

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากเหตุการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมและโคลนถล่มในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2549 ซึ่งถือเป็นภัยธรรมชาติครั้งร้ายแรงที่สุดในจังหวัดอุตรดิตถ์ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต ทรัพย์สิน ของประชาชนและทางราชการอย่างมากมาย ซึ่งพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงรวม 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอลับแล อำเภอเมือง และอำเภอท่าปลา พื้นที่ประสบอุทกภัยรวม 27 ตำบล 219 หมู่บ้าน 36,611 ครัวเรือน เป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้นจำนวน 75 คน สูญหาย 28 คน บาดเจ็บ 937 คน บ้านเรือนเสียหายทั้งสิ้นรวม 490 หลัง และบ้านเรือนเสียหายบางส่วนรวม 5,420 หลัง และพบเยาวชนเป็นกำพร้ารวม 22 ราย (ศูนย์ข้อมูลผู้ประสบอุทกภัยจังหวัดอุตรดิตถ์, 2549) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของความสูญเสียด้านชีวิต ความเสียหายทางทรัพย์สิน นำมาซึ่งปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และที่สำคัญคือผลกระทบทางด้านจิตใจให้แก่ผู้รอดชีวิตและผู้อยู่เบื้องหลังเป็นจำนวนมาก กล่าวถึงภัยพิบัติจากธรรมชาติที่เกิดขึ้นอัน ได้แก่ ธรณีพิบัติ ภัยพิบัติ พายุ ฝนแล้ง ไฟป่า แผ่นดินไหว แผ่นดินถล่ม ภูเขาไฟระเบิด และ อุทกภัย เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเกิดความเสียหายต่อชีวิตมนุษย์และทรัพย์สินอย่างมหาศาล โดยเฉพาะอุทกภัยซึ่งนับว่าเป็นภัยพิบัติที่เกิดขึ้นอย่างซ้ำซาก ซึ่งภัยพิบัติที่เกิดขึ้นนั้นมนุษย์ไม่สามารถยับยั้งธรรมชาติได้ แต่สิ่งที่เราสามารถทำได้คือการให้ความช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึงและการแก้ไขปัญหาก็เหมาะสมจะช่วยบรรเทาความสูญเสียได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ดังเช่น การศึกษาของ สิทธิศักดิ์ เทาสุริ (2546) ได้ทำการศึกษาถึงการรับรู้และการปรับตัวของประชาชนบ้านน้ำก้อภายหลังเกิดภัยพิบัติจากอุทกภัย พบว่า การรับรู้ของประชาชนต่อความรุนแรงของอุทกภัยอยู่ในระดับสูง และมีการปรับตัวเพื่อแสวงหาทางเลือกใหม่เพื่อบรรเทาความรุนแรงจากอุทกภัย นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในหมู่บ้านอื่นมีความตระหนักและตื่นตัวต่ออุทกภัยมากขึ้นกว่าเดิม

จากการสำรวจข้อมูลผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และ จากข้อมูลการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัย ของศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตผู้ประสบภัยพิบัติน้ำท่วมโคลนถล่มโดย บุคลากรในกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ร่วมกับ ทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต จากข้อมูลการสำรวจผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและการให้ความ

ช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2549 พบผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวม 839 ราย และพบเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต แยกเป็นอำเภอเมืองจำนวน 118 ราย อำเภอถ้ำเสือจำนวน 29 ราย อำเภอท่าปลาจำนวน 8 ราย จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินวินิจฉัยแยกโรค M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) ฉบับภาษาไทย แปลโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ มยุรีน คำวงศ์ปิ่น (2548) พบผู้ผ่านเหตุการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมโคลนถล่มมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ถึงร้อยละ 7.34 ในที่นี้มีเยาวชนอายุระหว่าง 13-21 ปี ที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงระดับปานกลางร้อยละ 2.35 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.55 (โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 2549) และพบว่าผู้ป่วยบางรายจะมีภาวะโรครวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความผิดปกติของภาวะจิตใจ แสดงออกได้ทั้งการเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม คือ มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้เบื่อหน่าย มีรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ มีพฤติกรรมแยกตัว ก้าวร้าว เป็นต้น (American Psychiatric Association, 1994)

ผู้ประสบภัยที่ได้รับผลกระทบจากกรณีภัยพิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วยกลุ่มผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้รอดชีวิต ผู้มีญาติเสียชีวิต ผู้สูญเสียทรัพย์สิน ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุ หลังจากเกิดเหตุภัยพิบัติผู้ประสบภัยส่วนใหญ่มีความเครียด วิตกกังวล หวาดผวา ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง กลุ่มของผู้ประสบภัย รวมทั้งชุมชนของผู้ประสบภัยมีปฏิกิริยาทางร่างกาย จิตใจและสังคมแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2549) ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ และ ผลกระทบด้านจิตใจ จากการศึกษาถึงผลกระทบด้านร่างกายของ ทรีดโกลด์ (Treadgold, 2006) ในระยะแรกของภัยพิบัติ จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางกาย การสูญเสียชีวิต การขาดแคลนอาหาร และการไร้ที่อยู่อาศัย ในระยะต่อมาจะส่งผลกระทบต่อผู้ประสบภัย ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจได้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติวรรณ เทียมแก้ว (2548) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Reaction to disaster) ก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย (physical reaction) ได้แก่ ปวดหัว, นอนไม่หลับ, ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น และจากการศึกษาถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมขององค์กรผลกระทบจากภัยพิบัติมหาวิทยาลัยสาธารณสุขมิชิแกน (The Disasters impacts organization: University of Michigan School of Public Health, 2005) กล่าวว่า ภัยพิบัติจะส่งผลกระทบต่อประชาชนผู้ได้รับภัยพิบัติ จนกระทั่งทำให้ชุมชนนั้นเกิดความอ่อนแอในด้านสังคม ด้านจิตสังคม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ตี (Marty, 2006) กล่าวว่า ภัยพิบัติส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ

จากการพังทลายของสิ่งก่อสร้าง อาคารสถานที่ และที่อยู่อาศัย สูญเสียทรัพยากรบุคคลวัยแรงงาน จากการบาดเจ็บและเสียชีวิต ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย และค่ารักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ และจากการศึกษาถึงผลกระทบด้านจิตใจจากการศึกษาของเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2549) กล่าวว่า ในช่วงสัปดาห์แรกหลังภัยพิบัติ ผู้ประสบภัยมักจะมองโลกในแง่ดี รู้สึกโชคดียิ่งที่รอดชีวิต มีความหวังต่ออนาคตระยะระยะดังกล่าวว่า ระยะคิมน้ำผึ้งพระจันทร์ (honeymoon phase) ซึ่งบุคคลจะเก็บกอดความรู้สึกกดดันอยู่ในระดับจิตใจได้สักพัก แต่เมื่อเวลาผ่านไปและมีสิ่งกระตุ้นที่สัมพันธ์กับภัยพิบัติเข้ามากระทบ ได้แก่ การเกิดภัยพิบัติรอบสอง การเกิดน้ำท่วมรอบสอง การเกิดฝนตกหนัก หรือ วันครบรอบการเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติ โดยเฉพาะในผู้ที่รอดชีวิตจากภัยพิบัติเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นความทรงจำเก่าจะทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและกดดันทางจิตใจเกิดขึ้นซึ่งสอดคล้องกับที่ วีรพล อุณหรัศมิ (2548) กล่าวว่าภัยพิบัติทางธรรมชาติจะทำให้ผู้ประสบภัยรู้สึกว่าการณ์นั้นอยู่นอกเหนือความควบคุม โดยทั่วไปเมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิตจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง 2 รูปแบบ คือ การต่อสู้ หรือการถอยหนี โดยที่การตอบสนองจะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่ง รัชชัย คงสมณธ์ (2548) กล่าวว่า พบว่าปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเผชิญกับวินาศภัย จะมีลักษณะแสดงออกทางอารมณ์และทางร่างกายไปในทางเดียวกัน เช่น ตื่นตกใจ กลัวมาก ไม่มีแรง ฝืนร้าย นอนไม่หลับ เกิดความวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง และ หากว่าบุคคลได้รับผลกระทบมากเกินไปจนเกินกว่าที่จะทนรับได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดภาวะซึมเศร้า มีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางไม่ดี และ นำไปสู่การมีความคิดทำร้ายตัวเองได้ในที่สุด สอดคล้องกับที่ ปรีทรรศ ศิลปกิจ (2549) กล่าวว่า บุคคลที่เคยเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดภาวะซึมเศร้าและมีโอกาสการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่เกิดความสูญเสียจะมีอาการหลัก คือ มีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด เบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่อยากเข้าสังคม นอนไม่หลับ และรู้สึกผิด (ธนา นิลชัยโกวิท, 2548) และ จากการศึกษานี้ของ เบญจพร ปัญญา (2549) พบว่า ผู้ที่ผ่านเหตุการณ์รุนแรง จะรำลึกถึงเหตุการณ์รุนแรง เมื่อเผชิญกับสิ่งที่จะกระตุ้นความทรงจำต่อเหตุการณ์ ทั้งๆที่สิ่งเหล่านั้นไม่ก่อให้เกิดอันตรายแล้ว เช่น สถานที่ บุคคล หรือการพูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้ในบุคคลทุกเพศ ทุกวัย ทั้งในบุคคลปกติ บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางร่างกาย และในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) ซึ่งปัจจุบันพบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่น ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบประมาณร้อยละ 15 ของคลินิกจิตเวช โดยพบในวัยรุ่นหญิงมากกว่าวัยรุ่นชาย 2 เท่า (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) และจากการศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศอังกฤษพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นร้อยละ 2-5 พบอัตราส่วนในวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (อลิสตา วัชรสินธุ, 2546) ในประเทศไทย

พบว่าร้อยละ 40 ของวัยรุ่นอายุระหว่าง 14-15 ปี เคยมีความรู้สึกเศร้า อยากร้องไห้และอยากอยู่คนเดียว ร้อยละ 20 รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า และร้อยละ 8 เคยมีความคิดอยากตาย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) เชื่อมโยงกับระยะพัฒนาการในช่วงนั้นๆ ตามระยะพัฒนาการของ อีริกสัน (Erickson อ้างใน พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2547) ได้จัดกลุ่มวัยรุ่นในช่วงอายุระหว่าง 13-21 ปี ซึ่งระยะนี้เป็นระยะของการค้นหาเอกลักษณ์ในตัวเอง (identity) เนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในระยะคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ อีกทั้งยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความรู้สึกที่ไม่เป็นที่ต้องการ ความรู้สึกที่แตกต่างไปจากเพื่อน ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะทำให้เกิดรูปแบบความคิดที่บิดเบือนและความคิดทางลบนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Halber, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ อานอลท์, ซากาโมโตะ, และ โมริวากิ (Arnault, Sakamoto, Moriwaki, 2005) พบว่าผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะมีความคิด การรับรู้ ต่อตนเองในทางลบ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ออลมาทีน (Al-Mateen, 2002) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในเยาวชนมีอาการทางคลินิกบางอย่างที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ ในเยาวชนอาจจะไม่แสดงออกถึงอารมณ์ซึมเศร้าชัดเจน แต่อาจแสดงออกเป็นความรู้สึกคับข้องใจ กลัว หดหู่ รู้สึกผิด หรือ โกรธแค้นได้ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบรายงานว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเยาวชนผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติโดยตรง แต่จากเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ (Tsunami) ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2546 ถูกนับว่าเป็นภัยพิบัติครั้งร้ายแรงที่สุดครั้งหนึ่งในโลก (รณชัย คงสกนธ์, 2548) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2548ค) ได้ศึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตของ ผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสึนามิ ในวัยผู้ใหญ่และวัยเด็กอายุ 7-14 ปีขึ้นไป โดยศึกษาภาวะบาดเจ็บทางจิตใจภายหลังภัยพิบัติ (Post Traumatic Stress Disorder [PTSD]) ในพื้นที่จังหวัดพังงา กระบี่ และภูเก็ต ในช่วง 2 เดือน หลังเกิดภัยพิบัติ ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลรวมอยู่ในกลุ่มอาการนี้ด้วย พบว่าผู้ประสบภัยวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ในศูนย์พักพิงมีปัญหา ร้อยละ 11.9 ส่วนผู้ที่อยู่ในชุมชน มีปัญหาร้อยละ 6.8 ในกลุ่มเด็กพบอาการบาดเจ็บทางจิตใจภายหลังภัยพิบัติ ร้อยละ 12.4 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.0 และได้ทำการศึกษาอีกครั้งในช่วง 6 เดือนหลังการสำรวจครั้งแรก คือในเดือนกันยายน พ.ศ. 2548 พบว่า จำนวนผู้ประสบภัยวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ในศูนย์พักพิงและในชุมชน มีอาการอาการบาดเจ็บทางจิตใจภายหลังภัยพิบัติ ลดลงเหลือ ร้อยละ 7.2 และ 2.2 ตามลำดับ ในขณะที่มีจำนวนเด็กที่มีอาการอาการบาดเจ็บทางจิตใจภายหลังภัยพิบัติ ลดลงเหลือร้อยละ 8.6 แต่กลับมี

ภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.3 จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นความแตกต่างของความชุกของปัญหาระหว่างวัยผู้ใหญ่ และวัยเด็ก กล่าวคือ ในวัยผู้ใหญ่ในระยะแรกที่ประสบภัยพิบัติจะมีความชุกลดลงตามระยะเวลา แต่ในวัยเด็กช่วงอายุ 7-14 ปี ซึ่งมีความคาบเกี่ยวกับวัยรุ่นด้วยนั้นกลับตรงกันข้ามกับวัยผู้ใหญ่กล่าวคือเมื่อระยะเวลาผ่านไปกลับพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับที่ กวี สุวรรณกิจ (2541) ได้อธิบายไว้ว่า ในเด็กและวัยรุ่นที่เคยผ่านเหตุการณ์รุนแรง อาจมีผลทำให้มีการหยุดชะงักของพัฒนาการทางด้านอารมณ์ หรืออาจเกิดการถดถอยของพัฒนาการทางอารมณ์ไปอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า อาการที่พบได้บ่อยคือการมีภาพจากความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ร้ายแรงผุดขึ้นอยู่เรื่อยๆ (reliving of the trauma) บางครั้งอาจหลีกเลียงหรือกลัวแม้แต่สิ่งที่ทำให้เตือนความจำถึงสิ่งนั้นๆ ซึ่งในเด็กที่ประสบเหตุร้าย เด็กจะให้ความหมายของเหตุการณ์ร้ายแรง

จากการศึกษาของ เบคเกอร์ (Becker, 2006) ก็พบเช่นเดียวกันว่าในเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งรอดชีวิตจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติในปี 2004 ที่ประเทศอินเดีย ผู้รอดชีวิตที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวญาติสนิท และ เพื่อนๆ จะเกิดภาวะซึมเศร้า มีความคิดมองโลกในแง่ร้าย กลัวภัยสิ่งต่างๆ หรืออะไรก็ตามที่ทำให้เกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น รู้สึกตัวเองตกเป็นเหยื่อ มีความรู้สึกคับข้องใจ และ รู้สึกผิดที่ช่วยเหลือผู้ที่เสียชีวิตไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2549) พบว่าผู้ประสบภัยพิบัติร้อยละ 90 หรือมากกว่ามีการแสดงอาการของผลกระทบด้านจิตใจทันทีทันใดในช่วงชั่วโมงแรกหลังภัยพิบัติ หลังจากนั้น 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ประสบภัยร้อยละ 20-50 หรือมากกว่ายังคงมีอาการที่แสดงถึงความทุกข์ทรมานหรือกีดกันทางจิตใจอย่างชัดเจนซึ่งความรู้สึกลักษณะนี้จะหมดไปภายหลังเกิดเหตุการณ์ประมาณ 1 หรือ 2 ปี แต่ในขณะเดียวกันพบว่ามีผู้ประสบภัยร้อยละ 25 ที่มีการตอบสนองทางด้านจิตใจที่ล่าช้าโดยจะแสดงอาการภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ไปแล้ว 1 หรือ 2 ปี ซึ่งมีรายงานว่าผู้ประสบภัยบางรายยังมีภาวะกีดกันทางจิตใจหลังจากภัยพิบัติมานานกว่า 10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV (ปราชญ์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2541) ซึ่งกล่าวว่าโดยปกติบุคคลจะมีภาวะซึมเศร้าภายหลังจากการสูญเสีย ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก และจะหายได้เองในช่วง 6-8 สัปดาห์โดยไม่ต้องรักษา แต่หากภาวะซึมเศร้านั้นคงอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์และอาการดังกล่าวไม่ดีขึ้นหรือรุนแรงขึ้น เช่นมีความรู้สึกเศร้าทั้งวัน นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป หมกมุ่นในความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองหรือมีความคิดอยากตาย อาการต่างๆ เหล่านี้บ่งบอกถึงบุคคลนั้นมีการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แตกต่างจากการศึกษาของ ริคเกิล และ สไวเซอร์ (Rickels & Schweizer อ้างใน สุภานี กิตติสารพงษ์, 2548) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าอาจมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังมีอาการเป็นๆ อดๆ โดยเฉลี่ยนานกว่า 6-10 ปี ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลงในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก สูญเสียหน้าที่ทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการช่วยลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเยาวชน พบโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ นีลสัน โจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ซึ่งกล่าวว่า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยลักษณะคำพูดที่บุคคลใช้พูดกับตัวเองซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึก และประสบการณ์ ที่ถูกแปลความหมายเป็นคำพูดและกลายเป็นสิ่งที่บุคคลใช้สนทนา ภายในใจกับตัวเอง และ/หรือ พูดออกเสียงกับตัวเองโดยลักษณะคำพูดเป็นไปในทางสร้างสรรค์ มีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง และเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความหวังต่ออนาคต ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีการพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกไปใช้ โดยมีกรอบแนวคิดจากทฤษฎีการบำบัดทางปัญญานิยม (cognitive theory) ของ เบ็ค (Beck, 1967; Beck, Rush, Shae, & Emery, 1979) ได้อธิบายถึงสาเหตุหลักของการเกิดภาวะซึมเศร้ามี 2 ประการคือ การประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต และการมีความคิดอัตโนมัติทางลบของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ เบ็ค (Beck, 2006) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการทางจิตใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่ออนาคต และต่อโลก ซึ่งการแก้ไขความคิดซึ่งอยู่ในกระบวนการทางปัญญาสามารถกระทำได้โดยแทนที่ความคิดนั้นด้วยความคิดทางบวกซึ่งสอดคล้องกับที่ วิทยา นาควัชร (2548) กล่าวไว้ว่าคนที่มีความคิดทางบวก (positive thinking) เสมอๆ แม้จะเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต เขาก็จะมองโลกในแง่บวก ทำให้ตนไม่ทุกข์มาก และเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหาคต่อไป สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) กล่าวว่า การบำบัดทางปัญญาเป็นการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาทางจิตด้วยการทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางความคิด (cognitive restructuring) โดยมีความเชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติเป็นผลมาจากความคิดที่ไม่เหมาะสม จึงแก้ไขได้ด้วยการทำให้เกิดความคิดที่เหมาะสม ซึ่งการพูดกับตัวเองจัดเป็นวิธีการหนึ่งของการบำบัดทางปัญญาที่ใช้ในการปรับโครงสร้างทางความคิด และในผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตซึ่งรอดชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ พบว่ากลุ่มบำบัดทางปัญญาและการปรับพฤติกรรมจะช่วยลดความรู้สึกริดก้างวล ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเจ็บปวดจากเหตุการณ์ดังกล่าว (Beck, 2005) แต่จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบรายงานว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการพูดกับตัวเองทางบวกในเยาวชนผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติต่อภาวะซึมเศร้าโดยตรง ผู้ศึกษาในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบในทีมให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยพิบัติน้ำท่วมโคลนถล่มในพื้นที่จังหวัดอุดรติดถึงสนใจที่จะศึกษา เพื่อสร้างโปรแกรมที่ช่วยในการดูแลเยาวชนผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมโคลนถล่มที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้อ้างอิงเป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมหรือพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติจังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติจังหวัดอุตรดิตถ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก

สมมติฐานการศึกษา

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติจังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มทดลอง หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก จะมีระดับน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของเยาวชนผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติจังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มทดลอง หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก จะมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ น้ำท่วมโคลนถล่มในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2550

นิยามศัพท์

โปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวก หมายถึง กระบวนการที่ประกอบด้วยลักษณะ คำพูดที่บุคคลใช้พูดกับตัวเองซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึก และประสบการณ์ ที่ถูกแปลความหมาย เป็นคำพูดและกลายเป็นสิ่งที่บุคคลใช้สนทนากับตัวเอง และ/หรือ พูดออกเสียงกับตัวเอง

โดยลักษณะคำพูดเป็นไปในทางสร้างสรรค์ มีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง และเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความหวังต่ออนาคต โดยสร้างโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกอย่างเป็นลำดับขั้นตอนของการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกตามแนวคิดของ นีลสันโจนส์ (Nelson-Jones, 1990) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การใช้สรรพนาม “ฉัน” ในการพูดกับตัวเอง 2) การพูดกับตัวเองทางบวก 3) ค้นหาการพูดกับตัวเองในทางลบ 4) กำหนดวิธีการพูดกับตัวเองทางบวก 5) ประยุกต์วิธีพูดกับตัวเองทางบวกให้เข้ากับปัญหาส่วนบุคคล และ 6) นำวิธีการพูดกับตัวเองทางบวกมาใช้

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม มีอัตมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจและพฤติกรรมได้ง่าย เช่น โศกเศร้าเสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา ต้องการที่จะหลีกหนี หรืออยากตาย และส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ การทำกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า กระวนกระวาย และ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น (Beck et al., 1979) ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI-IA])

เยาวชน หมายถึง ผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติน้ำท่วมโคลนถล่มในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 13-21 ปี และมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง

เหตุการณ์ภัยพิบัติ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่คาดคิด มีสาเหตุจากภัยธรรมชาติ ซึ่งได้แก่เหตุการณ์น้ำท่วมฉับพลันและมีโคลนถล่มในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2549 ส่งผลกระทบในแง่ลบให้เกิดการบาดเจ็บ เกิดความสูญเสียต่อชีวิตมนุษย์ สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และ ชุมชนที่ได้รับผลกระทบเป็นจำนวนมาก