikipedia Organization, 2006) ได้ให้ความหมายของการพูดกับตัวเอง (self-talk) ว่าเป็นการสื่อสารภายในตัวเองของบุคคล อาจใช้ภาษาหรือความคิดของตนเองในการสื่อสารนั้น ผ่านกระบวนการสื่อสารภายในตนเอง

คาร์วีท และ คาร์ดีโนโซ (Calvete & Cardenoso, 2002) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองมี 2 ลักษณะคือ การพูดกับตัวเองทางบวก (positive self-talk) และการพูดกับตัวเองทางลบ (negative self-talk) ซึ่งการพูดกับตัวเองเป็นผลผลิตมาจากความคิด (cognitive products) ซึ่งในลักษณะของกระบวนการความคิด (cognitive processes) ต่างมีความสัมพันธ์กันของการพูดกับตัวเองทั้งบวกและทางลบ

คอว์ซอน (Cauchon, 2004) ได้กล่าวว่า การพูดกับตัวเองเป็นการสื่อสารภายในโดยการคิดหรือการพูดกับตัวเอง เป็นการพูดเพื่อกำกับตัวเอง (self-regulation) ซึ่งมี 2 ชนิด คือ การพูดเงียบๆภายในเมื่อมีการคิดเกี่ยวกับตัวเอง และการพูดพึมพำกับตัวเองคนเดียว โดยการเปล่งเสียงออกมา การพูดกับตัวเองสามารถใช้เพื่อเตรียมความพร้อมของตัวเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือการทำงานอย่างเป็นลำดับขั้นตอนได้

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้กล่าวว่า การพูดกับตัวเองว่าเป็นการสนทนาภายในใจตัวเอง โดยใช้วิธีการคิดหรือพูดกับตัวเองในใจหรือพูดเปล่งเสียงออกมาเป็นการถ่ายทอดความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นภายในใจ แสดงออกมาทางอารมณ์ และพฤติกรรม บุคคลสามารถที่จะรับรู้และตระหนักถึงคำพูดภายในใจของตนเองเมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในชีวิต แต่ในบางครั้งเมื่ออยู่ในสถานการณ์ปกติ บุคคลก็ไม่สามารถรับรู้และตระหนักถึงคำพูดภายในของตนเองได้

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องจึงสรุปได้ว่า การพูดกับตัวเอง คือการสนทนาภายในใจที่ถ่ายทอดความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล โดยแสดงออกมาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องมีความคิด และการพูดกับตัวเองอยู่ตลอดเวลาที่มีทั้งทางบวกและทางลบ โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจในชีวิต

การศึกษาล่าสุดนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาการพูดกับตัวเองทางบวก โดยเชื่อว่าการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับสภาพทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม (Calvete & Cardenaso, 2002) ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและความรู้สึกที่ดีมาแปลความเป็นบทสนทนาเพื่อช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจตัวเอง (Zimmer, 2005) ซึ่งการพูดกับตัวเองทางลบมักทำให้เกิดปัญหาและนำมาซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจรวมถึงภาวะซึมเศร้า (Franklin, 2006) ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองชีวิตและมองอนาคตเกินความเป็นจริง ทำให้รู้สึกสับสนกับข้อความที่ปรากฏในความคิดไปทางด้านลบ คิดว่าตัวเองไร้ความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของคนอื่น จึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยุ่งยากต่อการเผชิญกับปัญหาตามมาได้ (Franklin, 2006)

ความหมายของการพูดกับตัวเองทางบวก

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของการพูดกับตัวเองทางบวกไว้หลากหลาย ซึ่งมีดังต่อไปนี้

เฮลมสเตเตอร์ (Helmstetter, 1988) ได้กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นวิธีการหนึ่งในการควบคุมตัวเองอย่างแท้จริง (real control) จะช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ในตัวเอง และสามารถนำการพูดกับตัวเองทางบวกเพื่อประคับประคองตัวเอง (self support) ยืนยันความเป็นตัวตนของตัวเอง (self affirmation) และยังช่วยให้บุคคลมีสติรู้จักคิดอย่างมีเหตุผล

ไบรเคอร์ (Braiker, 1989) ได้กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นลักษณะคำพูดที่บุคคลใช้พูดภายในใจตัวเอง แล้วทำให้เกิดความคาดหวังทางบวกต่ออนาคต เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ดี ซึ่งมีทั้งการพูดสอนตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (coping self-instruction) เพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นและเกิดการคิดทางบวก (positive cognition)

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jone, 1990) ได้ให้ความหมายของการพูดกับตัวเองทางบวกว่าเป็นการสื่อสารภายในตนเอง ที่มีเป้าหมายเพื่อสงบอารมณ์ของตนเอง หรือเพื่อให้กำลังใจตนเอง โดยใช้วิธีการคิดหรือพูดกับตัวเองในใจหรือพูดออกเสียง การพูดกับตัวเองทางบวกช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ในวิธีการเผชิญปัญหา ช่วยให้บุคคลสามารถแยกแยะปัญหาเฉพาะเรื่องในชีวิตได้ตามความเป็นจริง

ฮาร์เรล (Harrel, 2000) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นลักษณะการพูดกับตัวเองในแง่ดี เพื่อเอาชนะพฤติกรรมที่ไม่ดีในอดีตด้วยการใช้เสียงที่มาจากความคิดทางบวกจัดการ หรือแทนที่พฤติกรรมที่ไม่ดีนั้นอย่างมีสติ

คัวซอน (Couchon, 2004) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการพูดกับตนเองโดยมีเป้าหมายในการเตือนความจำเพื่อควบคุมตนเอง ช่วยให้เข้าใจและตระหนักรู้ในตนเอง โดยการเติมคำพูดลงในกระบวนการทางความคิด

ซิมเมอร์ (Zimmer, 2005) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นการนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและความรู้สึกที่ดี แปลความมาเป็นบทสนทนาภายในตนเอง เพื่อช่วยให้บุคคลนั้นเข้าใจตนเอง ได้ฟังเสียงความคิดของตนเอง และช่วยให้บุคคลนั้นเกิดสมาธิ

สารานุกรมขององค์กรวิกิพีเดีย (Wikipedia Organization, 2006) ได้ให้ความหมายของการพูดกับตัวเองทางบวกไว้ว่าเป็นการสื่อสารภายในตัวเองของบุคคล โดยมีเป้าหมายของการสื่อสารเพื่อจัดการกับความขัดแย้งภายในของตนเอง

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นลักษณะสื่อสารภายในตัวเอง โดยพูดกับตัวเองในทางที่ดี มีทั้งการให้กำลังใจตัวเอง การสงบอารมณ์ตนเองที่ใช้การคิดทางบวกจัดการกับความขัดแย้งในใจตนเอง และการประคับประคองจิตใจของตนเองให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีสติ

ดังนั้นถ้าบุคคลได้กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกในการดำเนินชีวิต จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น (Larson, 2000) และการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้คุณเห็นความคิดของตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกใช้การพูดกับตัวเองหรือการคิดในการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตัวเอง ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค และการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้คุณบุคคลสามารถแยกแยะปัญหาเฉพาะเรื่องในชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามความเป็นจริง (Nelson-Jones, 1990) จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแทนที่ความคิดทางลบให้เป็นความคิดทางบวก และพูดกับตัวเองทางบวกได้อย่างเหมาะสมต่อการเผชิญกับปัญหา จะช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้ความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาค่อยๆ ลดลง และนำมาสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2549)

กระบวนการพูดกับตัวเองทางบวก

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

ขั้นตอนที่ 1 การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง

เนลสัน โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การที่บุคคลใช้สรรพนาม “ฉัน” (I) ในการพูดในใจกับตัวเองหรือพูดออกเสียงกับตัวเอง จะช่วยให้คุณรู้สึกยอมรับตนเอง เกิดความรู้สึกดีต่อความสามารถที่จะควบคุมความรู้สึก ความคิดและการกระทำของตัวเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลแสดงความรับผิดชอบต่อสิ่งที่พูดหรือเลือกกระทำ โดยหลีกเลี่ยงการใช้สรรพนาม “คุณ” “พวกเรา” “มัน” แล้วเลือกใช้คำพูดที่แสดงถึงการยอมรับในความรับผิดชอบที่ได้เป็นผู้เลือกไว้แล้ว เช่น “จะไม่” “ต้องการที่จะ” ซึ่งจะทำให้เห็นทางเลือกที่จะกระทำต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ได้มากกว่าที่จะหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบด้วยการใช้คำว่า “ไม่สามารถ” “ต้อง” ดังนั้นบุคคลจึงกล้าเปิดเผยความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่แท้จริงของตนเอง ช่วยให้คุณบุคคลมีความเข้าใจ ยอมรับ

ความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่แท้จริงภายในใจของตัวเอง และมีความยืดหยุ่นที่จะรับรู้ตัวเองตามสภาพความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 2 การพูดกับตัวเองทางบวก

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการสื่อสารภายในของบุคคล โดยมีเป้าหมายของการพูดเพื่อช่วยให้บุคคลประเมินและรับรู้ในความสามารถของตนเอง สงบสติอารมณ์และทำให้ตัวเองมีกำลังใจ โดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนคำพูดกับตัวเองภายในใจหรือพูดเปล่งเสียงออกมากับตัวเองด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ที่บุคคลสามารถนำมาใช้เมื่อเผชิญกับปัญหา ด้วยการเลือกกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นผลดีต่อตัวเองตามความสามารถที่ตัวเองจะทำได้ ทำให้บุคคลตระหนักรู้ความคิดทางลบของตัวเองและรับรู้วิธีที่จะปรับเปลี่ยนเป็นความคิดหรือพูดกับตัวเองทางบวก ได้อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของพฤติกรรมตัวเองได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้บุคคลสามารถแยกแยะปัญหาเฉพาะเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ โดยใช้เทคนิคการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก 3 ขั้นตอนของเนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้แก่

1. การตระหนักรู้ (Awareness) หมายถึง การรับรู้ความคิดทางลบ และประเมินคำพูดในใจของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ และรับรู้วิธีการปรับเปลี่ยนการพูดกับตัวเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น
2. การตัดสินใจเลือก (Choice) หมายถึง การตัดสินใจที่จะคิดทางลบหรือเลือกที่จะปรับเปลี่ยนการพูดกับตัวเอง เพื่อให้เกิดความสบายใจ ซึ่งจะทำให้เกิดแรงจูงใจและนำไปสู่วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกได้อย่างเหมาะสม
3. การลงมือปฏิบัติ (Action) หมายถึง การใช้ทักษะการพูดกับตัวเองทางบวก แทนที่การพูดกับตัวเองทางลบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้นและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้

ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบจะเป็นลักษณะความคิดที่นำไปสู่การพูดกับตัวเองทางลบ ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกที่เลวร้ายต่อตัวเองมากขึ้น ทำให้บุคคลมองไม่เห็นความสามารถและคุณค่าของตัวเอง มองเห็นทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก ไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ แม้ว่าจะมีความคาดหวังหรือเป้าหมายที่ชัดเจนไว้ก็ตาม เมื่อบุคคลใช้สติจะสามารถค้นหาและจับต้นความคิดหรือคำพูดกับตัวเองทางลบได้

และควรฝึกที่จะหยุดความคิดนั้น (Thought Stopping) ด้วยการพูดสิ่งตัวเองในใจว่า “หยุด” หรือ “พอแล้ว” โดยพูดซ้ำๆ จนกว่าคำพูดทางลบนั้นจะหายไปจากความคิด ซึ่งเสียงที่พูดกับตัวเองนั้นจะเป็นสิ่งเร้าที่ใช้ยับยั้งความคิดทางลบ ทำให้บุคคลได้แยกแยะลักษณะความคิดที่ไม่เหมาะสมของตัวเอง และหาเหตุผลเพื่อโต้แย้งความคิดทางลบ แล้วเปลี่ยนคำพูดกับตัวเองทางลบนั้นให้เป็นคำพูดกับตัวเองทางบวก

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้แบ่งลักษณะการพูดกับตัวเองทางบวกเป็น 2 ชนิดคือ

1. การพูดกับตัวเองเพื่อสงบอารมณ์ตนเองไว้ (Calming self-talk) เป็นการแสดงออกโดยพูดในลักษณะที่ประคับประคองตัวเอง มักใช้เมื่อพบกับเหตุการณ์ที่น่าตื่นเต้นหรือต้องการแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การพูดกับตัวเองทางบวก ในลักษณะนี้เป็นไปเพื่อควบคุมความคิดและสงบอารมณ์ของตัวเอง โดยใช้คำพูดเช่น “ไม่ต้องรีบร้อน” “แล้วเดี๋ยวมันก็จะจบลง”
2. การพูดสอนตัวเอง (Coaching self-talk) เป็นการพูดให้กำลังใจตัวเองเพื่อเผชิญกับปัญหา ให้ทุกสิ่งทุกอย่างผ่านพ้นไปได้ด้วยดี เป็นวิธีการรับมือกับปัญหาที่อยู่ภายในใจ เป็นการเตือนตัวเองที่จะไม่นึกถึงความคิดที่ไม่พึงประสงค์อย่างอื่น เช่น “ฉันไม่ได้เกิดมามีทุกสิ่งทุกอย่างพร้อม ฉันจะทำทุกสิ่งทุกอย่างให้ดีที่สุดเท่าที่ฉันจะสามารถทำได้” ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลจัดการกับทุกสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และสามารถอยู่กับปัญหานั้นได้ ใช้ได้ทั้งก่อนเกิดสถานการณ์ ขณะอยู่ในสถานการณ์ และหลังเกิดสถานการณ์นั้นไปแล้วก็ได้ โดยใช้การพูดกับตัวเองทางบวก อย่างสงบเสียงร่วมกับการพูดสอนตัวเอง หรือเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งก็ได้

ขั้นตอนที่ 5 การประยุกต์ใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล

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

1. เรียนรู้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวก บุคคลสามารถเรียนรู้การพูดกับตัวเองทางบวก โดยเริ่มต้นจากการตั้งเป้าหมายง่ายๆ พูดกับตัวเองที่จะทำให้เกิดความรู้สึกและอารมณ์ทางบวก เฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอยู่ในความเป็นจริงและมีความเป็นไปได้ ด้วยการพูดกับตัวเองทางบวก ขณะที่อยู่กับปัญหานั้น และหลังเกิดปัญหานั้นไปแล้ว และค่อยพัฒนาไปสู่ประโยชน์ที่ยาก

ยิ่งกว่า โดยบุคคลจะต้องสร้างความมั่นใจให้กับตัวเอง และเรียนรู้ที่จะพูดสอนตัวเองด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองทางลบไปเป็นมุมมองทางบวกอย่างต่อเนื่อง

2. ฝึกการพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งบุคคลสามารถฝึกซ้อมได้ด้วยตัวเอง โดยการพูดกับตัวเองในใจ หรือพูดกับตัวเองด้วยการเปล่งเสียงออกมา การใช้บทบาทสมมติ (role play) การพูดกับตัวเองหน้ากระจก การพูดประโยชน์ซ้ำๆกับตัวเอง ซึ่งหลังจากที่มีการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกได้ระยะหนึ่ง จะช่วยพัฒนาวิธีการพูดกับตัวเองให้บุคคลสามารถเผชิญหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเกิดการพูดทางบวกกับตัวเองได้โดยอัตโนมัติ สำหรับระยะเวลาของการฝึกจะขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของปัญหา และสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่

ขั้นตอนที่ 6 การนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า ภายหลังจากที่บุคคลได้ฝึกซ้อมการพูดกับตัวเองไปได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การพูดกับตัวเองทางบวกจะสามารถเกิดขึ้นได้โดยอัตโนมัติ ดังนั้นบุคคลควรหาโอกาสที่จะพูดกับตัวเองทางบวกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการฝึกความเชื่อมั่นให้กับตัวเองในขณะที่พูดกับตัวเองทางบวก ทำให้บุคคลได้ตระหนักรู้ว่าจะพูดอะไรกับตัวเอง ที่จะช่วยให้บุคคลแยกแยะปัญหาในชีวิตได้ สามารถนำเทคนิคและวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ได้ อีกทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้ตัวเองได้ตัดสินใจเลือกแสดงอารมณ์ พฤติกรรมหรือสามารถเผชิญกับปัญหารวมถึงจัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของตัวเองได้อย่างเหมาะสม

ผลของการพูดกับตัวเองทางบวก

การพูดกับตัวเองทางบวก เป็นโครงสร้างของความคิดที่อยู่ภายในของแต่ละบุคคล ซึ่งการพูดกับตัวเองทางบวกจะสามารถช่วยเปลี่ยนสถานะทางสุขภาพ เป็นกลยุทธ์หนึ่งของการบำบัดทางปัญญา (cognitive strategy) ที่ใช้ในการปรับโครงสร้างความคิด จากทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) โดย เบ็ค (Beck, 1967; Beck et al., 1979) เชื่อว่าสาเหตุของการที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นั้น เกิดจากการมีความคิดอัตโนมัติทางลบโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งพบว่ามีผู้กล่าวถึงการพูดกับตัวเองทางบวกได้ก่อให้เกิดผลหลายประการ ดังนี้

1. เกิดการตระหนักรู้ในตัวเอง (self-awareness) เนลสัน โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) กล่าวว่า การพูดกับตัวเองสามารถทำให้เกิดกำลังใจ หรือทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ได้ ซึ่งการพูดกับตัวเองจะสามารถสื่อให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ซึ่งเกิดจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ภายใต้สิ่งแวดล้อมทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวเองโดยจาก

การสังเกตลักษณะการพูดกับตัวเองของผู้อื่น การพูดกับตัวเองของตนเอง และการแยกแยะความแตกต่างระหว่างลักษณะการพูดกับตัวเองของผู้อื่น และจากลักษณะการพูดกับตัวเองของตนเอง หลังจากนั้นบุคคลก็จะตัดสินใจเลือกที่จะแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรม ทักษะคติ ความเชื่อ และความคิดเห็นของตนเอง ซึ่งการพูดกับตัวเองบ่อยๆ โดยการผ่านการไตร่ตรองจะนำมาซึ่งการตระหนักรู้ในตัวเอง เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวกมาแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ หรือเพิ่มการคิดหรือทักษะในการแสดงออกต่อเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล จะนำมาซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองได้

2. การพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้นักเรียนสามารถควบคุมอารมณ์และช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในทางที่ดีได้ (Haugh & Powtowski, 1996) และการพูดกับตัวเองทางบวกทั้งในรูปแบบของการพูดกับตัวเองเพื่อสงบสติอารมณ์และการพูดสอนตัวเองช่วยให้นักเรียนสามารถสงบอารมณ์ของตัวเอง จัดการกับสถานการณ์ เผชิญกับสถานการณ์ และอยู่กับปัญหานั้นได้ (Nelson-Jones, 1990)

3. ช่วยลดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ ราชาวดี เดียวตระกูล (2553) พบว่าผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มทดลองภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ช่วยลดความวิตกกังวล จากการศึกษาของ ทักษิณานต์ พิมพ์ศักดิ์ทอง (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในศูนย์รวมใจโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าภายหลังจากที่ผู้ติดเชื้อได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีระดับคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนที่จะเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 จะเห็นว่าการศึกษาการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกก่อให้เกิดผลในทางที่ดีทั้งต่อตัวบุคคลและต่อภาวะสุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

5. ช่วยสร้างความหวัง จากการศึกษาของ ดวงทิพย์ ก่อกิจงาม (2551) พบว่า การพูดกับตัวเองทางบวก สามารถเพิ่มความหวังในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในขั้นตอนการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกนั้น ได้ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งเป้าหมายที่ง่าย ๆ อยู่ในความเป็นจริง และสามารถสำเร็จได้ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดการรับรู้ภายในทำให้เกิดความรู้สึกว่าที่ตนหวังนั้นสามารถที่จะเป็นจริงได้ในอนาคตอันใกล้หรือไกลจากขณะนี้ จึงเกิดกำลังใจมีความหวังเพิ่มขึ้น การรู้จักยอมรับตนเอง

ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนความหวังสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นว่า การพูดกับตัวเองทางบวกสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล และสร้างความหวังในอนาคตได้ ส่งผลให้เกิดภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น

ผลของการพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้า

เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ได้กล่าวว่า การพูดกับตัวเอง (self-talk) เป็นกลยุทธ์หนึ่งของการบำบัดทางปัญญา (cognitive strategy) ที่ใช้มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยการพูดกับตัวเองทางบวกจะทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ การพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้เห็นความคิดของตนเองเกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกใช้การพูดกับตัวเองหรือการคิดในการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของตนเอง จึงจะช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค และการพูดกับตัวเองทางบวกจะช่วยให้บุคคลสามารถแยกแยะปัญหาเฉพาะเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม และเมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวกในการแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ หรือการเพิ่มความคิด หรือทักษะในการแสดงออกที่จะเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล มีกำลังใจเกิดขึ้น และการที่บุคคลได้ฝึกปฏิบัติในการพูดกับตัวเองที่จะเผชิญปัญหานั้น เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ปัญหาส่วนบุคคลค่อยๆลดลง และส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้พบว่า การศึกษาวิจัยของ ขวัญจิต มหาจิตติคุณ (2548) ซึ่งได้สร้าง โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นนั้น พบว่า โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ผล นอกจากนี้ยังพบจากหลายงานวิจัยว่าโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกช่วยลดภาวะซึมเศร้าในเยาวชนผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ (หทัยรัตน์ คูเกษมกิจ, 2550) และช่วยลดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นหญิง (พัชริน ฉายสุขศรี, 2551) นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องขังวัยรุ่นชาย ในเรือนจำได้อีกด้วย (จุฑาทิพย์ ประทินทอง, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ เทอเนอร์ และ บาร์โลว์ (Turner & Barlow., 2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากผลการศึกษาพบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ การศึกษาของ ราชาวดี เตียวตระกูล (2553) พบว่าผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก

สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ และจากการศึกษาของ มยุรี เมาะสาร (2554) พบว่าผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เช่นเดียวกัน

การใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก เป็นรูปแบบการบำบัดที่จัดทำขึ้นอย่างมีระบบ ซึ่งมีแนวการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการที่ประกอบด้วยลักษณะคำพูด ที่บุคคลใช้พูดสนทนาภายในใจกับตัวเองและ/หรือการพูดออกเสียงกับตัวเองในทางที่ดี มีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและเห็นความสามารถในตนเอง มีความหวังต่ออนาคต โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสร้างโดย ราชวดี เดียวตระกูล และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (ราชวดี เดียวตระกูล, 2553) ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหากิตติคุณ (2548) และได้พัฒนาขึ้นเป็นลำดับขั้นตอนตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) โดยมีวัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก คือ เพื่อลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า สามารถปรับเปลี่ยนลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ด้วยการนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกมาใช้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา หรือสถานการณ์ที่ย่างยากซับซ้อน ส่งผลทำให้เกิดทักษะในการจัดการหรือปรับอารมณ์ของตัวเองได้อย่างเหมาะสม และช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในทางที่ดีต่อไป

ขั้นตอนการนำการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้

ในการศึกษารุ่นนี้ ได้นำสาระสำคัญของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งสร้างขึ้นโดย ราชวดี เดียวตระกูล และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (ราชวดี เดียวตระกูล, 2553) ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหากิตติคุณ (2548) เป็น โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและการพูดกับตัวเอง โดยรูปแบบการบำบัดเป็นไปในลักษณะของการสนทนาภายในที่บุคคลพูดในใจ และ/หรือพูดออกเสียงกับตัวเองในทางที่ดี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) พูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำ

วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ โดยมีการทำกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ทำวันเว้นวันจนครบ 8 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที วัตถุประสงค์หลักของการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก คือ เพื่อลดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก สามารถพูดกับตัวเองโดยใช้สรรพนาม “ฉัน” ได้อย่างถูกต้องประเมินคำพูดหรือประโยคในใจของตัวเองทั้งทางบวกและทางลบได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 1-3 (การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเองทางบวก และการค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ)
2. ผู้เข้าร่วมการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก สามารถค้นหาคำพูดทางลบของตัวเองได้ ด้วยการมีสติที่จะจับต้นคำพูดทางลบ เกิดทักษะในการฝึกหยุดความคิดทางลบของตัวเองและสามารถวิเคราะห์ความคิดทางลบของตัวเอง และหาเหตุผลเพื่อโต้แย้งความคิดนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 3 (การค้นหาการพูดกับตัวเองทางลบ)
3. ผู้เข้าร่วมการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก สามารถใช้วิธีการพูดกับตัวเองทางบวก ด้วยการพูดกับตัวเองให้สงบสติอารมณ์ และพูดสอนตัวเองได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 4 (กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก)
4. ผู้เข้าร่วมการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก สามารถตั้งเป้าหมายง่ายๆ กับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5 (ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล)
5. ผู้เข้าร่วมการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก สามารถประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกและนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้แก้ไขภาวะอารมณ์ของตัวเองได้ เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนที่ 5-6 (ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และนำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้)

เมื่อสิ้นสุดการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกแล้ว ผู้เข้าร่วมสามารถนำวิธีการและแนวทางไปใช้ปรับลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า และเกิดทักษะในการจัดการหรือปรับอารมณ์ของตัวเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถคงไว้ซึ่งวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้การจัดกิจกรรมตามกระบวนการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสร้างขึ้นโดย ราชวดี เต็มวระกุล และ คาราวรรณ เต็มปันทา (ราชวดี เต็มวระกุล, 2553) ได้ดัดแปลงไปงานกิจกรรมของ ขวัญจิต มหากิตติคุณ (2548) ซึ่งได้พัฒนาตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) มาดำเนินกิจกรรมตาม

ขั้นตอนการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ เนลสัน โจนส์ ทั้ง 6 ขั้นตอน ซึ่งจะดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้งๆละ 60-90 นาที โดยทำวันเว้นวัน ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การทำความเข้าใจลักษณะของการพูดกับตัวเอง ความสัมพันธ์ระหว่างการพูดกับตัวเอง พฤติกรรม อารมณ์ และผลกรรมที่เกิดขึ้น และหลักในการใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง ร่วมกับการฝึกพูดกับตัวเอง โดยใช้สรรพนาม “ฉัน” ซึ่งกิจกรรมนี้อยู่ในส่วนขั้นตอนที่ 1 ของโปรแกรม

กิจกรรมครั้งที่ 2 การฝึกประเมินตัวเองและพูดกับตัวเองทางบวกต่อเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งกิจกรรมนี้อยู่ในส่วนขั้นตอนที่ 2 ของโปรแกรม

กิจกรรมครั้งที่ 3 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการพูดกับตัวเองทางลบฝึกค้นหาคำพูดทางลบ โดยใช้สติที่จะจับต้นคำพูดทางลบของตัวเอง และฝึกใช้ทักษะการหยุดความคิดทางลบและคำพูดทางลบที่อยู่ภายในใจของตัวเอง ซึ่งกิจกรรมนี้อยู่ในส่วนขั้นตอนที่ 3 ของโปรแกรม

กิจกรรมครั้งที่ 4 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนและฝึกวิเคราะห์ความคิดทางลบและหาเหตุผลโต้แย้งความคิดทางลบของตัวเอง ซึ่งกิจกรรมนี้อยู่ในส่วนขั้นตอนที่ 3 ของโปรแกรม

กิจกรรมครั้งที่ 5 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการพูดกับตัวเองทางบวก และฝึกคิดประโยคการพูดกับตัวเองทางบวกที่มีต่อเหตุการณ์ตั้งแต่ในระยะแรกที่พบกับเหตุการณ์นั้น ขณะที่อยู่ในเหตุการณ์ และหลังจากเหตุการณ์นั้นผ่านไปแล้ว ซึ่งกิจกรรมนี้อยู่ในส่วนขั้นตอนที่ 4 ของโปรแกรม

กิจกรรมครั้งที่ 6 การแนะนำแหล่งข้อมูลในการได้มาซึ่งการคิดและพูดกับตัวเองทางบวก รวมทั้งวิธีการที่ช่วยส่งเสริมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ให้ฝึกตั้งเป้าหมายง่ายๆ กับตัวเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และสามารถกำหนดการพูดกับตัวเองทางบวกต่อเรื่องนั้นๆ ได้ ซึ่งกิจกรรมนี้อยู่ในส่วนขั้นตอนที่ 4-6 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกัน

กิจกรรมครั้งที่ 7 การฝึกพูดกับตัวเองทางบวกและฝึกเปลี่ยนประโยคการพูดกับตัวเองทางลบ ให้เป็นทางบวก ซึ่งกิจกรรมนี้อยู่ในส่วนขั้นตอนที่ 1-3 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกัน

กิจกรรมครั้งที่ 8 การติดตามความก้าวหน้าของผลการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก โดยใช้แบบประเมินการพูดกับตัวเอง และประเมินภาวะซึมเศร้า หลังได้รับการฝึกตามโปรแกรมการพูดกับตัวเองทางบวก ซึ่งกิจกรรมนี้อยู่ในส่วนขั้นตอนที่ 4-6 ของโปรแกรมที่คาบเกี่ยวกัน

ประสิทธิผลของการใช้การฝึกพูดกับตัวเองทางบวก

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก ที่สร้างโดย ราชาวดี เตี้ยวตระกูล และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (ราชาวดี เตี้ยวตระกูล, 2553) ได้ดัดแปลงใบงานกิจกรรมของของ ขวัญจิต มหาจิตติคุณ (2548) เป็น โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ซึ่งได้พัฒนาตามแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) โดยการพูดกับตัวเองทางบวกเป็นการสามารถสื่อสารภายในของตัวเอง มีผลให้บุคคลมองเห็นถึงความคิดอัตโนมัติทางลบที่ซ่อนอยู่ในประโยค ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเอง และเมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้การพูดกับตัวเองทางบวกมาแทนที่การพูดกับตัวเองในทางลบ หรือเพิ่มการคิด และทักษะในการแสดงออกต่อการเผชิญกับปัญหาส่วนบุคคล ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดกำลังใจ เมื่อบุคคลได้ฝึกใช้วิธีการพูดกับตัวเองในการเผชิญปัญหาบ่อยๆ จะช่วยให้ปัญหาส่วนบุคคลค่อยๆ ลดลง ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ โดยใช้กระบวนการเผยแพร่แนวคิดกรรมของ โรเจอร์ 5 ระยะ ซึ่งมีการประเมินประสิทธิผลของแนวคิดกรรม และตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้แนวคิดกรรมนั้น โดยวัดผลลัพธ์จากคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกทันที โดยการเปรียบเทียบจำนวนคนและร้อยละของคนที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลง และความคิดเห็นของบุคลากรในที่มสุขภาพที่ใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินผลจากความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงาน ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงาน ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ ความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก และความพึงพอใจกับการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกแบ่งเป็น 3 ระดับ มาก ปานกลาง น้อย

การเผยแพร่นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์

ในการศึกษาครั้งนี้ได้รูปแบบการนำผลการวิจัยไปใช้ตามทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ 5 ระยะของการใช้โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ของ ศรีสองค์ ชำนาญยา (2554) ซึ่งมีการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น ในรูปแบบการนำเอาผลการวิจัยไปใช้ตามทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) ซึ่งได้กล่าวว่า เป็นกระบวนการ ในการเผยแพร่แนวคิดที่เป็นประโยชน์ให้กับบุคคลในสังคม โดยแนวคิดหรือนวัตกรรมนั้นจะถูกสื่อสารผ่านช่องทางในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่เหมาะสมระหว่างสมาชิกในสังคม จึงทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับแนวคิด หรือนวัตกรรมใหม่ๆ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ ได้มีกระบวนการขั้นตอนของการวางแผนการเปลี่ยนแปลง ด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบการดูแลสุขภาพ ที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งมีองค์ประกอบของกระบวนการเผยแพร่ 4 ประการ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005)

องค์ประกอบของการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ มีดังต่อไปนี้

1. นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง แนวความคิด วิธีการปฏิบัติ วัตถุประสงค์ที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลให้การยอมรับ โดยความคิดนั้นอาจจะไม่จำเป็นว่าต้องเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ แต่จะต้องถือว่าเป็นสิ่งใหม่ ที่เกิดจากการได้รับการพิจารณาเกี่ยวกับการนำมาใช้และการยอมรับสิ่งเหล่านั้นแล้ว

2. การใช้สื่อเป็นช่องทางการเพื่อการเผยแพร่ นวัตกรรม (The Communication Channels) เป็นการบวนการสื่อสารที่คนเราสร้างและแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือบุคคลกับกลุ่มบุคคล โดยผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น บทความวิชาการ หนังสือ หนังสือพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ และทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นช่องทางที่เผยแพร่ให้บุคคลได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดซึ่งกันและกัน จึงทำให้ นวัตกรรมได้รับการเผยแพร่อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ง่ายต่อการยอมรับและนำเอา นวัตกรรมไปใช้

3. เวลา (Time) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ซึ่งองค์ประกอบที่น่าสนใจเกี่ยวกับเวลา โรเจอร์ ได้กล่าวไว้มี 3 องค์ประกอบ คือ

3.1 ช่วงเวลาที่เหมาะสมเพื่อการตัดสินใจยอมรับ หรือปฏิเสธ นวัตกรรมนั้น ณ ช่วงเวลานั้น

3.2 การเปลี่ยนแปลงของบุคคล หรือองค์กร เวลาที่มีผลต่อการตัดสินใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิบัติ

3.3 จำนวนของกลุ่มภายในองค์กร/ภายในหน่วยงาน มีผลต่อการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนดนั้น

4. ระบบสังคม (The social system) เป็นระบบกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันมีความเกี่ยวข้องกันในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันเพื่อทำให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง สมาชิกหรือกลุ่มทางสังคม อาจเป็นส่วนบุคคล กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ สถาบันหรือระบบย่อยๆ สมาชิกในกลุ่มทุกคนต่างร่วมมือกัน ในการหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อทำให้ประสบผลสำเร็จในเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความผูกพันระหว่างสมาชิกเข้าไว้ด้วยกันในระบบสังคม

ขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์

รูปแบบการใช้ผลการวิจัยที่มาจากทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger as cited in Bums & Grove, 2005) ซึ่งโรเจอร์กล่าวไว้ว่า การเผยแพร่วัตกรรม (diffusion of innovation) เป็นกระบวนการสื่อสาร โดยใช้นวัตกรรมหรือแนวคิดใหม่ๆ ผ่านช่องทางที่เหมาะสมให้กับสมาชิกของสังคมนั้น เพื่อให้เกิดการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธแนวความคิดหรือนวัตกรรมใหม่ๆ และนำมาใช้ในการปฏิบัติงานของตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแบ่งเป็นขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ มี 5 ระยะดังนี้

1. ระยะให้ความรู้ (Knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคล หรือกลุ่มคน ได้รับความรู้ จึงทำให้เริ่มรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น โดยการศึกษาจากการเผยแพร่ผ่านช่องทางการสื่อสารแหล่งต่างๆ เช่น การสัมมนา การประชุมเชิงวิชาการ ผลงานวิจัย วารสารวิชาการ จดหมายข่าว เครือข่ายคอมพิวเตอร์ โทรทัศน์ และหนังสือต่างๆ รวมถึงการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการภายในองค์กร มีการขยายการเรียนรู้จากพยาบาลไปสู่บุคคลอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนมีความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับผลงานวิจัยหรือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลนั้น ซึ่งจะเอื้อให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมนั้นๆและนำไปใช้อย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดการพัฒนาทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับนวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ ในทางที่เห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมหรือไม่เห็นด้วยต่อนวัตกรรมนั้นๆ ซึ่งขั้นการโน้มน้าวใจนี้ การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้วยการสื่อสารระหว่างคนสองคนแบบไม่เป็นทางการ หรือการหาหรือแบบกลุ่มย่อยจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยผู้ปฏิบัติงานจะต้องแสดงถึงทัศนคติที่ชื่นชมในข้อดีของนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้บุคคลเกิด

ทัศนคติเกี่ยวกับผลการวิจัย มองเห็นคุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนั้น โดยมีองค์ประกอบของการยอมรับ คือ ประโยชน์ของงานวิจัยที่จะนำมาใช้ การเข้ากันได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม ความอยากง่ายของการนำไปใช้ของนวัตกรรมนั้น ความเป็นไปได้ที่จะนำมาแก้ไขในองค์กร ซึ่งหากเกิดความไม่มั่นใจในนวัตกรรม บุคคลจะพยายามค้นหาและสนับสนุนทางสังคมเพื่อยืนยันทัศนคติที่แท้จริงในการที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับนวัตกรรมนั้น

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับ หรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ซึ่งการยอมรับสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการนำเอานวัตกรรมไปใช้ ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต้ององค์กร ส่วนการปฏิเสธเป็นการตัดสินใจไม่ยอมรับนวัตกรรม อาจเป็นเพราะนวัตกรรมนั้นไม่เป็นที่ต้องการของผู้ปฏิบัติงาน แต่การตัดสินใจนั้นยังไม่ถาวรอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ภายหลัง ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ คือ ความรู้ ทัศนคติส่วนบุคคล สังคมวัฒนธรรม ที่มีอยู่เดิมในองค์กร แรงกระตุ้นจากคนกลุ่มในองค์กร

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำเอานวัตกรรมไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือดัดแปลงโดย

4.1 การนำไปใช้โดยตรง (direct application) เป็นการนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติโดยไม่มีการดัดแปลงหรือการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนหรือการปฏิบัตินั้นเลย ผู้ปฏิบัติทำตามขั้นตอนหรือข้อบ่งบอกของนวัตกรรมนั้น การนำผลงานวิจัยไปใช้โดยตรงบางครั้งอาจทำได้ยากเนื่องจากความรู้หรือรูปแบบการปฏิบัติงานใหม่ อาจไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติหรือบริบทเดิมผู้นำนวัตกรรมนั้นไปใช้จึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยแนะนำการใช้นวัตกรรมนั้น แก่ทีมสุขภาพผู้ใช้ในองค์กร ในระยะแรกของการนำไปใช้

4.2 การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) เป็นการนำเอาความรู้ที่ได้รับจากการรับรู้ และเข้าใจนวัตกรรมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการพูดคุยหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์เกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปในการปฏิบัติงาน และนำไปสู่การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

4.3 การดัดแปลงเนื้อหาและสร้างขึ้นใหม่ (reinvention) เป็นการที่ผู้นำเอาผลงานไปใช้ โดยได้มีการดัดแปลงความรู้จากงานวิจัย หรือนวัตกรรมนั้น เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับความต้องการและเป็นประโยชน์ที่สุดสำหรับการปฏิบัติงานของตนและองค์กรอย่างสมเหตุสมผล

5. ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น โดยผู้เกี่ยวข้องซึ่งถ้าการปฏิบัตินั้นผลการประเมินเป็นทางบวก จะมีการตัดสินใจที่จะใช้ต่อและขยายไปสู่หน่วยงานหรือองค์กรด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่จะไม่ทำต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรม จะประกอบด้วย 2 อย่าง

- คือ 1) การแทนที่ เป็นการปฏิเสธที่จะยอมรับนวัตกรรมที่ดีกว่า มาปฏิบัติแทนที่นวัตกรรมเดิม
2) การหมดความสนใจ มักเกิดขึ้นจากการความคิดใหม่นั้นถูกปฏิเสธ เนื่องจากผู้นำไปใช้ไม่พอใจ
กับผลลัพธ์ของนวัตกรรม

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง

โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีคลินิกพิเศษให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรעדตล์ โรคหอบหืด และโรคถุงลมปอดโป่งพอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นอันดับ 1 และ 2 ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,900, 2,492 และ 2,308 ราย มีอัตราความชุกของโรค 6,507.07, 8,373.37 และ 7,755.12 คนต่อแสนประชากร ในปี 2552-2554 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,119, 1,158 และ 1,151 ราย มีอัตราความชุกของโรค 3,832, 3,891.00 และ 3,867.48 คนต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลสบปราบ, 2554ข) และจากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.24 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด

จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง 3 ปี ย้อนหลัง พบว่าในปี 2552 พบจำนวน 18 ราย มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรงจำนวน 12, 5 และ 1 ราย คิดร้อยละ 66.67, 27.78, 5.55 ตามลำดับ ในปี 2553 พบจำนวน 22 ราย มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง จำนวน 16 และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 และ 27.27 ตามลำดับ และไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ในปี 2554 พบจำนวน 24 ราย มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรงจำนวน 14, 8 และ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.33, 33.33 และ 8.34 ตามลำดับ และในปี 2555 พบจำนวน 22 ราย มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง จำนวน 15 และ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.18 และ 31.82 ตามลำดับ และไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (โรงพยาบาลสบปราบ, 2555ค) และจากการดำเนินงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ตามนโยบายกรมสุขภาพจิตที่ครอบคลุมมากขึ้น จะพบโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปานกลาง ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงมากขึ้น จากสถิติการพยายามทำร้ายตัวเอง ในปี 2555 จำนวน 7 ราย คิดเป็นอัตรา 23.63 ต่อแสนประชากร พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยายามทำร้ายตัวเอง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 (โรงพยาบาลสบปราบ, 2555ข) และจากสถิติของจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โรงพยาบาลสบปราบ มีจำนวน 3, 4, 9 และ 4 ราย คิดเป็นอัตรา 10.23, 13.63, 30.24 และ 13.50 ต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2552-2555 และในปีงบประมาณ 2554 พบว่าในจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตาย รวมอยู่ด้วยจำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตรา 11.11 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลสบปราบ, 2555ข) ซึ่งจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ของโรงพยาบาลสบปราบ พบว่าสูงกว่า ตัวชี้วัดการพัฒนางานสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต ที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

โรงพยาบาลสบปราบ มีแนวทางในให้มีการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ตามนโยบายกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) เมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง จะให้การดูแล โดยให้การปรึกษาทุกราย และพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา กรณีที่ได้รับยาต้านเศร้า ก่อนรับยากลับบ้านผู้ป่วยและญาติจะต้องได้พบพยาบาลหรือพยาบาลจิตเวชเพื่อรับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน และติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล หรือส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลลำปางต่อไป

จากข้อมูลการบันทึกในทะเบียนประวัติผู้ป่วย ที่ได้จากการซักประวัติและสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสบปราบ พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน เนื่องจากมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรค เช่น ต้องควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรค การรับประทานยา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง บางคนมีโรคหรืออาการทางกายแทรกซ้อนจึงทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีผลต่อการแสดงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมที่เคยทำประจำลดน้อยลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองโชคร้ายที่เกิดมาแล้วต้องมีโรคประจำตัว รักษาไม่หาย มีชีวิตไม่ดีเหมือนคนปกติอื่นทั่วไป รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย มองไม่เห็นคุณค่าในตนเองที่มีอยู่ หรือเห็นว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีประโยชน์ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ ต้องปรับตัวทั้งครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม ต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิมทำให้รายได้ในครอบครัวลดลง จึงมีความคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวต้องดูแลบางคนขาดคนช่วยเหลือพึ่งพาในครอบครัว จึงคิดว่าหมดหนทางในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ รู้สึกว่าชีวิตตนเองมีดมน มองไม่เห็น

อนาคตที่ดีของตนเอง จึงเกิดความท้อแท้หมดหวังต่อการรักษาที่ยาวนาน (โรงพยาบาลสบปราบ, 2554ก)

จากรายงานการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และรายงานการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลสบปราบ ดังกล่าวพบว่าสถิติภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงขึ้น และในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มระดับรุนแรงมากขึ้น จนทำให้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และเป็นปัญหาของหน่วยงาน ซึ่งจากการพิจารณาเลือกหาแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้า ที่มีหลายรูปแบบ พบว่าการพูดคุยกับตัวเองทางบวก เป็นวิธีการบำบัดทางปัญญา จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มักมีความคิดในทางลบ จนส่งผลให้เกิดการพูดคุยกับตัวเองทางลบต่อตนเอง ให้มีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในทางลบไปเป็นมุมมองความคิดในทางบวก และสามารถพูดคุยกับตัวเองทางบวกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจนำมาแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลสบปราบ พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง ทั้งนี้โรงพยาบาลสบปราบ มีแนวทางในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง แต่ที่ผ่านมายังคงพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เข้ามารับบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน จึงเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีบำบัดทางปัญญาโดยใช้วิธีการพูดคุยกับตัวเองทางบวก เป็นหนึ่งในรูปแบบของการบำบัดที่มีผู้ศึกษาแล้วพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ผล โดยการแก้ไขความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการสร้างความคิดใหม่ที่เป็นความคิดทางบวก (positive thinking) แม้จะเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เขาก็จะมองโลกในแง่บวก เกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหาคต่อไป ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการฝึกพูดคุยกับตัวเองทางบวก ของ ราชาวดี เด็ชวตระกูล และ ดาราวรรณ ต๊ะปีนตา (ราชาวดี เด็ชวตระกูล, 2553) ที่ได้ดัดแปลงใบงานกิจกรรมจากโปรแกรมการฝึกพูดคุยกับตัวเองทางบวกของ ขวัญจิต มหากิตติคุณ (2548) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นแนวคิดของ เนลสัน-โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ

- 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดคุยกับตัวเอง
- 2) การพูดคุยกับตัวเองทางบวก
- 3) ค้นหาการพูดคุยกับตัวเอง

ในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้

ผู้ศึกษาจะใช้ขั้นตอนของทฤษฎีการเผยแพร่แนวคิดของโรเจอร์ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005) มาเป็นกรอบแนวคิดในการนำเอาโปรแกรมการฝึกกับตัวเองทางบวกมาใช้ ซึ่งขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่แนวคิดของ โรเจอร์ มี 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จึกและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ 2) ระยะโน้มน้าว เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นๆ 3) ระยะตัดสินใจ เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้นๆ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือดัดแปลง และ 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น หากได้ผลว่า โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ก็จะเป็นการยืนยันที่จะใช้ และนำไปสู่การพัฒนางานประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป