

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการ ทบทวน แนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. โรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของโรคติดสุรา
 - 1.2 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ความหมายของโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 1.4 ปัจจัยการเป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 1.5 ผลกระทบการเป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง
 - 1.7 การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า
2. การวิเคราะห์สถานการณ์
3. สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลจอมทอง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

โรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า (Alcohol dependence with Depression)

ความหมายของโรคติดสุรา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA]) และสถาบันแห่งชาติ ในเรื่องการเฝ้าดื่มแอลกอฮอล์และโรคพิษสุรา (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) อธิบายความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นลักษณะของการติดแอลกอฮอล์ด้าน ร่างกายที่ต้องมีปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากแอลกอฮอล์ หรือมีอาการแสดงของการขาด แอลกอฮอล์ภายใน 4-12 ชั่วโมง หลังจากลดหรือหยุดดื่ม ได้แก่ อาการทนทานต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (tolerance) อาการขาดแอลกอฮอล์ (signs of withdrawal) การไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้

(diminished control over drinking) และอาการทางด้านร่างกายที่ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เกิดขึ้นอย่างชัดเจนแล้วก็ตาม (NIAAA, 2003)

ชาร์ร็อคซ์ และเฮลส์ ให้ความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นการติด ที่มีลักษณะอาการทนทานต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (tolerance) หรือเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์เมื่อหยุดดื่มหรือเมื่อลดปริมาณการดื่มลง มีอาการเสพติดทางจิตใจ (psychological dependence) ทำให้สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและ/หรือชีวิตการทำงาน (Shahorkh & Hales, 2003)

รณินทร์ กองสุข (2547) ให้ความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นการดื่มจนติดแอลกอฮอล์ ซึ่งไม่เป็นเพียงรูปแบบการบริโภคแบบช้าๆ บ่อยๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกายซึ่งมักเกิดขึ้นพร้อมๆ กันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มีลักษณะสำคัญคือไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้แอลกอฮอล์ได้ มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ (ในบางราย) และการที่ยังคงใช้แอลกอฮอล์ต่อไปแม้จะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้นิยามว่า โรคติดสุราเป็นความแปรปรวนของพฤติกรรมชนิดเรื้อรัง ซึ่งแสดงออกโดยการดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเกิดการใช้ในแง่ของอาหารและสังคมชุมชนจนกระทั่งมีผลเสียต่อสุขภาพหรือหน้าที่ทางสังคมหรือเศรษฐกิจของผู้ดื่ม ได้ (World Health Organization, 2001)

จากความหมายของโรคติดสุราข้างต้น ทำให้สรุปได้ว่า โรคติดสุราเป็นโรคที่มีลักษณะการติดที่มีอาการทนทานต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ และมีอาการติดทางใจ มีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน มีการเพิ่มปริมาณการดื่มขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราของตนเองได้ เมื่อหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่ม ภายใน 4-12 ชั่วโมง จะเกิดอาการแสดงของการขาดแอลกอฮอล์ ผู้เป็นโรคติดสุรามักจะปฏิเสธการติดสุราและยังคงดื่มสุราต่อไปแม้จะทราบว่าเกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต สังคมและเศรษฐกิจ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ดังนี้ เบ็ค (Beck, 1967) ได้ให้อธิบายความหมายของ ภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการแสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ร่วมกับความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดการรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรมในรูปแบบของความรู้สึกทางด้านอารมณ์ ด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันเราได้หลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับปกติซึ่งมีอาการ รู้สึกเศร้าเสียใจ

ท้อแท้เล็กน้อย แต่ยังดำรงอยู่ในสภาพปกติไปได้จนถึงระดับรุนแรง มีความคิดในทางลบจนถึงมีความคิดฆ่าตัวตายได้

ดวงใจ กษานติกุล (2543) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นการแสดงออกของการสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบด้วย อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิด และการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการทำงาน หรือการเรียนซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์

สุวณีย์ เกียรติกิ่งแก้ว (2544) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความอยากลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง ซึ่งจะมีแตกต่างจากภาวะเศร้าโศก ที่ความรู้สึกเศร้าใจจะรุนแรงและมีอยู่นาน แสดงให้เห็นโดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากคนส่วนใหญ่คือ เงียบลง ไม่มีความสุข การพูดจาและการคิดเชิงช้าลง มีท่าทางท้อแท้หมดหวัง ตัดสินใจไม่ได้ มีความบกพร่องต่อภาวะหน้าที่และกิจกรรมที่เคยถือปฏิบัติมา ความสามารถทางวิชาชีพย่ำแย่ลง การมองการณ์ข้างหน้าแคบลง มองโลกในแง่ร้ายและมักจะบ่นเจ็บป่วยทางกายโดยไม่ทราบสาเหตุ

สุรพล วีระศิริ (2547) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข (unhappiness) ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (mood) ซึ่งแสดงออกในลักษณะอารมณ์ไม่ดี (dysphoric mood) มีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาทางร่างกายซึ่งเรียกว่า vegetative symptoms มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิด และภาษาของคนที่ภาวะซึมเศร้า มีการแสดงออกทางท่าทางและพฤติกรรมที่สังเกตได้ของผู้ที่มีอารมณ์เศร้าได้แก่ ตามองต่ำ หน้านิดาตกเล็กน้อย มุมปากตก เดินไหล่ห่อ คอดก พุดช้าและเสียงค่อย เป็นต้น

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง การแสดงออกของภาวะทางจิตใจที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิดการรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม เพื่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะวิกฤติของบุคคล โดยมีลักษณะการแสดงออกสำคัญ อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิด และการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย โดยมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 สัปดาห์

ความหมายของโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบความหมายโดยตรงของโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า แต่พบว่า มีการให้ความหมายแยกโรกระหว่างโรคติดสุรา (Alcohol dependence) กับภาวะซึมเศร้า (depression) ดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ที่เป็โรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (APA, 1994) และหรือตามระบบ ICD-10 (F 10.2: Alcohol dependence) ร่วมกับมีอาการและอาการแสดง ถึง ความเป็ยเบนทางอารมณ์ ความคิดการรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ อารมณ์เศร้า อารมณ์ หงุดหงิดง่าย รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิด และการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนิตนเองมาก ผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย โดยมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ประเมินโดยใช้แบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าของ 9 คำถาม (PHQ-9) ฉบับปรับปรุงโดย จินตนา ลิ้จเพิ่มพูน และคณะ (2549) มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

ปัจจัยการเป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

การติดสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้าน จิตใจและอารมณ์ และปัจจัยด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ สาเหตุทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคติดสุรา มี 2 ปัจจัย ได้แก่

1.1 ปัจจัยทางสมอง จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการติดสุราที่มีผลจากปัจจัย ทางชีวเคมีและการทำงานของสมอง โดย ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ พบว่า การดื่มสุรามากของบุคคล หรือความต้องการอยากดื่มสุราอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณ เว้นทรีลที่คั่นเม้นทัล เอเรีย (ventral tegmental area) ที่เชื่อมโยงการทำงานกับสมองส่วนนิวเคลียส แอ็คคัมเบ้นส์ (nucleus accumbens) บริเวณดังกล่าวนี้มีชื่อว่า เบรน รีวอร์ด ซิสเต็ม (brain reward system) ซึ่งบริเวณดังกล่าวมีสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่สำคัญ คือ เอ็นโดจีนีเยส โอปิออย (endogenous opioid) และโดปามีน (dopamine) โดยสารทั้งสองนี้ถูกกระตุ้นโดยแอลกอฮอล์ ความผิดปกติในระบบการทำงานของสารสื่อประสาทดังกล่าวน่าจะเป็นสาเหตุของการติดสุรา

(ภานุพงศ์ จิตะสมบัติ อ้างใน ประไพ ทายุทธ, 2545) สอดคล้องกับ ไพรดา ชมชื่น ซึ่งได้กล่าวถึงสาเหตุของการติดสุราในด้านปัจจัยทางสรีรวิทยาไว้ว่า สุราเมื่อสลายตัวจะเกิดสารชนิดหนึ่งที่เรียกว่า แอเซทัลดีไฮด์ (acetaldehyde) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมอง โดยทำให้เกิดการติดยา (dependence) ร่วมกับการทนยา (tolerance) และแอเซทัลดีไฮด์ (acetaldehyde) รวมตัวโดยตรงกับอะมีน (amine) เป็นอนุพันธ์ของไอโซควิโนลีน (isoquinoline) ซึ่งมีอิทธิพลต่อจิตใจ สุรามีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล ความตึงเครียด และความขมขื่นต่างๆ เนื่องจากสุราไปลดสารที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เหล่านี้ เพราะฉะนั้นคนที่มีปัญหาทางอารมณ์จึงต้องการสุราบ่อยขึ้นเพื่อช่วยให้จิตใจสบาย นอกจากนั้นการดื่มสุรายังช่วยป้องกันอาการขาดสุราที่เกิดจากการหยุดดื่มด้วย เช่น อาการวิตกกังวล อาการกระหายสุรา อาการอ่อนเพลีย มือสั่น เหงื่อแตก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นไข้ ชัก ประสาทหลอน และเพ้อคลั่ง (ไพรดา ชมชื่น, 2544) ส่วนระบบการทำงานของระบบประสาท (neurochemical mechanism) พบว่าการดื่มสุราเกี่ยวข้องกับระบบการให้ความพึงพอใจ (reinforcement rewarding system) ในสมองส่วนลิมบิก (limbic area) โดยสารที่ใส่จะกระตุ้นให้ผู้นั้นรับรู้ว่าเป็นเสมือนกับความต้องการที่เทียบเท่ากับความต้องการดั้งเดิม (innate drive) ของคนเรา เช่น ความหิว ความกระหาย หรือความต้องการทางเพศ ทำให้เกิดความติดใจและต้องการเสพอยู่เรื่อยๆ จนในบางครั้งมีความต้องการมากกว่าความต้องการดั้งเดิมเสียอีก พบว่าสารสื่อประสาททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (เพิ่มขึ้นหรือยับยั้ง) การหลั่งของสารเคมีบางกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดโรคติดสุราตามมา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548)

1.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics) ทิพาดี เอมะวรรณะ (2548) ได้กล่าวถึงโรคติดสุรามีพันธุกรรม (gene) ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเผาผลาญแอลกอฮอล์ (alcohol metabolism) ที่จำนวนตัวรับ (receptor) ของสารสื่อประสาทกาบา (GABA), ซีโรโตนิน (serotonin), โดปามีน (dopamine) ในสมองมีส่วนในการที่ทำให้คนเป็นโรคติดสุรา จากการศึกษาเกี่ยวกับโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ที่ติดสุรา พบว่าลักษณะที่สำคัญคือ ยีนส์ที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู (Dopamine D2 receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสุราตั้งแต่อายุน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของซีโรโตนิน (Serotonergic) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และผลการศึกษาของ Gelder, Mayon, and Cowen พบว่า ร้อยละ 50- 60 ของโรคติดสุรา เกิดจากปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ (Gelder, Mayon, & Cowen, 2001) นอกจากนั้นมีการศึกษาจากคู่แฝดในประเทศสวีเดน ประเทศเดนมาร์ก และที่รัฐไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย มาร์ค ชุกกิต (Marc Schuckitt) พบว่า ถ้าฝาแฝดคนหนึ่งเป็นโรคติดสุรา โอกาสที่คู่แฝดอีกคนจะเป็นโรคติดสุรามีสูงมาก หากเป็นแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ อัตราการเป็นโรคติดสุราของคู่แฝดร้อยละ

25 ถ้าเป็นแผลที่เกิดจากไขไบบีเดียวกัน กลุ่มแผลจะเป็นโรคติดเชื้อราร้อยละ 65-80 (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน สันสนียเวทย์, 2542)

2. ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ พื้นฐานทางอารมณ์หรือบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูทำให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น บุคคลที่ปรับตัวยาก มีบุคลิกพึ่งพาผู้อื่นสูง ความอดทนและมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดต่ำ ไม่พึงพอใจในชีวิต (Neal, Cohen, & Cooper, 1985) การควบคุมอารมณ์ที่บกพร่อง กลุ่มอาการเอดีเอชดี (ADHD) บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) บุคคลที่มีภาวะอารมณ์ไม่มั่นคง เช่น โกรธ เสียใจ เบื่อหน่าย เหงา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) เป็นบุคลิกภาพที่ส่งผลให้มีความคิดโทษตัวเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีโอกาสถูกชักจูงให้ดื่มสุราและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคติดเชื้อรา นอกจากนี้ การดื่มสุราเพื่อแก้ไขปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น เพื่อลดความเครียดในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน การขาดความรู้สึกรักผูกพันในครอบครัวจากสภาพในครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) มีส่วนทำให้เป็นโรคติดเชื้อราได้เช่นกัน

3. ปัจจัยด้านสังคม บุคคลในครอบครัวติดเชื้อรา เป็นเหตุจูงใจให้คนอื่นๆ ดื่มสุราตามจากการศึกษาบางครอบครัว พบว่า ถ้าคนในครอบครัวเป็นโรคติดเชื้อราลูกก็มีโอกาสติดไปด้วย ถ้าพ่อหรือแม่ หรือพี่หรือน้อง คนใดคนหนึ่งติด คนอื่นในครอบครัวมีสิทธิ์ติดได้ถึงร้อยละ 25 คือสูงกว่าอัตราการเป็นโรคติดเชื้อราในพลเมืองทั่วไป 5 เท่า ถ้าพ่อแม่ติดเชื้อราทั้งคู่ อัตราการติดเชื้อราของลูกจะสูงขึ้น ร้อยละ 50-60 (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน สันสนียเวทย์, 2542) สัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัวมีผลต่อการดื่มสุรา จากการศึกษาปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราในสตรีพบว่า ปัจจัยที่ทำให้สตรีดื่มสุราคือ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็กและมีแบบอย่างบุคคลในครอบครัวเป็นโรคติดเชื้อรา (อวิศา จันทรแสนตอ, 2541) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุราของเด็กนักเรียนพบว่า เพื่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ในการเริ่มดื่มครั้งแรก และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแอลกอฮอล์ ปัญหาในครอบครัว โรงเรียน ค่านิยมทางสังคมในการใช้สุรา เสริมฐานะต่ำ และการชักชวนของกลุ่มเพื่อน พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการ ทำให้เป็นโรคติดเชื้อรา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุรานั้นตั้งแต่ การจำหน่ายอย่างเสรี ขาดกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อบังคับใช้เกี่ยวกับสุรา (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548) รวมถึงข่าวสารเกี่ยวกับสุราที่ได้รับผ่านสื่อต่างๆ สื่อมวลชนมีอิทธิพลทางบวกต่อการดื่มสุราเช่นเดียวกับกลุ่มเพื่อน (อรนุช ภาชีน, จิราภรณ์ เทพหนู, และ รุ่งทิพย์ มาสงามเมือง, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย โปษยะจินดา และคณะ ซึ่งพบว่า การโฆษณาประชาสัมพันธ์ของผู้ผลิต ความเชื่ออย่างผิดๆเกี่ยวกับประสิทธิภาพของเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม

แล้วไม่มา ประสิทธิภาพที่ดื่มแล้วทำให้เกิดความกล้าทำบางสิ่งบางอย่างเป็นปัจจัยด้านบวกที่ส่งเสริมให้เยาวชนดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง (วิชัย โปษยะจินดา และคณะ, 2544) นอกจากนี้ ในปัจจุบันนโยบายภาครัฐที่มีการสนับสนุนให้มีการผลิตสุราชุมชนเพื่อส่งเสริมโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) จากการศึกษาของ สรिता ชีระวัฒน์สกุล เกี่ยวกับการดื่มและมาตรการเพื่อลดการดื่มสุรา กรณีศึกษา 2 ชุมชนภาคเหนือ พบว่า นโยบายดังกล่าวทำให้มีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้นและคนที่ดื่มอยู่ก่อนทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการเพิ่มปริมาณการดื่ม และชุมชนชนบทจะมีการดื่มเพิ่มขึ้นชัดเจนมากกว่าในชุมชนเมือง (สรिता ชีระวัฒน์สกุล, 2549) เป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการดื่มสุรามากขึ้นจนนำไปสู่การติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ที่เป็โรคติดสุรามักจะมีการแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พิกการไร้สมรรถภาพ การต่อต้านการรักษา และการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่เป็โรคติดสุราจะพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70 (Gratzer, Levitan, Sheldon, Rector, & Goering, 2004) ซึ่งจากการศึกษาปัญหาทางจิตเวชที่พบร่วมกับการเป็โรคติดสุรา (comorbidity) พบว่า ผู้ที่เป็โรคติดสุรา 321 ราย มีความผิดปกติทางจิตเวชร่วมด้วย ร้อยละ 72 และในจำนวนนั้น พบโรคซึมเศร้า (major depressive) ร้อยละ 52 บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (antisocial personality) ร้อยละ 49 และพบโรคกลัว (phobias) ร้อยละ 44 นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้หญิงส่วนมากจะมีความผิดปกติทางจิตเวชมาก่อนที่จะมีปัญหการดื่มสุรา แต่ในผู้ชายความผิดปกติทางจิตเวชมักจะเกิดขึ้นภายหลังการดื่มสุรา ยกเว้นบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality) และโรคแพนิค (panic disorders) (Hessellbrock et al., อ้างใน สาทิตริ อัยฉนังค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) การศึกษาภาวะโรคร่วมทางจิตเวช (comorbidity) ของ เพาเวลล์ และ คอลลิคส์ (Powell & Colleagues as cited in Lowe & Kranzler, 1999) พบว่า ผู้ที่เป็โรคติดสุราที่มาเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 63 มีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมด้วย โดยพบภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 42 ภาวะคลุ้มคลั่ง ร้อยละ 20 และบุคลิกภาพแปรปรวน ร้อยละ 20 และผลกระทบจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมดังกล่าว ทำให้ผู้ที่เป็โรคติดสุรามีความรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มองคุณค่าตนเองต่ำ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบขึ้น ทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็โรคติดสุราขึ้นได้ (อุบล ก้องแก้ว, 2549)

เลห์แมน ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับปัญหาทางจิตเวชว่า การเจ็บป่วยทางจิตเวชนำไปสู่การใช้สารเสพติดเพื่อบำบัดอาการไม่สุขสบายต่างๆ และการใช้สารเสพติดมีผลทำให้เกิดโรคทางจิตเวช ในผู้ป่วยโรคติดสุราพบว่า ร้อยละ 80 มีภาวะซึมเศร้าบางครั้งในชีวิต และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เป็โรคติดสุราป่วยเป็โรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ

ซึมเศร้ากับการติดสุรา มีได้ตั้งแต่ปฏิริยาที่ผู้ป่วยเป็นโรคติดสุราจนกระทั่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ หรือภาวะซึมเศร้าเกิดจากการถอนพิษสุรา หรือฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองโดยตรง (Lehman อ้างใน เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) การศึกษาเกี่ยวกับสุราและภาวะซึมเศร้าของ เดวีส์ (Devies, 1998) พบว่า สุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ส่งผลให้ผู้ติดสุราความรู้สึกลำบากในคุณค่าตนเองต่ำลง เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ บางครั้งแสดงความก้าวร้าวรุนแรงและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดลกาโด และ มอเรนซ์ (Delgado & Morence as cited in Sdorow & Rickabaugh, 2002) ที่พบว่า การลดลงของซีโรโตนิน หรือนอร์อีพิเนฟริน ทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าดังกล่าวได้

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สุราเพื่อบำบัดอาการไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ที่มีสาเหตุมาจากปัญหาและผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสารเคมีในสมองส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ผลกระทบของการเป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบของการเป็นโรคติดสุราไม่ได้มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคติดสุราเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อบุคคลในครอบครัว ปัญหาทางสังคมและปัญหาทางเศรษฐกิจ ตามมาอย่างมากมาย ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกายจากการดื่มสุราพบว่า ในระยะแรกที่ได้ดื่มสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำ ผู้ดื่มจะเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และมีความสุข อารมณ์ดี มีความกล้ามากขึ้น แต่หากมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงระดับ 200 มิลลิกรัมซี.ซี จะกีดการทำงานของสมองทำให้มีอาการและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น ร้องตะโกน เอะอะ อาละวาด ขวนทะเลาะวิวาท หากมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงระดับ 300 มิลลิกรัมซี.ซี จะทำให้มีอาการมึนงงสับสน การควบคุมตนเองเสียไป และถ้าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง ระดับ 400-500 มิลลิกรัมซี.ซี. ผู้ดื่มจะหมดสติหรือเสียชีวิตได้ เนื่องจากการหายใจและการเต้นของหัวใจถูกกด ซึ่งการออกฤทธิ์ดังกล่าวมีผลต่อการเกิดโรค และการได้รับบาดเจ็บ โดยอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้อยละ 20-30 เช่น โรคมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับ ตับแข็ง โรคลมชัก การฆ่าตัวตาย รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุจากการเดินทาง (Sadock & Sadock, 2003) เมื่อพิจารณาแต่ละอวัยวะสำคัญที่ได้รับพิษจากการดื่มสุราพบว่า สุรามีพิษโดยตรงต่อสมอง ทำให้เซลล์สมองขยายตัวขึ้นเกิดอาการที่เรียกว่า สมองบวม ในระยะยาวจะทำให้

ให้เกิดการสูญเสียของเหลวในเซลล์สมองเซลล์สมองลิบเหี่ยวเสื่อมและตายลง จากการชันสูตรศพ ผู้เสียชีวิตจากสุรา พบว่า ภาวะเนื้อสมองลิบมีลักษณะจากการทำลายโดยแอลกอฮอล์ได้อย่างชัดเจน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548) ผลต่อดับทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ตับอักเสบ ตับแข็ง (เดิมไชย ไชยวุฒิ และไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541; Murry & Zentner, 1997) โรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์ เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายที่สำคัญ โดยโรคตับที่เกิดขึ้นมี 3 รูปแบบหลักๆ ได้แก่ มีไขมันสะสมในตับ ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์และตับแข็ง ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ จะมีความรุนแรงมากขึ้น อาการที่ปรากฏ ได้แก่ คีซ่าน มีไข้ ปวดที่ช่องท้องด้านขวา บางครั้งมีน้ำในช่องท้อง (ascites) โดยมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5-20 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ส่วนโรคตับแข็ง ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบย่อยอาหารหรือตับวาย และมีน้ำในช่องท้อง (hepatic decompensation with ascites) ตับมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคตับอักเสบ จะพัฒนาไปเป็นโรคตับแข็ง (NIAAA, 2005) สุรายังส่งผลต่อการดูดซึมของสารอาหารและวิตามิน ทำให้เกิดโรคขาดวิตามินอย่างรุนแรง เช่น บี-1 บี-12 โฟลิก ในอาซีน เป็นต้น ผลกระทบต่อระบบเผาผลาญ และต่อมไร้ท่อ ทำให้ผู้ชายเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและเป็นหมันได้ ถ้าหยุดสุราทันที ปริมาณสุราในร่างกายจะลดลงเกิดภาวะขาดสุรา ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการ กระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ และเกิดอาการชักได้ (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น, 2546) นอกจากนี้สุราส่งผลต่อระบบอื่นๆในร่างกาย โดยทำให้เกิด ตับอ่อนอักเสบ ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ส่วนผลกระทบต่อการตั้งครภ์พบว่าพิษของแอลกอฮอล์สามารถส่งผ่านจากมารดาไปสู่ทารกได้อย่างง่ายดาย มีผลกระทบต่อการสร้างอวัยวะของตัวอ่อนทารก โดยเฉพาะในระยะ 6-8 สัปดาห์ ทำให้ทารกที่เกิดมามีโอกาสที่จะมีความพิการของอวัยวะต่าง ๆ เช่น กระดูก หัวใจ ไต ฯลฯ มีร่างกายเล็กลิบ แคระแกรนและมีความเสี่ยงสูงที่ลูกจะมีปัญญาอ่อนแต่กำเนิด เนื่องจากเนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547)

2. ผลกระทบต่อจิตใจและระบบประสาท แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ต่อช่องทางเข้าออกของไอออน (ion channels) ซึ่งเกี่ยวข้องกับนิโคตินอะซิติลโคลีน (nicotinic acetylcholine), ซีโรโทนินไทป์ 3 (serotonin type 3 [5-HT3]) และกาบาไทป์เอ (GABA type A) receptor และ ออกฤทธิ์กดสมอง (CNS depressant) มีผลต่อการนอนหลับ พบว่า สุราทำให้หลับได้ในระยะแรก แต่ต่อมามีผลทำให้วงจรการนอนเสีย กล่าวคือ สุราลดวงจรการนอนระยะแรกที่มีการกลอกลูกตา (rapid eye movement sleep; REM) และ ระยะหลับลึก (non rapid eye movement sleep; NREM) ทำให้เกิดวงจรการนอน

ขาดเป็นช่วงๆ เป็นผลให้หลับไม่สนิท หลับๆตื่นๆ หรือไม่หลับทั้งคืน (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีสารพิษที่เกิดจากการเผาผลาญ แอลกอฮอล์ในร่างกาย คือ เตตราไฮโดรไอโซควิโนลีน (tetrahydroisoquinoline) จะเข้าทำลาย สารเคมีในสมองที่ช่วยทำให้คนเรารู้สึกเป็นปกติสุขและสงบ คนที่ติดสุราจึงมักมีจิตใจและอารมณ์ อ่อนไหว ความอดทนต่อภาวะเครียดหรือกดดันน้อยลง ขาดสมาธิ นำไปสู่บุคลิกภาพเสื่อมโทรม และการดื่มสุราทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กังวล ฟุ้งซ่าน ขาดความสุข มึนงง และเป็นปัจจัยสำคัญ ประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสสุตรัตน์, 2542) นอกจากนั้นการติดสุราทำให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราไม่สามารถจะพูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง ทำให้มี ปัญหาเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Lowe & Kranzler, 1999) มีความรู้สึกล้มเหลวในตนเองต่ำ ส่งผลให้ เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (ปริทรรศ สิลปะกิจ และคณะ, 2542) และจากการศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ (2548) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีการรับรู้จากพฤติกรรม ของตนเอง ว่าทำให้ครอบครัวอับอาย เสียชื่อเสียงและควบคุมชีวิตของตนเองไม่ได้ (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) นอกจาก ภาวะเครียด วิตกกังวล อาการซึมเศร้า หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรมในขณะที่ มีเมามากก่อให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวทะเลาะวิวาท ทำร้ายคนอื่น หากเสพสุราอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดโรคจิตจากสุรา (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, และ อัจฉรา จรัสสิงห์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทางจิตในแต่ละ ประเทศ มีสาเหตุมาจากสุรา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547) ข้อมูลศูนย์ บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่ (2547) พบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีการติดแอลกอฮอล์ มักมีอาการของโรคจิตแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ 47 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะ โรคทางอารมณ์ (affective disorder) ที่พบบ่อย คือโรคซึมเศร้า (depression) อาการของโรควิตกกังวล (anxiety disorder) บุคลิกภาพปรวนแปร (antisocial personality disorder) ซึ่งพบมากในผู้ที่ เป็นโรคติดสุราตั้งแต่อายุน้อย (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดเชียงใหม่, 2547) และร้อยละ 28.5 บุคคลที่ดื่มสุราที่มีปัญหาโรคจิต มีอาการประสาทหลอนทางหู และหลงผิด หวาดระแวง กลัวคนปองร้าย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) ส่วนอาการทางระบบประสาท พบว่า อาจมี อาการของโรคเวอร์นิก เอนเซฟาโลพาตี (wernick's encephalopathy) โดยมีอาการสับสน งุนงง และอาการทางระบบประสาท ได้แก่ เดินเซ และกล้ามเนื้อตาผิดปกติ (ophthamoplegia) หากผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ดีพอจะเกิดอาการ คอรัซาคอร์ฟซินโดรม

(Korsakoff's Syndrome) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความสูญเสียความจำ (retrograde amnesia) (Sadock & Sadock, 2003)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวเป็นบุคคลกลุ่มแรก ที่ได้รับผลกระทบทั้งหมด ด้านบทบาทหน้าที่ของตัวผู้ที่เป็นโรคติดสุราต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิตในครอบครัว ผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมีความรับผิดชอบในบทบาทครอบครัวลดลง มีพฤติกรรมการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดวิตกกังวลและแยกตัวจากสังคม บุตรที่มีบิดามารดาติดสุรามีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ผิดปกติและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Michale et al., 1996) มีการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคติดสุราจะมีผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม บางรายดื่มจนขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัวเกิดความรุนแรงและการหย่าร้าง (Gelder et al., 2001) ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว คุกคามความมั่นคงในการทำงานขัดขวางการทำหน้าที่ตามปกติของครอบครัว (Brown, 1988) จึงกล่าวได้ว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคติดสุราจะส่งผลให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เนื่องจากการศึกษาพบว่า สุรามีความสัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) โดยครอบครัวที่ใช้สุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวเป็น 3.8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่ใช้สุรา (รณชัย คงสกนธ์, 2548) และภาวะสุขภาพจิตคู่สมรสที่เป็นโรคติดสุรา พบว่า คู่สมรสมีปัญหาด้านสุขภาพจิต คิดเป็น ร้อยละ 65 (ไสยา ตระกูลมูล, 2546) เด็กในครอบครัวของผู้ติดสุราจะมีความสับสน ขาดความเชื่อมั่น ไม่แน่ใจ รู้สึกไม่มั่นคงต่อความรัก บิดาหรือมารดา โดยมักมีการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เด็กกลุ่มนี้โตขึ้นจะพัฒนาเป็นผู้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพและอารมณ์ (Gelder et al., 2001) นอกจากนั้น การศึกษาของ สายพิน บุญกันทะ พบว่า ผู้ติดสุราเมื่อมีอาการเมาสุราจะช่วยตัวเองไม่ได้ มีอาการมือสั่น การทรงตัวไม่ดี เป็นภาระต่อผู้ดูแล ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ (สายพิน บุญกันทะ อ้างใน นพวรรณ อุปคำ, 2549) และส่งผลต่อผู้ดูแล ทำให้ครอบครัวมีการพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง รวมทั้งผู้ติดสุรามีเวลาร่วมกับครอบครัวน้อยลง (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) จากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราพบว่า คู่สมรสของผู้ติดสุรามีโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 85.4 (พูนศรี รังสีขจี, นิรมล พັນสุนทร, และ ทหัยวัน สนั่นเอื้อ, 2549)

4. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ จากการรายงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า จำนวนของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีปริมาณการดื่มสูงเป็นอันดับ 40 ของโลก โดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดกลั่น สูงเป็นอันดับ 5 ของโลก จำนวนเงินที่ใช้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อมาบริโภคมากถึง 187,000 ล้านบาทต่อปี (คำนวณจากภาษีการผลิต

สุราและเบียร์ของกรมสรรพสามิต) และยังมีแนวโน้มว่าจะมีปริมาณการบริโภคที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีจำนวนผู้ดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นปีละอย่างน้อย 260,000 คน หรือประมาณวันละ 700 คน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ, 2548) ในขณะที่พบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) ประเทศไทยได้ประมาณมูลค่าความเสียหายจากการดื่มสุราโดยพบว่าความเสียหายทั้งหมดจากการดื่มสุรามีมูลค่าเป็น 13,007.9 พันล้านบาทถึง 33,652.6 พันล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.22-0.56 ของ GDP ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการบำบัดโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา 106.9-349.7 ล้านบาท มูลค่าการสูญเสียผลผลิตจากการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรที่เกิดจากการดื่มสุรา 5,562-8,583 ล้านบาท และต้นทุนในการขาดงานเนื่องจากการดื่มสุรา 3,245.8-4,491.8 ล้านบาท (มนตรัศม์ถาวรเจริญทรัพย์, 2551) การศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ที่เป็ นติดสุรานั้นจะมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อความปลอดภัยของผู้ดูแลและของชุมชน (ชนิตา บุญญาวาส, 2547) และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยได้สูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคสุรามีมูลค่ารวมถึง 156,105.4 ล้านบาทต่อปี จากต้นทุนจากการรักษาพยาบาล การฟ้องร้อง การบังคับใช้กฎหมาย ทรัพย์สินเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร รวมไปถึงต้นทุนทางอ้อม เช่น การสูญเสียผลผลิตจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีผลกระทบต่อความรุนแรงในครอบครัว โดยพบว่ากลุ่มที่สามีดื่มสุราฝ่ายเดียว และกลุ่มที่ทั้งสามีภรรยาดื่มทั้งคู่มีโอกาสเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรงต่อสตรีเป็น 4.3 และ 8.6 เท่า (ตามลำดับ) มากกว่ากลุ่มที่สามีภรรยาที่ไม่ดื่มทั้งคู่ (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ อ่างใน เบญจพร ปัญญาวยง, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบของการบริโภคแอลกอฮอล์ไม่ได้เกิดเฉพาะในวันที่ดื่มเท่านั้น แต่อาจส่งผลกระทบระยะยาวคือปัญหาสุขภาพที่ติดตัวผู้ดื่มไปตลอด แม้จะหยุดดื่มแล้วก็ยังสามารถสร้างผลกระทบด้านลบให้กับทั้งชีวิตประจำวันของผู้ดื่มเองรวมถึงภาคเศรษฐกิจโดยรวมได้ (มนตรัศม์ถาวรเจริญทรัพย์, 2551) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยทำงานแต่มักจะหมกหมุ่นกับการดื่มสุรา ไม่สนใจทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานต่ำ ขาดงานโดยไม่มีเหตุผล จนกระทั่งไม่สามารถทำงานได้ บางครั้งต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้จนเจ็บครอบครัว และถ้ายังดื่มสุราอยู่หลังจากออกจากงานจะทำให้รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน เพิ่มภาระในการดูแลและรายจ่ายมากขึ้น (มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2546)

นอกจากการเป็นโรคติดสุราส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ที่เป็นโรคติดสุราทั้งด้านร่างกายจิตใจ ครอบครัว รวมไปถึงสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมแล้ว การเป็นโรคติดสุราที่มีภาวะโรคร่วม เช่น โรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการสูญเสียทรัพยากรบุคคล ซึ่งจากผลการสำรวจของ The Nation Comorbidity Survey for Alcohol and drug use (NCS) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า

ความชุกของการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (Alcohol-related disorder) ร้อยละ 10-15 (Kessler et al., 1997) และการศึกษาของ ประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล และคณะ พบผู้ที่เป็นโรคติดสุราประมาณร้อยละ 26 .ในกลุ่มของผู้ใช้สารเสพติดที่มักพบประวัติซึมเศร้าและความเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งคือ การดื่มสุราจะ ทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้ว การดื่มสุราจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นสูงมาก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ผู้ที่เป็นโรคติดสุราดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหา ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการเงิน และปัญหาการทำงาน (สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่อครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่กล่าวไว้ว่า การสูญเสีย (Loss) เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การสูญเสียตำแหน่งหรือความล้มเหลวในหน้าที่การงาน และบทบาททางสังคม ทำให้ขาดความเชื่อถือและไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น มีความวิตกกังวล หมกหมุ่นกับตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Freud อ้างใน สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง และเหตุการณ์ชีวิตที่ตึงเครียด จะเป็นปัจจัยเร่งรัดให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (อรัญญา แพทย์, 2549) นอกจากนั้นในการรักษาผู้ติดสารเสพติดที่มีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วยจะพบพฤติกรรมที่รุนแรง และพบปัญหาการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของ ประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (2542) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ประมาณ ร้อยละ 50 โดยสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายคือภาวะซึมเศร้าและการเสพติดสุรา (ประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2542) และการศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่เป็นโรคติดสุรา พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 51.2 มีอาการซึมเศร้าต้องรับการช่วยเหลือจากแพทย์ร้อยละ 48.6 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่นร้อยละ 11.3 และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 11.9 (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542)

ทำให้เห็นว่า ผู้เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่พบความผิดปกติทางจิตเวชร่วมด้วย โดยเฉพาะ ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากส่วนใหญ่บุคลิกภาพอ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมและไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ (เอี่ยมเดือน เนตรแขม, 2541) และยังรู้สึกว่าไม่มีความหวังต่ออนาคต เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีลักษณะการกลับไปดื่มซ้ำสูง การหยุดดื่มเป็นเรื่องยากและมักจะล้มเหลวในการรักษา เพราะส่วนใหญ่มักจะหยุดดื่มสุราได้ไม่นาน แล้วกลับไปดื่มสุราอีก (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะโรคร่วมที่มีความสำคัญและนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข และภาวะโรคร่วมที่พบในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ยังเป็นปัจจัยทำนายถึงผลการรักษาที่ไม่ดี อีกทั้งเป็นตัวบ่งชี้ว่า ผู้ที่เป็น

โรคติดสุราจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูในระยะยาว จากการศึกษาของ เบริก และ คอนเนอร์ (Barick & Conner, 2002) ซึ่งพบว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงและมีความสำคัญต่อโอกาสการหายจากการเป็นโรคติดสุรา หากระดับภาวะซึมเศร้าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสหายจากการติดสุราและลดการกลับไปดื่มสุราซ้ำ แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้นควรมีการประเมินตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อที่จะทำให้การวินิจฉัยและบำบัดรักษาได้รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น ถ้าผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่ได้รับการวินิจฉัย และบำบัดรักษาควบคู่กันไป จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545)

การวินิจฉัย อาการและอาการแสดงของโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการวินิจฉัยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีการวินิจฉัยรูปแบบการดื่มสุราในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราก่อนว่าเป็นโรคติดสุรา แล้วจึงมีการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งการวินิจฉัยโรคติดสุราโดยทั่วไปใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา (alcohol dependence) ซึ่งปรับปรุงจาก การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1994) ว่าโรคติดสุราเป็นรูปแบบของการดื่มที่แสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี (maladaptive) ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมเสียอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (Clinically significant impairment) หรือรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) ซึ่งแสดงออกโดยลักษณะ 3 อาการ (หรือมากกว่า) ดังต่อไปนี้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

1. การทนต่อยา (tolerance) (หรือดื่มคอแข็งขึ้น) ซึ่งนิยามได้ดังข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ก. ความต้องการดื่มสุราปริมาณมากขึ้นอย่างชัดเจน (markedly increased amounts) เพื่อให้เกิดการเมาสุรา (intoxication) หรือการออกฤทธิ์ที่ต้องการ (desire effect)
 - ข. การออกฤทธิ์ลดลงอย่างชัดเจน (markedly increased effect) เมื่อมีการดื่มอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
2. การถอนพิษสุรา (withdrawal) ซึ่งแสดงออกดังข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ก. กลุ่มอาการที่แสดงถึงการถอนพิษสุรา (the characteristic withdrawal syndrome)
 - ข. การใช้สารที่เหมือน (หรือคล้ายกันมาก) เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงอาการถอนยา (withdrawal symptoms)
3. ดื่มสุราในปริมาณ (amounts) ที่มากกว่าหรือในระยะเวลา (period) ที่นานกว่าที่ตั้งใจ

4. ความต้องการอยู่ตลอด (persistent desire) หรือไม่สามารถ (unsuccessful efforts) ลด (cut down) หรือควบคุม (control) การดื่ม

5. การใช้เวลามากในกิจกรรมที่จำเป็นต้องกระทำเพื่อให้ได้สุรา เพื่อดื่มสุรา หรือเพื่อฟื้นตัวจากการเมาสุรา

6. การเลิก (give up) หรือลดลง (reduced) ของกิจกรรมทางสังคม (social) อาชีพ (occupational) หรือนันทนาการ (recreational) อย่างมากอันเนื่องมาจากการดื่ม

7. การดื่มอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาหรือซ้ำแล้วซ้ำอีก (persistent or recurrence) แม้จะทราบว่าตนเองมีปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจซึ่งมีสาเหตุจากหรือถูกกระตุ้นจากสุรา เช่น การคงดื่มสุราแม้จะทราบว่าโรคกระเพาะอาหารอาจมีอาการเลวลงจากการดื่มสุรา

ส่วนการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้จากการประเมินคัดกรอง ซึ่งเป็นการตรวจเพื่อค้นหาประวัติการเจ็บป่วย การแยกผู้ป่วยตามอาการและอาการแสดง จากการศึกษาของ พิโนเน่ (Pignone, 2002) พบว่า การคัดกรองหรือการค้นหาในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มความแม่นยำ ส่งผลดีต่อการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก สอดคล้องกับคำกล่าวของ สมภพ เรืองตระกูล (2543) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการคัดกรองจะไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยละเลยกิจวัตรประจำวันเกิดอาการทางร่างกายหลายๆ อย่างพร้อมกัน เกิดความคิดท้อแท้ เบื่อหน่าย และคิดฆ่าตัวตายได้ นอกจากนั้นการค้นหาคัดกรองเพื่อนำผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้ารับการรักษาดังแต่แรกเริ่มจะสามารถ ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษา (Valenstien, Vijan, Zeber, Boehm, & Buttar, 2001) ซึ่งการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีการนำมาใช้บ่อยๆ พอสรุปได้ดังนี้

1. แบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI) ของเบ็ค (Beck อ้างใน ถัดดา แสนสิงหา, 2536) สร้างขึ้นในปี 1961 มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ การให้คะแนนมี 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง ค่าความเที่ยง 0.93 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI-IA ในปัจจุบันแปลและทดลองใช้โดย มุกดา ศรียงค์ (2522)

2. แบบทดสอบโรคซึมเศร้าในประชากรไทย [Health-Related Self-Reported (HRSR) Sacale: The Diagnosis Screening Test of Depression in Thai Population] พัฒนาโดย ดวงใจ กษานติกุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะ เป็นแบบสอบถามแบบวัดหรือตอบด้วยตนเอง (self-report) เพื่อตรวจหาความเครียดหรือโรคซึมเศร้า มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient specificity 90.2% และ sensitivity 85.3% สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression) การใช้จุดตัดที่ 25 คะแนนจะได้ specificity สูงขึ้น 93.4% และ sensitivity ลดลง 75.1% (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.)

3. แบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (The Patient Health Questionnaire: PHQ-9) พัฒนาโดย โรเบิร์ต และคณะ (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1988) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ และเป็นที่ยอมรับใช้วัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในการให้บริการระดับปฐมภูมิ มีการนำมาใช้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป สัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งพัฒนาและแปลโดย จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และคณะ (2549) มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 75.68% ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 92.85% ค่าความตรง (correctly classified) เท่ากับ 92.22% มีข้อคำถาม 9 ข้อ ค่าคะแนนของคำตอบมี 4 ระดับ “ไม่มีเลย” มีค่าเท่ากับ 0 “เป็นบางวัน” มีค่าเท่ากับ 1 “เป็นบ่อย” มีค่าเท่ากับ 2 และ “เป็นทุกวัน” มีค่าเท่ากับ 3 คะแนนรวม 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ตามค่าคะแนนดังนี้

- < 7 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า
- 7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
- 13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
- ≥ 19 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ (depression screening test) พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบคัดกรองมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) mood component 2) cognitive behavior component 3) somatic component มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 จุดตัดที่เหมาะสมคือ 6 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 86.8 ความจำเพาะ ร้อยละ 79.8 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 80.7 แบบคัดกรองมีคำตอบให้ มี หรือ ไม่มี มีความสะดวกในการตอบคำถามใช้เวลาประมาณ 5 นาที มีจุดเด่นคือ คำถามทั้งหมดมีการทดสอบภาษาและการสื่อความหมายว่าเข้าใจง่าย แต่อาจมีข้อจำกัดในด้านการบอกความถี่ หรือความรุนแรงของอาการในแต่ละข้อ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อประเมินประชากรไทย ที่อาจมีภาวะซึมเศร้าและรับบริการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยใช้ในกลุ่มตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเศร้า ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (Patient Health Questionnaire :PHQ-9) ฉบับปรับปรุงโดย จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และคณะ (2549) ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่นำมาใช้ในการปฏิบัติงานประจำ

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการอธิบายอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า สรุปได้ดังนี้

เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวถึงอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าว่ามีลักษณะการเบี่ยงเบน 4 ด้านดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (emotional) บุคคลมีอารมณ์เศร้าหดหู่ (dejected mood) มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบตลอดเวลา (negative feelings toward self) ความพึงพอใจลดลง (reduction in gratification) ความผูกพันทางอารมณ์ลดลง (loss of emotional attachment) ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ (crying spells) ปฏิกริยาความร่าเริงต่างๆลดลง (loss of mirth response) มีอารมณ์หงุดหงิด ขุนเขี้ยวง่าย

2. ด้านปัญญา (cognitive) บุคคลจะมีการประเมินตนเองต่ำ เช่น คิดว่าตนเองล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกอนาคตสิ้นหวัง กำหนดิเดียนตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิ และลงโทษ มีความอยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ทำให้มองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป

3. ด้านแรงจูงใจ (motivation) เมื่อบุคคลเริ่มมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นนั้นบุคคลจะมีความคิดครุ่นคิดในใจ ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิตบุคคลจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ไม่เข้าใจ และไม่สามารถจัดการได้จึงทำให้เกิดความกังวลใจมากเพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเองในการกระทำต่างๆ แต่ก็ทำไม่ได้ประกอบกับความจำและสมาธิลดลง จึงทำให้บุคคลเสียแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ทำให้รู้สึกเหนื่อยหน่าย ต้องการแยกตัวออกจากสังคม หรือคิดอยากตายได้

4. ด้านร่างกาย (physical) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความอยากรับประทานอาหารลดลง มีน้ำหนักลด หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น มีน้ำหนักเพิ่ม มีความอยากลำบากในการนอนหลับ มีความต้องการทางเพศลดลง มีความเชื่อว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากผู้ที่ภาวะซึมเศร้ามักมีอาการทางกายร่วมด้วย และเกิดกับอวัยวะทุกระบบ อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ และเจ็บหน้าอก เป็นต้น

นอกจากนั้น เบ็ค กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ เกิดจากการที่ตัวบุคคลได้เผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต และการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต อาการแสดงจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยงและลงโทษตัวเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลงและเชื่องช้า เป็นต้น

ลักษณะอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอารมณ์เศร้า ร้องไห้มาก รับประทานอาหารไม่ได้ พัฒนาการเคลื่อนไหวช้า ซึม ท้อ การเจริญเติบโตหยุดชะงัก หากมีอาการเศร้ามาตั้งแต่วัยเด็ก

เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเศร้ามาก ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคล ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย มีความนึกคิดในเชิงลบ มองเห็นแต่สิ่งเลวร้ายของตนเอง มองอนาคตของตนเองว่ามีแต่ความลำบาก ล้มเหลว และหมดทางแก้ ในที่สุดหันไปสู่วิถีความพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีความทุกข์ (อรรถพรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

เบ็ค (Beck, 1967) แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่สามารถพบได้ในบุคคลทั่วไป อาจมาสาเหตุหรือไม่ก็ได้ มีลักษณะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส มักจะเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น โทษตนเอง มองโลกในแง่ร้าย การตัดสินใจช้า รู้สึกไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง ความตั้งใจทำงานลดลง การนอนหลับผิดปกติ ต้องการคำแนะนำ กำลังใจ และความช่วยเหลือ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) มีอารมณ์เศร้ารุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ ลักษณะด้านอารมณ์ ได้แก่ หม่นหมอง เศร้า เบื่อหน่ายไม่มีความสุขในการทำงาน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย วิตกกังวล โกรธ ก้าวร้าว ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจยาก มองปัญหารุนแรงเกินจริง สิ้นหวัง นอนไม่หลับ มีความคิดอยากตาย ด้านร่างกาย ได้แก่ ใจสั่น แน่นหน้าอก ความผิดปกติในการอยากอาหารและการนอนหลับสมรรถนะทางเพศ ลดลงด้านการเคลื่อนไหวช้าลง เบื่ออาหาร หรือกระวนกระวาย อาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำ พูดลำบาก ไม่พูด แยกตัว ขาดความนับถือตนเอง และท้อแท้

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีภาวะอารมณ์เศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรมอย่างชัดเจน รู้สึกสิ้นหวังและเป็นภาระของผู้อื่น หมดความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อม ต้องพึ่งพาผู้อื่น แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว หรืออาจจะกระวนกระวาย ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม PHQ-9 ซึ่งนิยมใช้ในรูปแบบของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาดังต่อไปนี้

- 1) เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน
- 2) ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้
- 3) หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป
- 4) เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง

- 5) เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป
- 6) รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง
- 7) สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ
- 8) พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น
- 9) คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี

การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการดูแลรักษาและการบำบัดที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าถือได้ว่าเป็นภาวะ โรคร่วมทางจิตเวชที่พบได้ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า จึงต้องมีการดูแลรักษาโรคจิตสุรา ร่วมกับการรักษาภาวะซึมเศร้า แยกการรักษาเพียงปัญหาใดปัญหาหนึ่งไม่ได้ (แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ, 2553) การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 ได้แบ่งการดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง ดังนี้ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2552)

1. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับน้อย (7-12 คะแนน) ให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องโรคซึมเศร้า แนะนำวิธีการลดอาการซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยา เช่น ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ให้บริการปรึกษาปัญหาด้านจิตสังคม เป็นต้น
2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม ให้บริการปรึกษา ให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ยาต้านเศร้าตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า กรณีที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูง พิจารณาการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัด หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น
3. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความรุนแรงระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน) ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม ให้การปรึกษาให้ยาต้านเศร้าร่วมกับการทำจิตบำบัด หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า และนัดประเมินติดตาม 1-2 สัปดาห์

กระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราแบ่งออกเป็น 4 มาตรการ ได้แก่ มาตรการการจัดการระยะแรก มาตรการการบำบัดรักษา มาตรการการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และมาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา ร่วมกับการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยใช้หลักการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช มี 2 ประการ (หทัยชนนี บุญเจริญ, 2552) ได้แก่ การรักษาด้วยยา และ

การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด (psychosocial treatment) ซึ่งจากข้อมูลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 41 และร้อยละ 33 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเศร้าที่มารับการรักษามีโรคทางอารมณ์ (mood disorder) และโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ร่วมด้วย (Grant, et al. อ้างใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) และไม่ว่าโรคร่วมทางจิตเวชจะเป็นชนิดใด หลักสำคัญของการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเศร้าที่มีภาวะโรคร่วม (Goldstein, Diamantouros, Schaffer, & Naranjo, 2006) คือ 1) ลดอาการทางจิต 2) ลดการดื่มสุรา โดยการรักษาอาการถอนพิษสุราหรือลดความอยากสุรา 3) ใช้มาตรการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มหนัก 4) ให้อาหารที่มีโอกาสดีได้น้อย 5) ให้อาหารเพียงไม่กี่ครั้งต่อวัน และ 6) ให้อาหารที่มีผลข้างเคียงน้อย

การรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า

การรักษาด้วยยา หมายถึง การรักษาด้วยยาด้านเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเศร้าที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าร่วมกับ ได้รับการประเมินพบว่ามีภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (APA, 1994) และหรือตามระบบ ICD-10 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีค่าคะแนนการประเมิน 13 คะแนนขึ้นไป หรือมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ของ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2552) กล่าวถึงยารักษาเศร้าที่ใช้ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มี 2 กลุ่มได้แก่ ยาด้านเศร้า (Antidepressant) กลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic: TCA) เช่น นอร์ทริปไทโรลีน (Nortriptyline) และ อะมิทริปไทโรลีน (Amitriptyline) และ ยากลุ่มซีเลคทีฟซีโรโทนินรีอัพเทค (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) ซึ่งจากผลการศึกษาแบบ meta-analysis ของ 14 งานวิจัยที่มีการใช้ยาและมียากลุ่มควบคุมในผู้ป่วย 848 รายที่มีการติดสุราร่วมกับโรคซึมเศร้า พบว่า ยาแก้ซึมเศร้าทั้งชนิด ไตรไซคลิก (Tricyclic: TCA) เช่น นอร์ทริปไทโรลีน (Nortriptyline) และ อะมิทริปไทโรลีน (Amitriptyline) และยากลุ่มซีเลคทีฟซีโรโทนินรีอัพเทค (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI) สามารถลดได้ทั้งอาการซึมเศร้าและการดื่มสุรา มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่สามารถหยุดดื่มได้ ดังนั้นการรักษาเฉพาะของการติดสุราจึงยังจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีการติดสุราร่วมกับโรคซึมเศร้า (Nunes & Levin อ้างใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

จากหลักการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเศร้าที่มีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมนี้มีความสอดคล้องกับการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเศร้าที่ว่าด้วยการรักษาทางชีวภาพ (biological intervention) ซึ่งสามารถอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีทางชีวภาพ ที่เชื่อว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง สุรากระตุ้นสารสื่อประสาทหลังออกมากกว่าปกติ โดยเฉพาะสารโดปามีน

และมีการยับยั้งการนำสารกลับสู่ที่เก็บสารสื่อประสาทซ้ำลงทำให้สารสื่อประสาทค้างมากขึ้น มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้เกิดความร่าเริงมากกว่าปกติบางครั้งมีอาการทางจิต ประสาทหลอน แปรสภาพผิด (Sadock & Sadock, 2005) จึงใช้ยาเข้าไปปรับสมดุลของสารสื่อประสาทให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้นการใช้ยาในการรักษาขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการรักษา เช่น เพื่อลดอาการขาดสุรา ลดอาการเมาสุรา เพื่อรักษาโรคจิตเวชที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ นอกจากนี้ยังต้องมีการรักษาอาการขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) ซึ่งอาการนี้จะเกิดขึ้นภายใน 2-10 วัน หลังจากมีการลดการดื่มหนักหรือหยุดดื่มในผู้ที่เคยดื่มปริมาณมากๆ และดื่มมาเป็นเวลานาน (Slaby, 1994) ยาที่เหมาะสมในการรักษาภาวะขาดสุรา ได้แก่ ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) ได้แก่ คลอไดอะซีพอกไซด์ (Chlordiazepoxide) ในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคตับหรือผู้สูงอายุ ควรใช้ยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (short acting) ได้แก่ ลอราซีแพม (Lorazepam) เป้าหมายการรักษาคือป้องกันการเกิดอาการชักและอาการสับสน เพ้อคลั่ง (delirium tremens) ป้องกันหรือรักษาภาวะโรคแทรกซ้อนจากทางกายภาพและทางจิต (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

การรักษาทางจิตสังคม หมายถึง การให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด และลดภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยรูปแบบการรักษามีหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดที่ช่วยภาวะซึมเศร้า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2552) ได้แก่

1. จิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะรู้สึกท้อแท้ชีวิตล้มเหลวสิ้นหวัง หากมีสิ่งที่ไม่ดีเกิดขึ้นก็โทษตำหนิตนเอง แต่เมื่อมีสิ่งดีเกิดขึ้นกลับบอกตนเองว่าเพียงแต่โชคดีเท่านั้น หรือบางคนก็เชื่อเลยว่าสิ่งต่างๆ ในชีวิตไม่มีทางดีขึ้นอีกแล้ว ซึ่งจิตบำบัดแบบมุ่งเน้นการปรับความคิดความเข้าใจนี้ จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เห็นกระบวนการคิดทางลบของตนเองและผู้ป่วยจะสอนวิธีคิดในทางที่เป็นบวกและเกิดประโยชน์มากขึ้น อีกทั้งจะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้เรียนรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เรียนรู้จะพ้นจากความล้มเหลวและได้คิดและเชื่อมั่นในสิ่งดีๆ ในชีวิต

2. จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีปัญหาในการสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นตนเอง คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับปัญหาของตนจนพลาดโอกาสดีๆ จิตบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดจะช่วยค้นหาและปรับพฤติกรรมที่อาจจะเป็นสาเหตุให้อาการซึมเศร้าหายช้าหรือ

เป็นอยู่นาน พฤติกรรมที่อาจมีการปรับเปลี่ยนในกระบวนการบำบัด เช่น การวางแผนปฏิบัติกิจกรรมสำหรับตนเอง การแก้ไขปัญหา การวางแผนเป้าหมาย การฝึกทักษะทางสังคม เป็นต้น

3. การบำบัดแบบมุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตบำบัดแบบนี้มีเป้าหมายที่ช่วยแก้ปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นเหตุให้อาการซึมเศร้าคงอยู่นานไม่หาย เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาในกลุ่มสมรส ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนในที่ทำงาน การบำบัดจะช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเป็นพ่อแม่ หย่าร้าง หรือสูญเสียคนรัก

4. การให้การปรึกษา (counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือทางจิตใจ มุ่งเน้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้เรียนรู้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้หาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นอย่างเหมาะสม ขณะให้การปรึกษา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็จะได้เรียนรู้เข้าใจตนเองมากขึ้น การให้การปรึกษานั้นไม่ได้ลดอาการซึมเศร้าโดยตรง แต่จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถลดปัญหาที่ก่อความทุกข์ใจ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดอาการซึมเศร้าทางอ้อม

ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเศร้า (psycho-education) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) ชุมชนบำบัด (therapeutic community) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) การรวมกลุ่มของผู้จิตเศร้าเพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือกันให้หยุดดื่มสุราได้ (alcoholic anonymous [AA]) หรือกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) จากการศึกษาในต่างประเทศแต่ยังไม่พบหลักฐานชัดเจนว่าการรักษาทางจิตสังคมชนิดใดดีกว่ากัน (Weiss & Keuppender, 2006)

จะเห็นได้ว่าแม้จะไม่มีการบำบัดรักษาเฉพาะสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นภาวะโรคร่วมทางจิตเวช แต่แนวทางการรักษาก็มีหลักการเช่นเดียวกับการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเศร้า ทั้งการรักษาทางชีวภาพ การรักษาทางจิตสังคม ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้นานที่สุด และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การวิเคราะห์สถานการณ์

แนวคิดทฤษฎีการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis)

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายการวิเคราะห์สถานการณ์ไว้ดังนี้

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึง การศึกษาเพื่ออธิบายภาพรวมของบางสิ่งบางอย่างที่สนใจที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง หรือสืบสวนสถานการณ์เล็กๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสถานการณ์ที่จะศึกษา (สุรศักดิ์ สุนทร, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึงการระบุเหตุการณ์ต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งข้อมูลหรือรายละเอียด เกี่ยวกับความเป็นมา สาเหตุระดับความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์และทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก, 2552)

การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก หมายถึง การทำความเข้าใจปัญหาทางคลินิกในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อหาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับบริบทของสถานการณ์ปัญหา เช่น ลักษณะที่แท้จริงของปัญหา สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผลกระทบจากสถานการณ์ปัญหานั้น ซึ่งจะช่วยให้ตัดสินใจว่าควรปรับปรุงหรือแก้ไขในเรื่องใดเป็นอันดับแรก เพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการเฉพาะโรคหรือปัญหานั้นๆ (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2551)

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึง การศึกษาคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ เป็นการสำรวจหรือแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิก โดยให้ความสนใจเกี่ยวกับโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งมีกรอบแนวคิดที่แสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ (Donabedian, 2003)

การวิเคราะห์สถานการณ์ จึงหมายถึง กระบวนการที่ต้องอาศัยวิจารณญาณในการพิจารณาพิจารณาเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังดำเนินอยู่ในช่วงที่ผู้ศึกษาให้ความสนใจ การวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งนี้ ใช้ความหมายตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดำเนินการของ Donabedian (2003) ที่ประกอบด้วย การวิเคราะห์ด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ของการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อสร้างข้อมูลพื้นฐานความรู้สำหรับการตัดสินใจในการดำเนินงาน ขนาดของ

ปัญหา สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา นำเสนอผลการวิเคราะห์ และผังสถานการณ์ของการเกิดปัญหา ความต้องการของหน่วยงาน เพื่อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง

วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational analysis) มีเครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้หลายวิธี ได้แก่

1. การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) เป็นการสนทนาระหว่างผู้ที่มีข้อมูลกับผู้ต้องการข้อมูล เป็นการถามตอบโดยตรง หากมีข้อสงสัยหรือเข้าใจไม่ชัดเจนก็ทำความเข้าใจจนชัดเจนในทันที เป็นการสร้างความเข้าใจให้ทั้งผู้ตอบและผู้ศึกษา จึงเป็นเครื่องมือในการค้นหาข้อมูลของเหตุการณ์ พฤติกรรม สิ่งที่อยู่ภายใน ซึ่งไม่สามารถสังเกตได้เช่น ความคิด ความรู้สึก ความหมาย เจตนาอารมณ์ มุมมองภายใน คดขม่งเน้นการใช้คำถามและการกระตุ้นให้เกิดเรื่องเล่ามากกว่าการถามให้ตอบคำถาม สิ่งที่สำคัญที่สุดของการเป็นผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ดี คือความสนใจ ใส่ใจ โดยไม่รู้สึกรำคาญกับเรื่องเล่าของผู้ให้สัมภาษณ์ ผสมผสานกับทักษะการใช้เทคนิคต่างๆอย่างมีหลักการ (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2548, หรรษา เศรษฐบุบผา, 2552)

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2547) กล่าวถึงการสัมภาษณ์ว่ามี 2 แบบคือ 1) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ตามรายการคำถามที่มีการจัดเรียงลำดับไว้แล้ว แต่อาจจะปรับคำพูดหรือสำนวนถ้อยคำให้เหมาะสมกับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละบุคคลโดยยังคงความหมายเดิมไว้ทุกประการ อาจใช้คำถามปลายปิดหรือปลายเปิด หรือผสมผสานทั้งสองแบบ 2) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (un structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ คำถามที่ใช้เป็นคำถามกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับเปลี่ยนคำถามได้ตามความเหมาะสม (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

การสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interviews)

การสัมภาษณ์รายบุคคล หมายถึง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนาสื่อสารระหว่างผู้ถามและผู้สนทนา หรือผู้สัมภาษณ์ และผู้สนทนาได้ตอบ และให้ข้อมูลที่เรียกว่า ผู้ให้สัมภาษณ์โดยการสื่อสาร 2 ทาง (two-way communication) เป็นการถามโดยการเปิดโอกาสให้อธิบาย และถามถึงเหตุผลด้วยเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพลักษณะต่างๆ

การสัมภาษณ์รายกลุ่ม (group interviews)

จากการศึกษาพบว่ามี การให้ความหมายไว้หลากหลาย ผู้ศึกษาขอกล่าวสรุปดังต่อไปนี้ การสัมภาษณ์รายกลุ่ม หมายถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูล ในประเด็นที่เป็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เป็นผู้จุดประเด็นในการสัมภาษณ์ โดยสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมสัมภาษณ์อยู่ประมาณ 6-12 คนใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง แต่ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ โดยใช้ประเด็นคำถาม แนวสนทนา อย่างกว้างเพื่อ กระตุ้นให้เล่าเรื่องราวอย่างมีเป้าหมาย ภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย ผู้สัมภาษณ์มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ ถูกสัมภาษณ์ในลักษณะคู่สนทนา โดยผู้ถูกสัมภาษณ์ใช้ทักษะการสื่อสาร (communication skills) สร้างการสนทนาอย่างมีเป้าหมายได้ข้อมูลที่ เป็นเชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึกจึงแตกต่างจากการ สัมภาษณ์เชิงสำรวจ (standardized survey interview) ซึ่งเป็นการถามเพื่อให้ได้คำตอบมากกว่าการ สนทนาและผู้ตอบจะให้ข้อมูลตามโครงสร้างคำถามที่เตรียมไว้แล้วเท่านั้น แต่การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการใช้คำถามนำไปสู่การสนทนาซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทกำหนดทิศทาง การสนทนาร่วมกับผู้ สัมภาษณ์เพื่อบรรลุเป้าหมาย ซึ่งขั้นตอนเริ่มตั้งแต่สร้างบรรยากาศการสนทนาที่เป็นธรรมชาติ สบายๆ การชี้แจงวัตถุประสงค์เมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดีแล้ว การดำเนินการสนทนาตามประเด็นวิจัย แสดงความเข้าใจในเรื่องราวของผู้ให้สัมภาษณ์ สนทนาเพื่อให้ได้ความจริงจากประสบการณ์ มุมมอง ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ให้สัมภาษณ์ (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) หมายถึงการเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุย สนทนา เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมการสนทนาในประเด็นที่ผู้วิจัย ผู้นำการสนทนานำเสนอเข้าไปในกลุ่ม การสนทนากลุ่มจึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น กันอย่างกว้างขวาง และเป็นอิสระทางความคิดของผู้ร่วมสนทนา ซึ่งถือเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการ วิจัย โดยนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็น กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ให้มากที่สุด ผู้วิจัยต้องมีทักษะในการรับฟัง ซักถามข้อสงสัยเพื่อหาความกระจ่าง และบันทึกเพื่อ การวิเคราะห์ต่อไป (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2548) การสนทนากลุ่ม จึงเป็นระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเภทบรรทัดฐานทางสังคม การให้คุณค่า ความเชื่อ ความคาดหวัง วิถีชีวิต พฤติกรรม ประสบการณ์ ที่สมาชิกจากกลุ่มรับรู้ สนใจ มีประสบการณ์ร่วมกัน (shared norms values belief expectation life style behavior experience) และประเด็นหลักเหล่านั้นสามารถแลกเปลี่ยนมุมมอง ประสบการณ์กับ สมาชิกคนอื่น ได้โดยสะดวกใจโดยกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ อภิปรายโต้ตอบระหว่างสมาชิก ในกลุ่มกันเองตามทฤษฎีพลวัตกลุ่ม (group dynamic theory) และทฤษฎีจิตวิทยากลุ่ม (group

psychology theory) ซึ่งจะทำให้ข้อมูลประเภทดังกล่าวหล่งไหลออกมาได้มากกว่าการเก็บโดยวิธีอื่น รวมทั้งคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งข้อดีของการเก็บข้อมูลโดยวิธีนี้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มจะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายภายในเวลาที่จำกัด และมีการตรวจสอบข้อมูลกันเอง (Triangulation) ทำให้ได้รายละเอียดของข้อมูลที่สมาชิกรับรู้ร่วมกับอยู่แล้ว ทั้งได้ข้อมูลที่ครอบคลุม มีสีสันและความหลากหลาย สุดท้ายจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน ประเด็นสำคัญสภาพปัญหา ซึ่งต้องนำไปดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งภายในเวลาอันสั้นๆ เช่น การค้นหาปัญหาที่แท้จริง (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

4. แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสอบถามที่มีคำถามที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนใจสร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร ซึ่งได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ และความสนใจต่างๆ ซึ่งโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบคือแบบสอบถามปลายปิด (Closed form) และแบบสอบถามปลายเปิด (Opened form)

5. การสังเกต (observation) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาหาข้อเท็จจริงของพฤติกรรมและการแสดงออกของมนุษย์ กล่าวสรุปดังต่อไปนี้

การสังเกต คือการเฝ้าดูในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใส่ใจละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมด โดยเฉพาะตาและหูในการเก็บข้อมูลของปรากฏการณ์ต่างๆด้วยความใส่ใจ รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตอย่างเป็นระบบ การสังเกตจะกระทำควบคู่ไปกับการจดบันทึกหรือการบันทึกภาคสนาม (Fieldnotes) โดยมีการอธิบายเชื่อมโยงกับสิ่งที่ปรากฏในการศึกษาเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลเหล่านั้นกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่ออธิบายองค์ประกอบสิ่งแวดล้อม (setting) ของปรากฏการณ์ที่ถูกสังเกต กิจกรรม (activity) ที่เกิดขึ้นซึ่งมี 2 รูปแบบคือการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมหรือปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการศึกษา (Non-Participant Observation) (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548, วารุณี พองแก้ว, 2552; ศิริพร จิรวัดนกุล, 2548)

กระบวนการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participants observation) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลจากการสัมผัสประสบการณ์และเข้าถึงความหมายที่แท้จริงในทัศนะของคนใน และถือเป็นการศึกษาความจริงทางสังคมของบุคคลจากการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับปรากฏการณ์ กิจกรรม บุคคลที่ต้องการศึกษา (reactive participant observation) เป็นวิธีการที่ผู้เก็บข้อมูลเข้าไปเป็นผู้มีส่วนร่วม (participant) ในชุมชน องค์กร กิจกรรม เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ โดยมีวิถีชีวิต (lifestyle) ที่เป็นแบบแผนเดียวกันกับผู้คนที่ทั้งหลายในพื้นที่ ชุมชน องค์กรนั้น เสมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งที่อยู่ภายในขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมวิถีชีวิตแบบเดียวกัน (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

กระบวนการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participants observation) เป็นการเก็บข้อมูลจากการที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตโดยตรง แต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์ใดๆ กับเหตุการณ์ กิจกรรมที่สังเกต ผู้วิจัยอาจเข้าไปสังเกตโดยที่ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวว่าจะมีคนเข้าไปสังเกต หรือไม่รู้ว่าถูกสังเกตเลย เช่นผู้เก็บข้อมูลเข้าไปสังเกตโดยไม่แจ้งล่วงหน้าและไม่แสดงตัวหรือใช้เครื่องอัดเสียง เครื่องถ่ายภาพวิดีโอโดยไม่รู้ตัว

ในการวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งนี้ นักศึกษาใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์รายบุคคล การสัมภาษณ์รายกลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนและศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับรูปแบบแนวคิดการวิเคราะห์หรือวิธีการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า มีหลายรูปแบบ ดังนี้

1. การวิเคราะห์แบบสวอต (SWOT matrix analysis)

ความหมายของ SWOT

เป็นตัวแบบพื้นฐานทางการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic plan) การวิเคราะห์ SWOT เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์โดยรวมขององค์กร โดยการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายในองค์กร เพื่อค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อยหรือจุดอ่อน (weaknesses) ในการดำเนินงานในด้านต่างๆ ขององค์กร และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร เพื่อค้นหาโอกาส (opportunities) และอุปสรรค (threats) ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรเพื่อกำหนดกลยุทธ์ต่างๆ ที่เหมาะสมต่อไป ทั้งกลยุทธ์ระดับองค์กร (Corporate Strategy) กลยุทธ์ระดับธุรกิจ (Business Strategy) และกลยุทธ์ระดับหน้าที่ (Functional Strategy) (ปกรณ ปรียากร อ่างใน เอกอุม วิเชียรทอง, นุชนาด บรรทมพร, พรรณอ กลิ่นกุหลาบ, นิภาวัล บุญทับถม, และ วัชร มีศิลป์, 2549)

สรุปได้ว่า การวิเคราะห์แบบสวอต (SWOT matrix analysis) หมายถึง เครื่องมือที่สำคัญในการวางแผนเชิงกลยุทธ์หรือการบริหารเชิงกลยุทธ์ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์โดยรวมขององค์กร การวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายในองค์กร เพื่อค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อยหรือจุดอ่อน (weaknesses) ในการดำเนินงานในด้านต่างๆ ขององค์กร และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร เพื่อค้นหาโอกาส (opportunities) และอุปสรรค (threats) ซึ่งช่วยให้องค์กรสามารถกำหนดเป้าหมายและทิศทางการดำเนินงานในอนาคต และบริหารงานให้บรรลุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามรูปแบบ CIPP

แดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam) เป็นผู้พัฒนารูปแบบประเมินแบบ CIPP เรื่อยมาจากรูปแบบหรือแบบจำลองแรกเมื่อปี 1966 (Stufflebeam, 2003) โดยเริ่มใช้ในการประเมินด้านการศึกษา ซึ่งได้เน้นถึงการประเมินกระบวนการและผลผลิต รูปแบบที่สองได้ถูกตีพิมพ์ในปี 1967 โดยประกอบด้วยการประเมินสภาวะแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต และได้เน้นถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ว่าควรได้มาจากการประเมินสภาวะแวดล้อม รวมทั้งการประเมินความต้องการที่จำเป็นและการวางแผนการดำเนินการว่าควรมาจากการประเมินปัจจัยนำเข้า รวมทั้งการประเมินทางเลือกแต่ละกลยุทธ์ รูปแบบที่สาม มีการพัฒนาโดย สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2003) มีการนำมาใช้ในปี 1971 ได้มีการรวม 4 รูปแบบเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เน้นการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสม รูปแบบที่สี่ สตัฟเฟิลบีมได้พัฒนารูปแบบการประเมินและมีการนำมาใช้ในปี 1972 ซึ่งได้แสดงถึงวิธีการที่ใช้ในการประเมินความก้าวหน้าและการประเมินผลสรุป (Formative and Summative Evaluation) และรูปแบบที่ห้า นำมาใช้ในปี 2002 เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงในการประเมินการดำเนินการที่มีระยะยาว ได้มีการแยกองค์ประกอบการประเมินผลผลิต ออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผล การประเมินความยั่งยืนและการประเมินความสำเร็จในการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นๆ และได้ทำเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

การประเมินรูปแบบ CIPP นี้เป็นการประเมินเพื่อให้ได้รายละเอียดต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยจะประเมินในด้านต่างๆ ดังนี้

1) การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation) เป็นรูปแบบพื้นฐานของการประเมินโดยทั่วไป เป็นการประเมินความคาดหวัง ความต้องการวินิจฉัยปัญหา และประเมินโอกาส เพื่อใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์และเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้บริหาร

2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ การจัดอัตรากำลัง เวลา งบประมาณ วิธีการที่มีศักยภาพ และการวิเคราะห์รูปแบบของประโยชน์ที่จะได้รับ สำหรับการรายงานให้ผู้บริหารใช้ประกอบการตัดสินใจ ความเหมาะสมของแผนงานต่างๆ ที่จัดขึ้น โดยดูว่าข้อมูลนั้นมีส่วนช่วยในการบรรลุเป้าหมายหรือไม่

3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ค้นหาข่าวสารที่จะเป็นแนวทางหรือวิธีการปฏิบัติในการดำเนินการ ค้นหาปัญหา ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวระหว่างการดำเนินการตรวจสอบการดำเนินการตาม กระบวนการ

ที่วางไว้ ช่วยผู้ปฏิบัติในการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการและมีการจัดกิจกรรมของแผนปฏิบัติการสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งสามารถแปลความผลผลิตที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง (Stufflebeam, 2003)

4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างผลสำเร็จในการดำเนินการกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อาจอาศัยการเปรียบเทียบของผลผลิตกับเกณฑ์มาตรฐานที่เลือกไว้ นอกจากนี้ อาจอาศัยรายงานการประเมินผลจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินสถานะแวดล้อมการประเมินปัจจัยนำเข้าและการประเมินกระบวนการ

3. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิดโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003)

การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งองค์ประกอบหลักทั้ง 3 ส่วนมีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน เชื่อว่าไม่สามารถที่จะก่อให้เกิดคุณภาพได้เพียงลำพัง อย่างใดอย่างหนึ่ง หากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ หากมีสิ่งสนับสนุนและกระบวนการที่ดีจะส่งผลลัพธ์ที่ดี

การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการสำรวจหรือแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิกซึ่งจะมี กรอบแนวคิดจึงควรแสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ ซึ่งจากสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการบริการทางคลินิกจึงใช้กรอบของการประเมินผลการดำเนินการของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วยโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ต่อกันคือ โครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ดังนี้

โครงสร้างของการบริการ (structure) โครงสร้าง หมายถึง ลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้องค์กรในระบบการดูแลผู้รับบริการ ได้แก่ แหล่งการสนับสนุนของสิ่งที่อำนวยความสะดวก เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ (material recourse) ต่างๆ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ สถานที่ให้บริการ แหล่งการสนับสนุนทางทรัพยากรบุคคลได้แก่ จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงาน คุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร องค์ความรู้ของบุคลากร และลักษณะของหน่วยงานหรือองค์กร (organization characteristics) ได้แก่ นโยบายและแผนพัฒนางานงบประมาณ คู่มือหรือแนวปฏิบัติงานต่างๆ ของบุคลากร การทบทวนการปฏิบัติงาน สถานะของ

โรงพยาบาล รูปแบบการจัดการ การจัดโครงสร้างขององค์กร การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน ตามคุณสมบัติ เป็นต้น

กระบวนการ (process) กระบวนการ หมายถึง เทคนิครูปแบบกิจกรรมในสนับสนุน การดูแลสุขภาพรวม ได้แก่รูปแบบกิจกรรมการบริการต่างๆของบุคลากรทีมสุขภาพทางด้าน สุขภาพในเรื่อง การประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษา การส่งเสริมและป้องกัน การฟื้นฟู การติดตามและการส่งต่อการผู้ที่มาใช้บริการ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลของ ญาติหรือผู้ดูแลและแกนนำชุมชนหรือแกนนำด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ (outcome) ผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การวิเคราะห์สถานการณ์ในครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ใช้กรอบแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ที่กล่าวว่า คุณภาพของการดูแลประกอบด้วยโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ในวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่มีภาวะ ชีวะเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ผู้ศึกษาและผู้เกี่ยวข้องมี ความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่มี ภาวะชีวเศร้า และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่มีภาวะชีวเศร้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพของหน่วยงานต่อไป

สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะชีวเศร้า โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลจอมทองมีนโยบายในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะชีวเศร้า โดยให้ การดูแลภาวะติดเชื้อร่วมกับการให้การดูแลภาวะชีวเศร้า โดยเน้นให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะชีวเศร้า มีทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยไม่พึ่งพาสุรา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีเป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะชีวเศร้าจากการ ติดสุรา สามารถลด/เลิกดื่มและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (โรงพยาบาลจอมทอง, 2548) ได้มีการ ผลมผลานโปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบกาย จิต สังคมบำบัด แบบผู้ป่วยนอก การบำบัดแนวจิตอาสา โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของเพน เดอร์ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ร่วมกับแนวทางการ บำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะชีวเศร้า โดยการดำเนินการมีทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบบผู้ป่วย นอกอาจได้รับทั้งการบำบัดทั้งการถอนพิษสุราและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนการรักษาแบบผู้ป่วย

ในคือการรับผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา รวมทั้งภาวะซึมเศร้าด้วยยาตามสภาพความรุนแรงของโรคจนกว่าจะหายเป็นปกติ (งานสุขภาพจิต และจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2551) ขั้นตอนในการบำบัดใช้แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยา และสารเสพติดของสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงาน ป.ป.ส., 2547) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการบำบัดรักษา เป็นระยะแรกของการรักษาที่เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม ความตั้งใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา เข้าใจวิธีการ ยอมรับความจริงว่าการติดสุรามีโทษร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ และภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาอะไร ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการยอมรับที่จะแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยสมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาจนครบตามระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยจะเวลาประมาณ 1-7 วัน โดยมีกิจกรรมต่างๆ เช่น

1. การสัมภาษณ์ประวัติ ประวัติส่วนตัวในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการติดยาเสพติด ประวัติการเจ็บป่วย การลงทะเบียน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ทำความรู้จักและรู้เข้าใจผู้ป่วย
2. การตรวจร่างกายและตรวจสภาพจิต เพื่อตรวจหาสภาพร่างกายว่าทรุดโทรมมากน้อยเพียงใด สภาพจิตใจเป็นอย่างไร เช่น การสังเกตทางห้องปฏิบัติการ การประเมินอาการทางจิตจากการดื่มสุรา การประเมินภาวะเครียด การประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น
3. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งการชักจูง แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจเข้ารับการบำบัดรักษา และแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

ขั้นตอนที่ 2 การถอนพิษสุรา เน้นการบำบัดอาการทางกายและอาการทางจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา โดยการรักษาด้วยยาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจด้วยจิตสังคมบำบัดไปพร้อมๆ กัน ร่วมกับการให้คำปรึกษา ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินถึงความรุนแรงของปัญหาการดื่ม ประเมินภาวะถอนพิษสุราและปัญหาที่สัมพันธ์กัน การให้ข้อมูลย้อนกลับให้เกิดแรงจูงใจและการแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัดเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการรักษา

ขั้นตอนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของจิตใจและพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมรวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยสามารถลด/เลิกดื่มสุรา ลดภาวะซึมเศร้า และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การดำเนินการจึงมุ่งเน้นการ

ปรับแก้พฤติกรรม โดยใช้รูปแบบของการให้บริการปรึกษาทั้งรายบุคคล (individual counseling) การปรึกษารายครอบครัว (family counseling) กลุ่มบำบัด (group therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะ (skill) การหลีกเลี่ยงและการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง การเรียนรู้ช่วยให้เกิดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ (interpersonal relationship) การยืนยันทัน (assertive) และการปฏิเสธ

ปัจจุบันคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลจอมทองได้ใช้โปรแกรมในการบำบัดผู้ติดสุราเป็นลักษณะผสมผสาน และประยุกต์โปรแกรมการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบกาย จิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และการบำบัดแนวจิตอาสา ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมโดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม มีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การให้การปรึกษา การทำกลุ่มบำบัด การออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การรับประทานยาและมีกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ซึ่งดำเนินกลุ่มโดยผู้ติดสุราที่สามารถเลิกสุราได้ ส่วนตัวผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งพัฒนาโดย นพวรรณ อุปคำ (2549) เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดสุรา

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามหลังการรักษา เป็นการติดตามหลังจากการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ได้แก่ การติดตามให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ ติดตามผลการรักษา ส่งเสริมการบำบัดทางเลือก เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม กลุ่มบำบัดแนวพุทธ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีการนัดหมายการติดตามหลังการรักษาทุกรายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ปี มีการประสานการดูแลต่อเนื่องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการดำเนินงานการให้การดูแลดังที่กล่าวมาข้างต้น จากข้อมูลการให้บริการโรงพยาบาลจอมทอง ปี 2549 ถึง ปี 2551 พบว่า การเข้ารับบริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น 2 อันดับ ได้แก่ โรคซึมเศร้า มีจำนวน 269, 496 และ 763 ราย ตามลำดับ และผู้ติดสารเสพติด มีจำนวน 722, 1,391 และ 2,004 ราย ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จำนวน 263, 536 และ 977 รายตามลำดับ ประกอบกับข้อมูลฆ่าตัวตายของอำเภอจอมทอง ปี 2550 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 21.06 ต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์สาเหตุกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและร้อยละ 100 มีประวัติการเสพติดสุรา จากข้อมูลการบำบัดรักษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา (F10.2) จำนวน 513 ราย มีผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า คิดเป็นร้อยละ 4.87 เมื่อใช้แบบสอบถาม Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Thai Version 5.0.0 คัดกรองผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการ ในแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช

โรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 50 ราย พบว่ามีโรคซึมเศร้า จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 46 และจากข้อมูล การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็โรคจิตสูราในเดือน มิถุนายน 2551 ถึงเดือน กันยายน 2552 โดย ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 จำนวน 23 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.95 โดยแบ่งเป็นระดับน้อย, ปานกลาง, และ รุนแรง จำนวน 7, 8, 5 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 30.43, 34.78, 21.73 และเคยมีประวัติการทำร้าย ตนเองอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.39 ผู้ที่เป็นโรคจิตสูราที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 23 ราย ยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการกลับไปดืมสูราซ้ำใน 3 เดือน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.21 ในขณะที่อัตราการกลับไปดืมสูราซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสูราที่ ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีเพียงร้อยละ 5 (งานสุขภาพจิตและ จิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2551)

จากผลการดำเนินงานยังแสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นโรคจิตสูราที่มีภาวะซึมเศร่ายังมีอัตราการ กลับไปดืมสูราซ้ำสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสูราที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการกลับไปดืมสูราซ้ำของผู้ที่เป็น โรคจิตสูราที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาลดลง ภาวะซึมเศร่ายังสูงขึ้น และ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และยังเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสูรา ที่มีภาวะซึมเศร้า ต้องใช้ระยะเวลาการบำบัดรักษาฟื้นฟูที่ยาวนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อต้นทุนทางการรักษาพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็น โรคจิตสูราที่มีภาวะซึมเศร้า ญาติ ชุมชนและสังคม นับว่าเป็นผลลัพธ์ ที่ไม่พึงประสงค์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็น โรคจิต สูราที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการดูแลเพื่อให้เกิดผล ลัพธ์การดูแลต่อผู้เป็นโรคจิตสูราที่มีภาวะซึมเศร่าให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ที่ประกอบด้วย โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอัตราผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ มีภาวะซึมเศร้าร่วมอยู่ในระดับสูงและอัตราการกลับไปเยี่ยมซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าสูง ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาและต้นทุนในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ญาติ ชุมชน และอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อาจเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์โครงสร้าง (Structure) ได้แก่ การสนับสนุนขององค์กรด้านทรัพยากรบุคคล ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร แผนการดำเนินงาน นโยบาย และด้านงบประมาณต่อระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ การวิเคราะห์กระบวนการ (process) ได้แก่ วิธีการรูปแบบ การดำเนินงานในการดูแลช่วยเหลือ ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า การดูแลให้ความช่วยเหลือญาติหรือผู้ดูแลต่อผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ ประสิทธิภาพการดูแล ในด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าและญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า และญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลช่วยเหลือจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการบำบัดรักษาและดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป