

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกมีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นเครื่องดื่มที่จัดว่าเป็นสารเสพติดชนิดที่ถูกกฎหมาย และได้รับการยอมรับจากทุกสังคมทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization :WHO, 2004) ประมาณการว่าประชากรทั่วโลกดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2 พันล้านคน และในจำนวนนั้นมี 76.3 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol uses disorder) ผู้ที่เสียชีวิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 1.8 ล้านคน (ร้อยละ 3.2 ของผู้ดื่มทั่วโลก) และจากข้อมูลดัชนีปีสุขภาวะที่สูญเสียไปด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years [DALY]) (WHO, 2004) พบว่าผู้ที่มีความพิการจากการดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 58.3 ล้านคนรวมถึงความเจ็บป่วยทางจิตประสาท (neuro-psychiatry conditions) ซึ่งในประเทศไทยก็พบปัญหานี้เช่นกัน จากการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544-2550 พบว่าอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลงคือ จากร้อยละ 32.7 เป็นร้อยละ 29.3 และในปี พ.ศ. 2550 อัตราการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงเป็นร้อยละ 21.9 แต่อย่างไรก็ตามจากการสำรวจอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนไทย (อายุ 15-24 ปี) ในปี พ.ศ. 2547-2549 ยังพบว่าอัตราการดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 23 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) นอกจากนี้จากข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกพบว่า ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับต้นๆ โดยจะเปลี่ยน จากอันดับที่ 50 ในปี ค.ศ. 1998 มาเป็นอันดับที่ 44, 43 และ 40 ในปี ค.ศ.1999, 2000 และ 2001 ตามลำดับ หลังจากการเปลี่ยนแปลงฐานข้อมูลแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลกในปี 2548 พบว่าประเทศไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทรวมกัน 8.47 ลิตร/คน/ปี จัดว่ามากเป็นอันดับที่ 40 ของโลก (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2553) จะเห็นได้จากสถิติการมารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยโรคติดสุราและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2550-2552 มีจำนวน 630, 1,053, 1,246 ราย คิดเป็น ร้อยละ 28.7, 34.9, 41.1 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552)

ผู้ป่วยโรคจิตสูตรตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition TR [DSM-IV-TR]) สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) มักใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ต้องการดื่มในปริมาณที่มากขึ้น ถ้าหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่สำคัญคือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการดื่มหรือไม่สามารถเลิกดื่มได้และยังดื่มต่อไปทั้งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (บุญศิริ จันทร์ศิริมงคล, 2549) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย ครอบครัวย สังคมและจิตใจ โดยพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ซึ่งได้แก่ ผลต่อสมอง แอลกอฮอล์มีผลต่อเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท (membranes of neuron) โดยไปเพิ่มความไม่มั่นคงต่อผนังเซลล์ จะทำให้หน้าที่ตัวรับสื่อประสาท ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับการไหลเข้าออกของประจุไฟฟ้าบนผนังเซลล์ และทำให้เพิ่มการทำงานของ นิโคตินิก อะซิติลโคลีน (nicotinic acetylcholine) ซีโรโตนิน (serotonin) ตัวรับกาบ้าชนิดเอ (GABA type A receptors) และยับยั้งการทำงานของ กลูตาเมต รีเซปเตอร์ (glutamate receptors) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการไหลเข้าออกของประจุแคลเซียม (voltage-gated calcium channels) และตัวรับโปรตีนที่มาจับกับผนังเซลล์อื่น ๆ (membrane-bound function proteins) เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในระยะสั้น และถ้าดื่มแอลกอฮอล์ไปนานๆ จะมีผลทำให้ผนังเซลล์แข็ง (ไพร์ตัน พุกษชาติคุณากร, 2542) ถ้ามีดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้มีผลต่อการนอนหลับ และพบว่าทำให้วงจรการนอนเสียไป กล่าวคือ สุรานั้นไปลดวงจรการนอนในช่วงแรกที่ยังคงมีการกรอกตา (rapid eye movement) และช่วงหลับลึก (non-rapid eye movement sleep) ทำให้วงจรการนอนขาดเป็นช่วงๆ (increased sleep fragmentation) เป็นผลซึ่งหลับไม่สนิท หลับๆตื่นๆ จนถึงขั้นนอนไม่หลับทั้งคืน (Sadock & Sadock, 2003)

ผลของสุราที่มีต่อระบบหัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต คือ แอลกอฮอล์เข้าในร่างกายทำให้เกิดความดันโลหิตสูง มีผลต่อการเผาผลาญไลโปโปรตีน (lipoprotein) และไตรกรีเซอร์ไรด์ (triglyceride) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarctions) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (cerebrovascular diseases) (Sadock & Sadock, 2004) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร แอลกอฮอล์จะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแกสตริน (gastrin hormone) เพิ่มขึ้นทำให้มีการเป็นกรดมากขึ้น ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer) ผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงโดยเฉพาะกลุ่มดื่มอย่างหนักจะมีการอักเสบแบบเฉียบพลันและรุนแรงที่หลอดอาหาร (esophagitis) และกระเพาะอาหาร (gastritis) ทำให้เกิดอาการอาเจียนมีการขยายตัวของหลอดเลือดดำที่ไปเลี้ยงหลอดอาหาร (esophageal varices) ทำให้เกิดเลือดออกได้ (Sadock & Sadock, 2003) นอกจากนี้ยังมีผลต่อดับ เนื่องจากดับเป็นแหล่งสันดาป ที่สำคัญของแอลกอฮอล์ ดังนั้นดับจึงเป็นอวัยวะที่รับพิษของแอลกอฮอล์มากกว่าอวัยวะอื่นๆ พิษของแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาวะไขมันสะสมในตับทำให้

เซลล์ตับบวม เรียกว่าตับอักเสบ (Hepatitis) โรคตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) และทำให้ตับแข็ง (cirrhosis) รวมไปถึงมะเร็งตับได้ในที่สุด (พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2546) มะเร็งตับอ่อน (pancreatic cancer) โรคขาดวิตามินอย่างรุนแรง (serious vitamin deficiency) เช่นการขาดวิตามินบี 1 บี 12 โฟลิก ในอาซีน (B1, B12, folic, niacin) เป็นต้น (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อทำให้ฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงขึ้นในเพศชาย ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนจะต่ำลง แต่ฮอร์โมนเอสโตรเจนจะสูงขึ้น ทำให้อัณฑะฝ่อ (testicular atrophy) มีเต้านม (gynecomastia) ในเพศหญิงการทำงานของรังไข่จะล้มเหลว (ovarian failure) และถ้าเกิดกรณีที่มีการหยุดดื่มสุราทันที ปริมาณสุราในร่างกายจะลดลง เกิดภาวะขาดสุรา ส่งผลกระทบทางตรงต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ และมีอาการชักได้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

ดังนั้นการติดสุราจึงถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาระของโรค (burden of disease) (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ผลต่อครอบครัวกล่าวคือ การติดสุรามีผลกระทบต่อทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ที่ดื่มสุราจัดจะทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ของพ่อแม่หรือคู่สมรสลดลง เกิดการทะเลาะวิวาทหรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร ส่งผลให้คู่สมรสมีความวิตกกังวล ซึมเศร้าแยกตัวจากสังคม บุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ผิดปกติและบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001) ผลกระทบต่อสังคมพบว่า สุราเป็นสาเหตุของการกระทำรุนแรงในสังคมร้อยละ 70 เช่นการทะเลาะวิวาท การฆาตกรรม การอาชญากรรมต่างๆ และนอกจากนี้ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจยังพบว่า การติดสุราทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ต้องลาออกหรือถูกให้ออกจากงาน ขาดรายได้ ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น (สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2543) และพบว่าทำให้สูญเสียเงินทองและมีภาวะหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย (อวิศดา จันทรแสนตอ, 2541) จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับสุรา มีจำนวนสูงถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

นอกจากนี้พบว่าการติดสุราก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ และโรคทางจิตเวชได้ (Alcohol induced psychosis) เลห์แมน (Lehman อ้างใน เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) จากการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยปี พ.ศ. 2546 พบว่าความชุกของโรคจิตเวชเนื่องจากการติดสุราและจากการดื่มสุรา อย่างหนักมีถึงร้อยละ 28.52 หรือ 7 ล้าน กว่าคน (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) ผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมีภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย จากการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา พบว่าผู้ติดสุราร้อยละ 51.2 มีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้า อยู่ในระดับที่ควรจะต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ และร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542)และปัญหาทางด้าน

จิตใจที่สำคัญ คือ ความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคติดสุรายังรู้สึกว่าจะไม่มี ความหวังต่ออนาคต เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดสุราจะมีลักษณะการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้สูง เนื่องจาก การที่จะหยุดดื่มสุราหรือจะหยุดดื่มเป็นระยะเวลานานๆนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก และมักจะ ล้มเหลวในการรักษา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดดื่มสุราได้ไม่นานแล้วกลับมาดื่มสุราซ้ำอีก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) จากการติดสุราและมีพฤติกรรมต่อต้านทางสังคม และอาการซึมเศร้า จากทฤษฎีพยาธิสภาพ (psychopathological theory) นักจิตวิทยาคลินิกและจิตแพทย์ ได้อธิบาย ลักษณะของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่เข้ามารับการรักษาจะมีปัญหาเรื่องการปรับตัวไม่ได้ ไม่สามารถ ที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น แยกตัว พังพา ไม่สามารถที่จะทนต่อความผิดหวังและและความ ตึงเครียดได้ (ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2542) และยัง พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราส่วนใหญ่มักมีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยค่ากว่าคนอื่น ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (เอี่ยมเดือน เนตรแหม, 2541) และจากการบริโภคสุรา ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตเวชเพิ่มมาก (Buda & tsuang, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามักมีอาการแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การฆ่าตัวตาย พิกการไร้สมรรถภาพ การต่อต้านการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคติดสุราจะ พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70 (Gratzer et al., 2002) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดความคิดอัตโนมัติ ทางลบต่ออนาคต เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากผลของภาวะซึมเศร้าในผู้เสพสุรา ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Preuss et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 90 และ ระดับความซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก (ปริทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2542) และจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามีความเสี่ยง ในการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไปถึง 75-85 เท่า จะเห็นได้ว่า การเสพติดสุราและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน เลห์แมน (Lehman อ้างใน เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) ได้ อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติด มีผลทำให้เกิดโรคทางจิตเวช ในผู้ป่วยโรคติดสุรา พบว่า ร้อยละ 80 มีภาวะซึมเศร้าในบางครั้งของชีวิต และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นโรค ซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดสุรา เป็นปฏิกิริยาตั้งแต่ผู้ป่วยติดสุรา จนเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ และ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการถอนพิษสุราหรือจากฤทธิ์ของสุราโดยตรง และยังพบภาวะซึมเศร้า ถ้า ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย ส่งผล กระทบต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการพัฒนาประเทศทางด้านต่างๆ (กรม สุขภาพจิต, 2547) จากการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของ ประเวศ ต้นดิพัฒน์กุล และสุรสิงห์

วิศุตรัตน์ (2542) กล่าวว่าสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายคือ ภาวะซึมเศร้าและการเสียดสีสุรา ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 ซึ่ง โลว์ และครานซ์เลอร์ (Lowe & Kranzler, 1999) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของปัญหาด้านจิตสังคม ปัญหาด้านสัมพันธภาพ การกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตสุรา และการต่อต้านการรักษาและที่สำคัญคือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ และจากการศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่ามีการรายงานคล้ายกับของต่างประเทศ กล่าวคือ โรคซึมเศร้าและการติดสุราเป็นสาเหตุหนึ่งของการตายที่สำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2548) และจากการศึกษาของ เบริกและคอนนอร์ส (Barick & Connors, 2002) พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคจิตสุรา หากระดับภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง ก็เพิ่มโอกาสที่จะหายจากเสียดสีสุราและลดการกลับไปใช้สุราซ้ำ และถ้าค้นพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุราตั้งแต่แรกเริ่ม ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไปด้วย และเมื่อระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงก็จะส่งผลให้ลดปัญหาในการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาดีขึ้น และทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาได้

จากการคาดการณ์ขององค์กรอนามัยโลก คาดว่าในระยะเวลาอีก 2 ทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560) ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) และจากการรายงานของกรมสุขภาพจิต (2548) พบว่าอาการที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียด้านสุขภาพมากที่สุดคือ อาการทางสุขภาพจิตอันดับแรก ซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะถ้าพบภาวะซึมเศร้าร่วมกับการเสียดสีสุรา ก็ยิ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้การวินิจฉัยและการบำบัดรักษายากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตสุราและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยนั้นเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม รวมถึงเศรษฐกิจของประเทศ กรมสุขภาพจิต (2548) ตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) ของเบค (Beck, 1979) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น มีอารมณ์เศร้า เหงา หดหู่ มีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่มีแรง หลีกหนีจากสังคม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ถือว่ามีความผิดปกติของพยาธิสภาพทางจิตใจ ซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง (Beck, 1967)

การเกิดภาวะซึมเศร้านั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันได้แก่ ทฤษฎีชีวเคมีเชื่อว่า

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมอง (Bailey, Sauer, & Herrell, 2002) ทฤษฎีพันธุกรรม กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งและทฤษฎีจิตวิเคราะห์ห้ข้อบ่งชี้ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก อันเนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) (Frisch & Frisch, 2002) นอกจากนี้ทฤษฎีปัญญานิยม กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลประสบภาวะวิกฤติและมีโครงสร้างความคิดที่บิดเบือนจะประเมินและแปลผลเหตุการณ์ไปในทางลบ กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต (Beck, 1967) เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีปัญญานิยมต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากทฤษฎีปัญญานิยมนี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน (Dobson, 1989; Gloaguen et al., 1998; Harrington et al., 1998; Reinecke et al., 1998) ในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมของเบ็ค (Beck, 1967) ได้กล่าวไว้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยเหตุ 3 ประการ คือ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (Kwon & Oei cited in Freeman & Oster, 1998) และความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors) มีความเชื่อมโยงกันในการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลซึ่งแฝงตัวอยู่ในบุคคลจะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกับที่บุคคลเคยประสบมาในอดีต โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลจะประเมิน และแปลผลเหตุการณ์นั้นไปในทางลบ ร่วมกับการเผชิญกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากภาวะวิกฤติกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้น ทำให้ความเชื่อมีเหตุผลลดลงและทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Beck, 1967)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในผู้ป่วยโรคจิตสูตรที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักมีบุคลิกภาพอ่อนแอ มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยค่ากว่าคนอื่น ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (เอี่ยมเดือน เนตรแจ่ม, 2541) และจากการบริโภคสุราทำให้เกิดปัญหาด้านจิตเวชเพิ่มมาก (Buda & tsuang, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เสพยาเสพติดก็มีอาการแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การฆ่าตัวตาย พิกการไร้สมรรถภาพ การต่อต้านการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้เสพยาเสพติดจะพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70 (Gratzer et al., 2004) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสูตรเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่ออนาคต เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเมื่อ มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นก็มีผลย้อนกลับทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบเพิ่มขึ้น ทำให้ความเชื่อมีเหตุผลลดลงและทำให้มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเรื่อยๆ และจากผลของภาวะ

ซึมเศร้าในผู้เสพยา ทำให้เกิดความเลื่อมต่อการฆ่าตัวตายสูง จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 21 ราย คิดเป็น 80.95% (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552)

การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุราก็เช่นเดียวกับการช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าทั่วไป ได้แก่ การช่วยเหลือโดยการให้ยา จัดบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า (Cohen & Hart, 1995) (Beck et al., 1979) การบำบัดทางปัญญาเป็นการช่วยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการมีโครงสร้างความคิดที่บิดเบือนหรือมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลซึ่งจะทำให้ประเมินและแปลผลเหตุการณ์ไปในทางลบ กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต ซึ่งการบำบัดทางปัญญาที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายประกอบด้วย การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ของเบ็ค และคณะ (Beck et al., 1979) และพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive behavior therapy) ของเอลลิส (Ellis, 1994)

พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive behavior therapy) มีผลต่อภาวะซึมเศร้าโดยเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผลให้เป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นให้บุคคลค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผล แล้วฝึกโต้แย้งความเชื่อเหล่านั้นโดยผ่านกระบวนการคิดแบบทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC (ABC Theory) และเมื่อบุคคลมีความเชื่อที่มีเหตุผลก็จะทำให้ไม่เกิดหรือลดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและในอนาคตส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Ellis, 1994) โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด จำนวน 8 ครั้ง หมายถึงกระบวนการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก หยาจชล หนูหุ่น (2547) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของเอลลิส (Ellis, 1994) มีขั้นตอนในการบำบัดทั้งหมด 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นโดยใช้การคิดแบบทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC (Activating event: Beliefs: Consequences) (ABC theory) 3) การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด 4) การอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยการคิดแบบทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC (ABC theory) 5) การกระตุ้นให้ตรวจสอบความเชื่อ 6) การอธิบายถึงผลของความยึดติดในเรื่องความเชื่อที่ไร้เหตุผล 7) การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผล 8) การฝึกปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผลโดยทำการบ้านจากแบบฝึกหัด ABCDE (Activating event: Beliefs: Consequences: Disputing: Effects) และ 9) การพัฒนาและฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลในการดำเนินชีวิตในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรม เช่นจากการศึกษาของ เอลลิส (Ellis, 1990) เป็นการให้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในผู้ป่วยที่มีอาการทางโรคประสาท วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกไม่เป็นมิตร จำนวน 100 คน พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดแล้วมีอาการในด้านต่างๆ เหมาะสมมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ มอเรียตี (Moriarty, 2002) ที่ศึกษาผลของแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย โรคอารมณ์ซึมเศร้า พบว่าหลังการบำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้ามีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าลดลงและการศึกษาของ รีมและมาสเตอร์ (Rimm & Masters, 1979) ซึ่งเป็นการให้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าหลังการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าของลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ อชีเบ (Achibe, 1982) ที่ให้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าหลังการบำบัด นักศึกษามีภาวะซึมเศร้าลดลงเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่น ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Chittwon, 2003) จากการศึกษาของพยาม การ์ดี (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แสดงให้เห็นว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จึงน่าจะเป็นวิธีลดภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตสุรา เนื่องจากการบำบัดแบบกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ก่อให้เกิดความร่วมมือและเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดมากที่สุด (Ellis, 1994; Dryden, 1996)

ผู้ศึกษาในฐานะผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราโดยตรง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุราจึงนำได้นำโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ที่ลดภาวะซึมเศร้าในผู้พิการ ที่พัฒนาโดย หยาจชล หนูหนู (2547) ตามแนวคิดทฤษฎีของเอลลิส (Ellis, 1994) ที่กล่าวว่า ความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ไม่เป็นสุขเชื่อมโยงไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า และการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลจนสามารถปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จะทำให้ไม่เกิดหรือลดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ได้มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง มีสุขภาพจิตดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาลักษณะของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเศร้า
2. เพื่อศึกษาคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

คำถามการศึกษา

1. เพื่อศึกษาลักษณะของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเศร้าเป็นอย่างไร
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเศร้าหลังได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study) ซึ่งทำแบบกลุ่มโดยทำในตัวอย่างกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-group pre-post test design) เพื่อศึกษาลักษณะและผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเศร้าที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน ตึกฝ่ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์

โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ หมายถึงกระบวนการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้เปลี่ยนเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก หยาจชล หนูหุ่น (2547) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของเอลลิส (Ellis, 1994) มีขั้นตอนในการบำบัดทั้งหมด 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นโดยใช้การคิดแบบทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC (Activating event: Beliefs: Consequences) (ABC theory) 3) การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด

4) การอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยการคิดแบบทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC (ABC theory) 5) การกระตุ้นให้ตรวจสอบความเชื่อ 6) การอธิบายถึงผลของความยึดติดในเรื่องความเชื่อที่ไร้เหตุผล 7) การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผล 8) การฝึกปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผลโดยทำการบ้านจากแบบฝึกหัด ABCDE (Activating event: Beliefs: Consequences: Disputing: Effects) และ 9) การพัฒนาและฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลในการดำเนินชีวิตในอนาคต

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเกิดจากการประสบกับภาวะวิกฤติและการมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนในทางลบหรือมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (10-29 คะแนน) ได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) (Beck et al., 1979) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522)

ผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition: TR [DSM-IV-TR]) (American Psychiatric Association, 2005) หรือได้รับบันทึกเป็น F 10.2 ตามรหัสโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health problem [ICD-10]) (สถาบันสุขภาพจิต, 2541)