

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (case study) ซึ่งทำแบบกลุ่มโดยทำในตัวอย่างกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-group pre-post test design) เพื่อศึกษาลักษณะและผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังมีหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตสุรา

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

2.2 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

2.3 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา

2.4 มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา

2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา

2.6 ระดับและอาการของภาวะซึมเศร้า

2.7 การประเมินภาวะซึมเศร้า

2.8 การบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

2.9 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา

2.10 การจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา

3. โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

3.1 ความหมาย

3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.3 ขั้นตอนการบำบัด

4. ผลโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นโรคจิตสุรา

โรคติดสุรา

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุรา

สุราเป็นชื่อของเครื่องดื่มที่ประกอบด้วยแอลกอฮอล์โดยมีส่วนผสมของโมเลกุลอินทรีย์ (organic molecules) กลุ่มไฮดรอกซี (hydroxyl group : -OH) ที่จับกับอะตอมของคาร์บอนที่อิ่มตัว (saturated carbon atom) แอลกอฮอล์ที่ใช้ดื่มเรียกว่า เอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เพราะมีโครงสร้างทางเคมีเอทานอล (ethanol) คือ “CH₃-CH₂-OH” รสชาติของสุราแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับส่วนผสมประกอบของเครื่องดื่ม และกรรมวิธีการผลิตโดยส่วนประกอบที่เพิ่มในช่วงท้ายของการผลิตได้แก่ เมทานอล (methanol) บิวทานอล (butanol) ออลดีไฮด์ (aldehydes) ฟีนอล (phenols) แทนนิน (tannins) และโลหะอื่นๆ ที่อาจทำให้มีผลต่อการทำงานของจิตใจได้แตกต่างกัน (Sadock & Sadock, 2004)

ความหมาย

โรคติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV-TR]) สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) และได้รับการบันทึกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (alcohol dependence) หรือรหัส F 10.2 ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช [ICD-10 CODE] เป็นความผิดปกติของการดื่มสุรา ที่มีการดื่มสุราเป็นอาเจียน จนทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ของสังคม ถือว่าเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณมาก และเวลานาน (American Medical Association, 2005)

การวินิจฉัยโรคติดสุรา

ในการวินิจฉัยโรคติดสุรา สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, [APA]2005) ได้จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) โดยจัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (alcohol-related disorders) ให้อยู่ในกลุ่มความผิดปกติที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance-related disorders) และจำแนกกลุ่มความ

ผิดปกตินี้ออกเป็นสองกลุ่มย่อยประกอบด้วย กลุ่มความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use disorders) ได้แก่ การติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) และการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (alcohol abuse) รวมทั้งกลุ่มความผิดปกติทางจิตที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-induced disorders) ซึ่งประกอบด้วยภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน บุคคลมีรูปแบบการใช้สุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์

สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อโรคติดสุรา

พฤติกรรมการดื่มสุราเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมของ เกลเดอร์ เมยอน และ โควิน (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001) ได้เสนอปัจจัยเกี่ยวกับการติดสุราที่สำคัญดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล (individual factors)** จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนของผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนัก (alcohol abuser) มีลักษณะดังต่อไปนี้ ปัจจัยทางเพศ พบว่าอัตราส่วนของการดื่มสุราอย่างหนัก (alcohol abuse) และการติดสุรา (alcohol dependence) เพศชายมีมากกว่าเพศหญิง (Helzer & Canino as cited in Gelder, Gath, Mayou, & Cowen, 2001)

2. **ปัจจัยทางชีววิทยา (biological factors)** จากการศึกษาผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งนี้เพราะฤทธิ์ของสุราทำให้สารสื่อประสาท (neurotransmitter) ความต้องการอยากดื่มสุรา อยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง เป็นผลทำให้เกิดความผ่อนคลายและการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (ภาณุพงษ์ จิตะสมบัติ อ้างใน ดอกกรัก พิทักษ์, 2549)

3. **ปัจจัยด้านการเรียนรู้ (learning factors)** การดื่มสุราในเด็กเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ และการดูซึมพฤติกรรมตามพ่อแม่ (อวิศา จันทรแสนตอ, 2541)

4. **ปัจจัยด้านโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder factor)** โรคทางจิตเวชเกิดร่วมกับโรคติดสุรา อัตราการเกิดโรคร่วมมากที่สุด ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder), การฆ่าตัวตาย (suicidality) (อริญญา แพจุ้ย และ นรัญญา ศรีบูรพา, 2549) โดยเฉพาะผู้ป่วยบางคนที่เป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) จะดื่มสุราในช่วงที่ผิดหวังเพื่อให้บรรเทาความทุกข์ (Gelder, Mayon, & Cowen, 2001)

5. **ปัจจัยทางด้านสังคม** สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดื่มสุราตั้งแต่ การจำหน่ายอย่างเสรี หรือการหาสุรามาดื่มโดยไม่มีข้อจำกัด ขาดกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อให้บังคับการดื่มสุรา (ภาณุพงษ์ จิตะสมบัติ, 2542)

ผลกระทบของการเป็นโรคติดสุรา

สุราหรือเหล้าจัดอยู่ในประเภทสารเสพติด (substance) เมื่อดื่มบ่อยครั้งและเป็นระยะเวลานานๆ จนควบคุมการดื่มไม่ได้จึงต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นและทำให้ติดสุราได้ และส่งผลกระทบต่อสมองโดยตรงซึ่งผลเสียของอาการที่เกิดขึ้นนั้นจะแสดงออกในรูปแบบความคิด พฤติกรรม และร่างกาย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การเรียน การทำงาน และสัมพันธภาพในครอบครัว ตลอดจนการทำหน้าที่ทางสังคมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การติดสุราทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Lowe & Kranzler, 1999) นอกจากนี้มักพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามักมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พิกการไร้สมรรถภาพ และการฆ่าตัวตายในที่สุด (Lehman อ้างใน เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคติดสุราจะพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70 (Gratzer et al, 2002)

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าการดื่มสุรามีผลกระทบต่อ บุคคล ครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม จากการผลกระทบดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคติดสุราต้องได้รับการประเมินอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นส่วนสำคัญและมีส่วนช่วยในการเข้าถึงผู้ป่วย ส่งผลมิให้การวางแผนการบำบัดที่ครบถ้วนถูกต้องต่อไป

การประเมินโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินการติดสุรา ยังต้องอาศัยเกณฑ์ของการประเมินและคัดกรองที่ละเอียด ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินการติดสุรา ประกอบด้วย แบบคัดกรองต่างๆ สรุปได้ดังนี้

1. แบบคัดกรองเคจ (CAGE) เป็นแบบสอบถามเพื่อใช้วินิจฉัยภาวะติดสุราอีกอันหนึ่ง ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ทั่วโลก เพราะประกอบด้วยคำถามเพียง 4 ข้อ จากการทดสอบประสิทธิภาพของแบบคัดกรองเคจ ในประเทศไทย พบว่าแบบคัดกรองเคจ ไม่มีความไวและความจำเพาะที่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยไทย (สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยางกูร, และ ราม รั้งสินธุ์, 2547)

2. แบบคัดกรองมาส (Michigan Alcoholism Screening Test [MAST]) ในเวชปฏิบัติทั่วไปแบบคัดกรองมาส ประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 24 คำถาม เกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มของผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปัญหาจากการดื่ม ของตนเอง ได้มีการทดสอบความสามารถของ

แบบคัดกรองมาส ฉบับย่อ 12 ข้อ โดยเปรียบเทียบกับผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่ามีความไว (sensitivity) เท่ากับ 68% และความจำเพาะ (specificity) 78% ซึ่งแสดงว่าแบบคัดกรองสามารถนำมาใช้ได้ดีพอสมควรในการวินิจฉัยภาวะติดสุราในผู้ป่วยไทย (สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทย์ทางกูร, และราม รัสสินธ์)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการณ์แอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT [WHO]) องค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ขึ้น โดยนักวิชาการจากประเทศต่างๆ และได้ผ่านการทดลองใช้ในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยแบบประเมินนี้ได้รับการแปลโดย ศาวิตรี อัยฉัตรกรชัย ในปี พ.ศ. 2544 และนำมาใช้ในสถานบริการทุกระดับและบุคคลทั่วไป

การบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมของ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) พบว่า การบำบัดรักษาผู้เป็นโรคติดสุราประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. การรักษาทางชีวภาพ (biological intervention) ในผู้ที่ติดสุราอาการถอนพิษสุราจะเกิดขึ้นภายหลังจากการหยุดดื่มสุรา ซึ่งอาการดังกล่าวจะค่อยๆ เริ่มเกิดขึ้นหลังระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำลง อาการอาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น นอนไม่หลับ จนมีอาการรุนแรง มีอาการประสาทหลอน ระแวงเพ้อ (delirium) หรือชักได้ อย่างไรก็ตามภาวะถอนพิษดังกล่าวสามารถป้องกันไม่ให้เกิด หรือถ้าเริ่มมีอาการก็สามารถควบคุมให้ดีขึ้นได้เร็ว การรักษาโดยการให้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) เพื่อลดลงหรือป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุรา และทำให้ผู้ป่วยสงบโดยทั่วไปจะใช้ยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long half-life benzodiazepine) เพราะจะทำให้ควบคุมอาการได้ดีกว่า เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) หรือ คลอร์ไดเซพ็อกไซด์ (chlordiazepoxide) ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการทำงานของตับหรือผู้สูงอายุควรให้ยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (short half-life benzodiazepine) เช่น ลอราซีแพม (lorazepam) ซึ่งยา ยังคงทำงานได้ปกติแม้การทำงานของตับจะบกพร่องไปบ้างแล้ว

2. การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial intervention) การรักษาทางจิตสังคมเป้าหมายคือ การให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรม การดื่มหรือหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รูปแบบของการรักษามีหลายรูปแบบ ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การสร้างทักษะชีวิต (life skill) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม

(cognitive-behavior therapy) การให้ความรู้เรื่องการติดสุรา (psycho-education) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) ชุมชนบำบัด (therapeutic community) และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) การรวมกลุ่มผู้ที่ติดยาเสพติดเพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือกันในการหยุดดื่มสุราได้ (มานิต ศรีสุกานนท์ และ จำลอง ดิษยวิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546; สมภพ เรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกรียงไกร แก้วนิกรังยี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์, และ เชียรชัย งานทิพย์วัฒนา, 2533; สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; Gelder, Mayou, & Cowen, 2001)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดภาวะซึมเศร้า

การเสพติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด เศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า การเสพติดสุราเป็นสาเหตุทำให้เกิดจะทำให้มีความวิตกกังวล หงุดหงิดอยู่กับตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Lowe & Kranzler, 1999) นอกจากนี้มักพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามักมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การฆ่าตัวตาย พิกการไร้สมรรถภาพ การต่อต้านการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคติดสุราจะพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 70 (Gratzer et al, 2004) ในผู้ป่วยโรคติดสุราพบว่า ร้อยละ 80 มีภาวะซึมเศร้าบางครั้งในชีวิต และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดสุรา มีได้ตั้งแต่เป็นปฏิกิริยา ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยติดสุราจนกระทั่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้วใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการ หรือภาวะซึมเศร้าเกิดจากการ ถอนพิษสุรา หรือฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองโดยตรง (Gratzer et al, 2004)

จากการศึกษาเกี่ยวกับสุราและภาวะซึมเศร้า ของเดวิส (Devies, 1998) กล่าวว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง มีผลทำให้ผู้เสพติดสุราที่มีความสำคัญในคุณค่าของตนเองต่ำ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ บางครั้งมีความก้าวร้าวรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เดลกาโด และ มอเร็นซ์ (Delgado & Morence cited in Sdorow & Rickabaugh, 2002) พบว่าการลดลงของซีโรโตนิน หรือ นอร์อิพิเนฟรินทำให้สมองไม่ได้รับกระตุ้นจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อดื่มสุราเป็นระยะเวลานานก็จะทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงใน ครอบครัว ปัญหาการเงิน และปัญหาในการทำงาน (สาวิตรี อัยณรงค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2545) ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่อครอบครัวและสังคม มีความคิดด้านลบต่อตนเอง จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์กล่าวว่า ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

การสูญเสียบทบาททางสังคม ขาดความเชื่อถือและไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น จะทำให้มีความวิตกกังวล หงุดหงิดอยู่กับตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud อ้างใน สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) และจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมทางจิตเวช (comorbidity) ของเพาเวลล์และคอลลิคส์ (Powell & Colleagues cited in Lowe & Kranzler, 1999) พบว่าผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 63 มีภาวะโรคทางจิตร่วมด้วย โดยพบภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 42 ภาวะคลุ้มคลั่ง ร้อยละ 20 และบุคลิกภาพแปรปรวน ร้อยละ 20 เช่นเดียวกับการศึกษาของ เกรทเซอร์และคณะ (Gratzer et al, 2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับช่วงชีวิตของผู้เสพติดสุราในเมืองออนตาริโอ พบว่าผู้เสพติดสุราที่มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือมีทั้งสองโรคร่วมกัน โดยพบว่าในช่วงชีวิตของผู้เสพติดสุรา ส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 70

ผู้ป่วยโรคติดสุรามีผลกระทบทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ที่ดื่มสุราจัดจะทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ของพ่อแม่หรือคู่สมรสลดลง เกิดการทะเลาะวิวาทหรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001) และจากการบริโภคสุราทำให้เกิดปัญหาด้านจิตเวชเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคซึมเศร้า ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่ออนาคต เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Buda & tsuang, 1990 อ้างในปริทรรศน์ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบลูย์, 2542)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าถูกใช้ในหลายๆ ความหมายเช่น เป็นสภาวะทางอารมณ์หรือปฏิกิริยาตอบสนอง เป็นอาการ อาการแสดง กลุ่มอาการ และเป็นโรคหรืออาการผิดปกติทางคลินิก (Stuart, 2001) ภาวะซึมเศร้าเป็นการแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกหงอยเหงา เซ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หดหู่ เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสีย ผิดหวัง มีสถานการณ์ที่น่าสลดใจและเกิดเป็นครั้งคราวแล้วหายไปเอง สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ให้เป็นผลสำเร็จได้ ถือว่าเป็นอารมณ์ปกติที่เกิดขึ้นได้ ในชีวิตประจำวันของทุกคนในตลอดช่วงชีวิต (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546; Townsend, 1999) และยังมีหมายรวมถึงภาวะการตอบสนอง หรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสียเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยและมีมานานแล้ว (Stuart, 2001) การปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึก

ไม่มีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกผิดและความรู้สึกไร้ค่า มีลักษณะของความรู้สึกเศร้าหมอง อาจเป็นส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยอื่นๆ (McPhee, Papadakis, & Tierney Jr., 1996; Schultz & Videbeck, 2002; Townsend, 1999) ภาวะซึมเศร้า จึงเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกี่ยวกับอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกเศร้าสิ้นหวัง ขาดความสนใจและความสนุกสนานในการทำกิจกรรมต่างๆ และอาจมีอาการทางร่างกายร่วมด้วยเช่น ความต้องการในการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป แบบแผนการนอนถูกรบกวน สมาธิลดลง มีความคิดเกี่ยวกับการตายหรือฆ่าตัวตาย (Eggenberge, Hawoth, Munden, & Stockslager, 2002) อ้างใน หยาจชล หนูหุ่น, 2547)

นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนิตนเอง ความรู้สึกนี้คงอยู่เป็นเวลานาน และเกี่ยวพันกับความสูญเสีย (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536) ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบในด้านสังคมและอาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือนุคลิกภาพเปลี่ยนไปกลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ คือ อาการทางร่างกาย (vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ทางพฤติกรรม คำพูด (psychomotor) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า แยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร อาการทางความคิด (cognitive) คิดเรื่องร้ายๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวล ดิ้นรนใจไม่ได้แม้แต่ในเรื่องเล็กน้อย ท้อแท้ รู้สึกตนเอง ไร้ค่า มีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย จากคำกล่าวของไวด์เบค (Videbeck, 2001) ว่า ภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน เบื่อหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการนอนหลับ การรับประทานอาหาร สมาธิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป้าหมายการดำเนินชีวิต อาการจะเกิดขึ้นใน 2 สัปดาห์ และจากคำกล่าวของ จูดิธ เบ็ค (Beck, 1995) ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแสดงของความคิดเชิงลบและอารมณ์รู้สึกที่บุคคลมองตนเอง มองตนเอง มองโลก และมองอนาคต ผ่านเข้าไปยังสิ่งที่ปกคลุมไปด้วยความมืดมิด ทุกสิ่งมองเป็นความมืดมนและสิ้นหวัง และแสดงออกด้านร่างกายคือ มีการเปลี่ยนแปลงของการอยากอาหาร การนอนหลับ ความต้องการทางเพศและพลังงาน โดยเชื่อว่ารูปแบบทางความคิดมาจากความเชื่อพื้นฐานที่อยู่ในระดับลึก (core belief) ส่งผ่านมายังความเชื่อที่อยู่ในระดับกลาง (intermediate belief) ซึ่งประกอบด้วยทัศนคติ (attitude) กฎ (rule) และข้อยอมรับเบื้องต้น (assumptions) ตรงผ่านมายังความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) ที่ถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์อยู่ทุกขณะ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ อารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ นอกจากนี้เบ็ค (Beck, 1967)

ได้กล่าวไว้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการ และอาการแสดง (depression as a syndrome or symptom-complex) ที่มีความเบี่ยงเบนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ดำเนินตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หดหู่ แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่สามารถใช้อธิบายในความหมายที่แตกต่างกันตามระดับความซับซ้อนของพยาธิสภาพทางด้านจิตใจ (Beck, 1967) ซึ่งมี 3 ความหมาย ดังนี้

1) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีอาการเศร้า ที่เกิดขึ้นได้ชั่วคราว (transient state of sadness) ในคนทั่วไปเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ เศร้าใจหรือหดหู่

2) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการและอาการแสดงที่แปรปรวนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม (depression as a syndrome or symptom-complex) คือมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ดำเนินและโทษตนเอง หลีกหนีจากสังคม เก็บตัว มีความต้องการที่จะตาย มีการเปลี่ยนแปลงของการทำกิจกรรมคือ มีอาการกระวนกระวาย หรือเซื่องซึม และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ทั้งนี้เกิดจากความผิดปกติของพยาธิสภาพทางด้านจิตใจ ซึ่งมีระดับความผิดปกติตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงตามพยาธิสภาพของจิตใจ ภาวะซึมเศร้าในความหมายนี้อาจจะเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นหรือโรคทางกาย ซึ่งมีระยะของการเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวแล้ว แต่ไม่ได้หมายความว่าถึงโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์

3) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการ และอาการแสดง (depression as a syndrome or symptom-complex) ที่มีความเบี่ยงเบนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ดำเนินตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หดหู่ แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Beck, 1967) โรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า มีช่วงระยะเวลาการเกิดอาการและอาการแสดง มีการพยากรณ์โรค การตอบสนองต่อการรักษา และสามารถคาดคะเนถึงสาเหตุของการเกิดโรคได้ และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, [APA]2005) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth

Edition :TR [DSM-IV-TR]) มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ดังนี้คือ มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน หรือความกระตือรือร้น ความรู้สึก สนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำเคยชอบลดลงมาก เป็นตลอดเวลาเกือบทั้งวันติดต่อกันเกือบทุก วัน และจะต้องมีอาการแสดงต่างๆ เหล่านี้ร่วมด้วยอย่างน้อย 5 อาการในทั้งหมด 9 อาการ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้าเฉยเมยเฉื่อยชา มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักคือน้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว ในระยะเวลา 1 เดือน นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป มีการเคลื่อนไหวช้า หรือมากเกินไปเหนื่อยง่าย รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ความสามารถ ในการคิดลดน้อยลงหรือ มีความ ลังเลใจ มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีอาการแสดงติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (Keltner & Warren, 2003)

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความหมาย ของภาวะซึมเศร้าตามความหมายของเบ็ค (Beck, 1967) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการ และอาการแสดง (depression as a syndrome or symptom-complex) ที่มีความเบี่ยงเบนในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดในทางลบ ต่อตนเอง ต่ำห็นตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวังแยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำ กิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้นและเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยใช้ใน ครั้งนี้เพราะ เบ็คสามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยง่ายชัดเจนเป็นที่ยอมรับกันอย ่างแพร่หลายและมีผู้อ้างอิงงานของเบ็คมาจนถึงปัจจุบัน (พยาม การดี, 2551; ขวัญใจ นามชื่อ, 2548; คอย ละอองอ ่อน, 2549; สมโกชน ีเยี่ยมสุภายิต, 2549; หยาจชล หนูหุ่น, 2547; Gloaguen et al., 1998; Karlien et al., 2005; Marcotte, 2007; Palmer & Szymanska, 2000; Reinecke et al., 1998) ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีต่างๆ ซึ่งสามารถสรุปเป็น 2 ด้าน คือ สาเหตุด้านชีววิทยา และสาเหตุด้านจิตสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สาเหตุด้านชีววิทยา (biological cause) ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory) ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 โดยกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่องหรือความผิดปกติของการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดพามีน (dopamine) ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ลดลง (Bailey, Sauer, & Herrell, 2002) การลดลงของนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุข

หรือไม่มีความหมายในการมีชีวิตอยู่ ไม่มีพลัง สมาธิและความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งการลดลงของซีโรโทนิน (serotonin) จะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร หงุดหงิดง่าย และการควบคุมตนเองลดลง (Varcarolis, 2002) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการเผาผลาญ หรือความไว (sensitivity) ของตัวรับ (receptor) ของสารสื่อประสาทดังกล่าวมีความผิดปกติ รวมถึงความผิดปกติของการเผาผลาญของสารสื่อประสาทกลุ่มอื่นๆ เช่น อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดพามีน (dopamine) และกรดอะมิโนแกมมาอะมิโนบูไทริก (GABA) แล้วส่งผลให้กระบวนการเผาผลาญของสารสื่อประสาทนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) ผิดปกติได้ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Varcarolis, 2002; Keltner & Warren, 2003) ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการเผาผลาญกลูโคสในสมองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าการเผาผลาญของกลูโคสลดลง และจะกลับคืนสู่ปกติเมื่อภาวะซึมเศร้าได้รับการรักษาให้หาย (Videbeck cited in Frisch & Frisch, 2002; Holman & Devous cited in Shives & Isaacs, 2002)

1.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (genetic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง (Frisch & Frisch, 2002) จากการศึกษาทางด้านพันธุกรรมพบว่าคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 54 ขณะที่คู่แฝดคนละใบพบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24 (Kelsoe cited in Videbeck, 2001) และการศึกษาพบว่าบุตรที่เกิดจากบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้า บุตรมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณ 15-45 (Pataki cited in Robert, Hirschfeld, & Shea, 2000) นอกจากนี้มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในฝาแฝด พบว่าอัตราการเกิดโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในฝาแฝดมีร้อยละ 32 ถึง 67 ซึ่งพ่อหรือแม่หรือทั้งพ่อและแม่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน (Shuchter, Downs, & Zisook as cited in Keltner & Warren, 2003)

2. สาเหตุด้านจิตสังคม (psychosocial cause) สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (narcissistic personality) และเมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่คิดไปเองจะมีผลทำให้ตัวตน (ego) ลดต่ำลง หรือถูกทำลายลงไป ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ (perception) ความจำ (memory) การตัดสินใจ (judgement) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความมีเหตุผล (logical) และความถูกต้องเหมาะสม (correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลาย ไม่สามารถปลดปล่อยตนเองจาก

ความซึมเศร้าและความรู้สึกสูญเสียได้ทำให้นักคิดมีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่าไม่มี
ความหมายใดๆ (Frisch & Frisch, 2002)

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (learned helplessness theory) ของเซลิเกแมน
(Seligman cited in Wilson, Spence, & Kavanang, 1989) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคล
อยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาจเกิดจากถูกลงโทษ พ่ายแพ้
ล้มเหลว สูญเสีย ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจควบคุมและ
แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (helplessness) ไม่ว่าจะแก้ไขปัญหาวีชีวิตอย่างไรก็จะไม่ประสบ
ผลสำเร็จทั้งสิ้นจนทำให้เกิดการเรียนรู้สึกหมดหวัง หรือสิ้นหวังจนไม่แก้ไข ประกอบกับขาดแรงเสริม
(inadequate reinforcement) นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Shives & Isaacs, 2002)

2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (cognitive theory) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายใน
บุคคล คือ ปัญหาที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งเบ็คและคณะ (Beck et al.,
1979) ได้เสนอ ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน
สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema)
หรือความเชื่อ (belief) (Kwon & Oei cited in Freeman & Oster, 1998) และความคิดที่ บิดเบือน
(cognitive errors or faulty information processing) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) หมายถึง ความคิดหลัก 3 ประการ ที่
บิดเบือนในทางลบ คือ ความคิดที่บุคคลมองตนเอง ประสบการณ์ที่กำลังดำเนินไปและอนาคตของ
ตนเองในทางลบ (Beck et al., 1979)

1) การมองตนเองในทางลบ (negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมองตนเองว่า
บกพร่อง ไม่มีค่า ไร้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จริยธรรม
ในตนเอง มองว่าตนเองไม่เป็นที่น่าปรารถนาเนื่องจากความบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง มีแนวโน้มที่จะ
โทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่างๆ ขึ้น โดยคิดว่าความผิดพลาดทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของ
ตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2) การมองเหตุการณ์ที่เผชิญในทางลบ (negative view of ongoing experiences) ผู้ที่มี
ภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ในเชิงความสูญเสีย การ
ถูกใส่ร้ายเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับและถูกเรียกร้องจากสังคมรอบตัวจะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระ
อุปสรรค หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด โดยมองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูก
ลงโทษ ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อบุคคลต้องพบกับเหตุการณ์ใดๆ ก็จะไม่แปล
เหตุการณ์นั้นไปในทางลบ ตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมาจึงส่งผลทำให้เกิดความคิด
อัตโนมัติในทางลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) การมองอนาคตในทางลบ (negative view of the future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดและทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็พบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลงมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (belief) (Kwon & Oei cited in Freeman & Oster, 1998) เป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของความคิดที่ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในวัยเด็กที่เกี่ยวข้องกับความคิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ต่างๆ และการพัฒนาโครงสร้างทางความคิดยังขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูหรือการได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา โครงสร้างทางความคิดเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ลักษณะโครงสร้างทางความคิดของบุคคลมีทั้งลักษณะที่ปกติ (adaptive) และลักษณะที่บิดเบือน (maladaptive) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทที่บิดเบือนไปในทางลบ หรือมีความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Ellis, 1994) และมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic) เช่น “ฉันเป็นบุคคลล้มเหลว” “ฉันไม่เคยทำอะไรได้เรียบร้อยเลย” เป็นต้น โครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อจะแฝงอยู่ภายในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อดังนั้นเหตุการณ์ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าถ้าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความบิดเบือนของโครงสร้างทางความคิดหรือการมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์นั้นๆ โครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อนี้จึงเป็นตัวอธิบายว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงทนต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิตได้แตกต่างกัน ขณะที่ภาวะซึมเศร้ามากขึ้นความคิดจะเป็นไปในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะไม่สามารถมองความคิดในทางลบเหล่านี้หรือข้อมูลใดๆ ได้ตามความเป็นจริง โครงสร้างทางความคิดหรือความเชื่อจึงเป็นสาเหตุความผิดปกติของกระบวนการใช้เหตุผลเรียกว่าเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน

ความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนโดยละเอียดมีดังนี้

1) การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) เป็นกระบวนการคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือไม่ไปตามเหตุการณ์จริง เช่น มีปัญหาในการปฏิบัติตัวตามการรักษาภาวะซึมเศร้าแบบก่อนๆ อาจคิดว่าการรักษาแบบใหม่นี้ไม่เหมาะสมกับตนเองและจะไม่ช่วยให้ตนเองมีอาการดีขึ้น เป็นต้น

2) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) คือการคิดมุ่งแต่ความสนใจในรายละเอียดของบริบทโดยละเลยในส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้นๆ หรือคิดว่าเหตุการณ์ที่

เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ต่างๆ ในทางลบที่ผ่านมา เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คิดว่าตนเองไม่ได้ประสบกับความสุข ความพึงพอใจเลยทั้งวัน เพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะ ไม่ตระหนักถึงความสุขหรือความพึงพอใจที่เกิดขึ้น

3) การคิดและการแปลความมากกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็น การคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยนั้นเป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่จะ เกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและ มากเกินความเป็นจริง เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทำผิดเพียงครั้งเดียวแต่จะคิดว่าตนเองทำผิดพลาด ทุกอย่าง เป็นต้น

4) การขยายความการต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบ ตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองอย่างรุนแรง เป็นต้น มักจะให้ความสำคัญแก่สิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมากเกินไปหรือน้อยเกินไป

5) มีการคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นธุระกับเรื่องต่างๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา กระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตาเพื่อนที่ เดินผ่านมาแต่เพื่อนกลับไม่ได้มองตนเอง อาจคิดว่าตนเองต้องทำอะไรบางอย่างที่ทำให้เพื่อนโกรธ เป็นต้น

6) การคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ (dichotomous thinking) เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่อง เป็นคนเลวไม่ใช่คนดี เป็นต้น ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่า ทางบวก

แนวคิดหลัก 3 ประการที่กล่าวมาแล้วคือ ความคิดอัตโนมัติในทางลบ (cognitive triad) โครงสร้างทางความคิด (schema) หรือความเชื่อ (belief) (Kwon & Oei cited in Freeman & Oster, 1998) และความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors or faulty information processing) มีความเชื่อมโยงกัน ในการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือน หรือ ความเชื่อที่ไร้เหตุผลซึ่งแฝงตัวอยู่ในบุคคล จะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะ วิกฤติของชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกับที่บุคคลเคยประสบมาในอดีต โครงสร้างความคิดที่ บิดเบือนหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผลจะประเมินและแปลผลเหตุการณ์นั้นไปในทางลบ กระตุ้นให้เกิด ความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต มีลักษณะการบิดเบือนของ

ความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ การขยายต่อเติมหรือการลดความสำคัญของเรื่องราว เป็นต้น การเกิด การบิดเบือนของความคิดดังกล่าวเกิดขึ้นอัตโนมัติ ไม่มีการไตร่ตรอง ไม่สามารถควบคุมไม่ให้คิด อย่างนั้นได้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเชื่อหรือคิดว่ามีความเป็นไปได้ต่อความคิดนั้น และความคิด ที่บิดเบือนจะมีความเชื่อมโยงกับอารมณ์ที่แสดงออกมา ดังนั้นเมื่อมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ และเกิดการบิดเบือนของความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงจึงส่งผลให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะแสดงออกในด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรมตามมา ภาวะ ซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และ ความรุนแรง เกิดการบิดเบือนทางความคิดมากยิ่งขึ้นทำให้ความคิดที่มีเหตุผลยิ่งลดลงและเกิดภาวะ ซึมเศร้ามากขึ้นเรื่อยๆ

ภาวะซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นได้จากหลายๆ สาเหตุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี จากการวิเคราะห์งานวิจัยของด็อบสัน (Dobson, 1989) โกลกวน และคณะ (Gloaguen et al., 1998) ฮาร์ริงตัน และคณะ (Harrington et al., 1998) และไรเนคเคิ์ และคณะ (Reinecke et al., 1998) พบว่า จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีปัญญานิยมนี้ ได้รับการ ยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีปัญญานิยมต่อภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1967) ในการ อธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเศร้า คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเศร้าเกิดจากมีความเชื่อที่ ไร้เหตุผล ส่งผลทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและมีลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน และ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตเศร้าที่มีผลกระทบทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงิน มีความรู้สึก สูญเสียคุณค่าและบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วย โรคจิตเศร้าประมวลเรื่องราวที่บิดเบือนจากความจริงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งความเชื่อที่ไร้ เหตุผลในผู้ป่วยโรคจิตเศร้าอาจปรับเปลี่ยนได้โดยการใช้โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณา เหตุผลและอารมณ์ของหยาดซล (หยาดซล, 2547) สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดแบบ พิจารณาเหตุผลและอารมณ์ของเอลลิส (Ellis, 1994) และนอกจากสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าตาม แนวคิดทฤษฎีของเบ็คที่กล่าวมาข้างต้นแล้วยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกหลาย ประการที่ได้นำมารวมมาจากแนวคิดอื่นๆ ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีผู้เขียนปัจจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา โดยตรงแต่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จึงขออธิบายเป็นปัจจัยของภาวะซึมเศร้าดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เพศหญิงมีระดับโมโนเอมมีนออกซิเดส (monoamine oxidase) สูงกว่าเพศชาย (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533; Klerman cited in Rothschild, 1999) จากการศึกษาของเบ็ค กล่าวว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนภาวะซึมเศร้า ($r=0.189$) และแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Beck, 1967)

2. บุคลิกภาพส่วนตัว นักจิตวิทยาหลายท่านค้นพบว่า บุคคลที่มีความโน้มเอียงที่จะมีภาวะซึมเศร้า มักจะมีบุคลิกลักษณะ เช่น ความรู้สึกในคุณค่าตนเองต่ำ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นแบบพึ่งพาหรือยึดติด มีวุฒิภาวะไม่สมบูรณ์ (Rothschild, 1999) นอกจากนี้ยังมีบุคลิกภาพแบบอื่นๆ อีก เช่น การขาดทักษะในการเผชิญความเครียดและการจัดการกับความโกรธ หวาดระแวง ไวต่อความรู้สึกแยกตนเองออกจากสังคม ต่ำห็นตนเอง และบุคลิกภาพย่ำคิด (Weissman cited in Lewis & Grainger, 1989) และพบว่า บุคลิกภาพผิดปกติแบบภาวะซึมเศร้า (depressive personality disorder) มักมองโลกในแง่ร้าย เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด มีปมด้อย บวกกับการมีถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก การสูญเสียในขวบปีแรกของชีวิตนั้นมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

3. ความเจ็บป่วย เชื่อว่าความเจ็บป่วยหรือโรคหลายๆ มีลักษณะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เป็นตัวการสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน โรคกระเพาะ โรคพาร์คินสัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคอัลไซเมอร์ ภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมน รวมถึงอุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัส (Kurlowicz, 1994) การเสพติดสุราเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคลมชักเป็นต้น (WHO, 2003) การเสพติดสุราเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Gold อ้างใน ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) ซึ่งผลของการเสพติดสุราทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง สร้างความรำคาญให้ผู้เสพติดสุราและก่อให้เกิดความเครียดและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

4. การเสพติดสุรา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเสพติดสุราเป็นระยะเวลานาน ทำให้สารเคมีในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง พบว่าซีโรโตนินและนอร์อิพิเนฟรินลดลง สมองไม่ได้รับการกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Delgado & Morence cited in Sdorow & Rickabaugh, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับสุราและภาวะซึมเศร้าของ เดวีส์ (Davies, 1998)

สุรานั้นทำให้สารเคมีในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงมีผลทำให้ผู้เสพติดสุราความก้าวร้าวรุนแรง เกิดความสำนึกในคุณค่าตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้า และมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้และในผู้เสพติดสุราเมื่อดื่มสุราเป็นระยะเวลานานทำให้สูญเสียการควบคุมตนเองก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาด้านการเงินและการทำงาน (สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2545) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ กล่าวว่า ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตการสูญเสียบทบาททางสังคม ขาดความเชื่อถือและความไว้วางใจของตนเองต่อผู้อื่น จะทำให้เกิดความวิตกกังวล หมกมุ่นอยู่กับตนเองจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud อ้างใน สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) ดังนั้นการสูญเสียหน้าที่ของตนเองและบทบาททางสังคม และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยติดสุรานั้นมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้จากที่กล่าวมาข้างต้นการเสพติดสุรานั้นอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

5. เศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ การที่มีรายได้น้อย ขาดที่อยู่อาศัย ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) และจากการศึกษาของ (กรมสุขภาพจิต, 2545) ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายและมีปัญหาทางการเงินทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งในผู้เสพติดสุรานั้นจะมีปัญหาด้านการงานและมักทำงานได้น้อยและไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการเลิกจ้าง มีปัญหาด้านเศรษฐกิจอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้

ระดับและอาการของภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวความคิดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1967) จึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1967) สามารถแบ่งได้ตามอาการและอาการแสดงด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยแบ่งตามระดับของภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ได้ 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย อาการแสดงออกด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้าเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ก็มีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุ อาการอาจบรรเทาหรือหายไปได้จากการถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ภายนอก เช่น เรื่องขบขัน สถานที่ที่ทำให้พึงพอใจ เป็นต้น รู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่ค่อยพอใจกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมลดลง มีความสนใจตนเองปกติแต่

สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ อาการแสดงออกด้านความคิด คือ เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นโดยคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาและความยากลำบากที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดมากเกินไปจนความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง อาการแสดงออกด้านแรงจูงใจ คือ พยายามที่จะหลีกเลี่ยงหรือผ่อนผันการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น หลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น บางครั้งมีความคิดเกี่ยวกับความตาย อาการแสดงออกด้านร่างกายและพฤติกรรม คือ ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ในบางรายอาจนอนมากผิดปกติ เวลาทำงานอาจเหนื่อยง่ายกว่าปกติ ความต้องการทางเพศลดลงเล็กน้อย ในบางรายความต้องการทางเพศอาจสูงขึ้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง อาการแสดงออกด้านอารมณ์คือ มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักจะมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า คุณเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลาถึงแม้พยายามจะทำกิจกรรมที่เคยชอบอาการก็ไม่ดีขึ้น สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล มองทุกอย่างเป็นเรื่องจริงจัง อาการแสดงออกด้านความคิด คือ คิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตนหรือเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตนเอง วิพากษ์ตัวเอง ร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นแม้จะยังไม่มีการแสดง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ เช่น การเลือกเสื้อผ้าสำหรับการแต่งตัว เป็นต้น อาการแสดงออกด้านแรงจูงใจ คือ หลีกเลี่ยงที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยที่ไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง ต้องการหลีกเลี่ยงไปให้พ้นจากสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เช่น ต้องการเปลี่ยนหน้าที่การทำงาน มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย อาการแสดงออกด้านร่างกายและพฤติกรรม คือ รับประทานอาหารได้น้อยลง บางครั้งแทบไม่อยากจะรับประทานอาหาร หรือ ลืมรับประทานอาหาร หลับยาก ตื่นบ่อย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมงนอนหลับไม่สนิท อาจจะมีสะดุ้งตื่นหลังจากนอนหลับได้ 3-4 ชั่วโมงแล้วหลับต่อยากต้องใช้ยานอนหลับ บางรายนอนหลับมากเกินไป 12 ชั่วโมงต่อวัน รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ เลย แม้จะเป็นกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ เช่น แปรงฟัน รับประทานอาหาร เป็นต้น ความต้องการทางเพศลดลงอย่างชัดเจนต้องใช้สิ่งกระตุ้นอย่างมาก

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง อาการแสดงออกด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใดๆ เลย เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมภายนอก ร้องไห้งาน

ไม่มีน้ำตา อาการแสดงออกด้านความคิด คือ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ใดๆ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม อาการแสดงออกด้านแรงจูงใจ คือ ไม่อยากคิดทำสิ่งใดอย่างสิ้นเชิงแม้ว่าสิ่งนั้นจะสำคัญต่อชีวิต ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว แยกตนเอง ในรายที่รุนแรงมากๆ รู้สึกไม่มีแรงจูงใจที่จะพูดหรือติดต่อสื่อสารกับใคร หลีกหนีจากทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่ต้องการมากที่สุด คือ การนอนหลับ มีความต้องการที่จะตายอย่างมาก รู้สึกทุกข์ทรมานใจกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป พยายามที่จะฆ่าตัวตาย อาการแสดงออกด้านร่างกายและพฤติกรรม คือ ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายในเวลา 1 เดือน นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีกหรือนอนไม่หลับเลย อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ ไม่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ขันหรือความรู้สึกสนุกสนานเบิกบานใจ ไม่มีความต้องการทางเพศ

จะเห็นได้ว่าอาการของภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยอาการแสดงออกทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการให้การช่วยเหลือผู้ที่ภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะถูกพิจารณาใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าร่วมด้วย ซึ่งสามารถประเมินระดับภาวะซึมเศร้าดังกล่าวได้โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอาการและอาการแสดง มีการประเมินได้ 2 ประเภท คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต (interviewer and observer rated scale) และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self-report) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้สัมภาษณ์และการสังเกต ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRS-D]) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะแรกๆ ที่ใช้อย่างกว้างขวางในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งอยู่ในโรงพยาบาลและใช้ในงานวิจัย มีคำถาม 24 ข้อ เน้นการประเมินด้านอารมณ์ซึมเศร้า อาการทางกาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยิ่งรู้ ใช้ระยะเวลาในการประเมิน 15 นาที ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrator reliability) ของแบบประเมินระหว่าง 0.65 ถึง 0.90 (Rehm et al. cited in Burt & IsHak,

2002) และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่า 300 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 (Reynolds & Kobak cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีค่าความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง HRSD กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอื่นที่ใช้ผู้สัมภาษณ์หรือสังเกตด้วยกันระหว่าง 0.80 ถึง 0.90 (APA cited in Burt & IsHak, 2002) แต่ความตรงของเครื่องมือจะอยู่ในระดับต่ำลงเมื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย (Linden et al. cited in Burt & IsHak, 2002) ข้อดีของ แบบประเมินนี้ คือ มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงในโรคซึมเศร้าแต่อาการซึมเศร้าในแบบประเมินนี้ยังขัดแย้งกับคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และในบางข้อคำถามที่แสดงถึงอาการซึมเศร้าอาจไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การใช้แบบประเมินนี้ผู้ประเมินควรได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะเหมาะสม (Burt & IsHak, 2002)

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของราสกิน (Raskin Depression Scale) สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การประเมินจะครอบคลุมเรื่องของคำพูด พฤติกรรม และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในรายที่เคยเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นที่ไม่ใช่อาการซึมเศร้า มีคำถามจำนวน 3 ข้อ โดยใช้เวลาประเมิน 5 นาที มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.88 ใช้งานสะดวก เนื่องจากมีคำถามน้อย แต่แบบประเมินนี้เกณฑ์การวัดไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดในคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และการประเมินสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะซึมเศร้าบางอาการได้เท่านั้น (Burt & IsHak, 2002)

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบิร์ก (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS]) พัฒนาขึ้นโดยมอนท์โกเมอรีและแอสเบิร์ก (Montgomery & Asberg) ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ความเปลี่ยนแปลงในการรักษา เป็นเครื่องมือสำหรับจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช มีข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrater reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.97 และมีความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง MADRS กับ HRSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อดี คือ ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม อาจเป็นพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานทั่วไป ซึ่งนำไปใช้อย่างกว้างขวางในหลายๆ กลุ่ม เช่น ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น และผู้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และมีข้อจำกัด คือ ให้นิยามของภาวะซึมเศร้าไม่ครอบคลุมกับที่ใช้ในปัจจุบันและต้องใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ (Burt & IsHak, 2002)

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง นิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและเก็บข้อมูลซ้ำได้ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory I [BDI-IA]) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 โดยเบ็คและคณะ ใช้ชื่อว่า (Beck Depression Inventory [BDI]) เพื่อวัดอาการแสดงออกในพฤติกรรมต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่และได้ออกแบบเป็นมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะติดตามการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา หรือเพื่ออธิบายถึงลักษณะอาการเจ็บป่วยในภาวะซึมเศร้า ข้อคำถามในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างการบำบัดแบบ จิตวิเคราะห์ มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ และในปี ค.ศ. 1978 ได้ปรับปรุงคำถามที่มีระดับความรุนแรงซ้ำกันและช่วงระยะเวลาที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่ประเมินเป็น 1 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึงวันที่ประเมินและเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น (BDI-IA) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.76 ถึง 0.95 เมื่อใช้แบบประเมินในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.82 ถึง 0.92 เมื่อใช้แบบประเมินในกลุ่มนักเรียน และมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.73 ถึง 0.90 เมื่อใช้แบบประเมินในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชและนักเรียน มีค่าความตรงของเครื่องมือโดยจะมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐานอื่นๆ (Beck et al., 1979) แบบประเมินนี้ถูกใช้อย่างกว้างขวางในการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาภาวะซึมเศร้าเพื่อที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่อาจจะมีภาวะซึมเศร้าและต้องการการรักษา เมื่อคัดกรองแล้วพบภาวะซึมเศร้าจะต้องมีการสัมภาษณ์และใช้เครื่องมืออื่นประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า แต่แบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมอาการของภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มอาการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในข้อคำถามเกี่ยวกับการเพิ่มความอยากอาหาร การนอนหลับมากขึ้น และอาการกระวนกระวายและเชื่องช้า

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS]) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยประเมินอาการด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านร่างกาย (Sakamoto et al. cited in Burt & IsHak, 2002) มีคำถาม 20 ข้อ ใช้เวลา 15 ถึง 20 นาที การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการแบ่งครึ่ง (split-half reliability) เท่ากับ 0.73 ในกลุ่มประชากรจิตเวช (Zung cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 ในการสำรวจในชุมชน (Knight et al. cited in Yonkers & Samson, 2000) และมีความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง

Zung SDS กับ HRSD ตั้งแต่ 0.68 ถึง 0.76 ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอยู่ในระหว่างการได้รับการรักษาในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 แบบประเมินนี้นิยมใช้ในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและสามารถใช้วัดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกายแต่แบบประเมินจะมีความไวต่ำในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในระดับรุนแรง เมื่อเทียบกับแบบประเมินอื่นและไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4-TR (DSM-IV-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในเรื่องของความคิดฆ่าตัวตายและอาการทางจิต

2.3 แบบประเมินระดับความหนักของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) พัฒนาโดยราดลอฟท์ (Radloff) ในปี ค.ศ. 1977 ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบประเมินของซุง แบบประเมินของเบ็ค แบบประเมินของราสกิน และแบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale ซึ่งจะประเมินอาการ เกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และใช้ในประชากรโดยทั่วไป ใช้เวลาประเมิน 5 ถึง 10 นาที ตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.85 ถึง 0.90 มีข้อดี คือ ใช้ระยะเวลาน้อย ใช้กลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย ข้อจำกัด คือ แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันในเรื่องอารมณ์เบื่อหน่าย การมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด และอาการทางด้านร่างกาย (Burt & IsHak, 2002)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1 (BDI-IA) แปลโดย (ลัดดา แสนสีหา, 2536) ทั้งนี้เนื่องจากเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพราะเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งผู้วิจัยศึกษาภาวะซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1967) ดังนั้นการใช้แบบประเมินตามแนวคิดของเบ็คจึงมีความเหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้มากที่สุด นอกจากนี้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1 (BDI-IA) เป็นแบบประเมินที่มีความตรงและมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ไม่มีปัญหาในเรื่องการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรม

การบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวทางการช่วยเหลือตามสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การช่วยเหลือด้านชีววิทยาหรือการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า และการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม เช่น การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัด และการบำบัดทางปัญญา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาด้านชีววิทยา ได้แก่การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า ซึ่งใช้ในผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เช่น มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา ร่วมกับมีอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Cohen & Hart, 1995) ยาต้านอารมณ์เศร้าประกอบด้วยยาต้านอารมณ์เศร้าในกลุ่มต่างๆ คือ ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม TCAs (Tricyclic Antidepressants) ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม MAOIs (Monoamine Oxidase Inhibitors) ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) และยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม NAs (Newer Antidepressants) จากสมมุติฐานที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการลดลงของสารสื่อประสาทนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโตนิน (serotonin) ในสมอง ยาต้านอารมณ์เศร้าในกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้จะออกฤทธิ์ต่อต้านนอร์เอพิเนฟรินและซีโรโตนิน ซึ่งมีได้หลายลักษณะ เช่น การยับยั้งการดูดกลับ (reuptake inhibition) การยับยั้งการทำลายหรือการกระตุ้น หรือการยับยั้งการทำงานของตัวรับ (receptor) มีผลทำให้เกิดการส่งผ่านนอร์เอพิเนฟรินและซีโรโตนินเพิ่มขึ้นภาวะซึมเศร้าจึงลดลง การใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าใช้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 2 ถึง 3 สัปดาห์ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์, 2544)

ปัญหาที่พบบ่อยจากการใช้ยาต้านเศร้า คือ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งพบได้แม้จะใช้ยาในขนาดปกติ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านเศร้าที่พบบ่อยๆ เช่น ตาพร่า คอแห้ง ปากแห้ง ท้องผูก ใจสั่น และนอกจากนี้ยังมีผลต่อสมอง เช่น ง่วงซึม เหนื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือกระตุก สับสน การนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจช้าลง (delayed conduction) ความดันโลหิตลดลงเวลาลุกขึ้น หมดความสนใจทางเพศ น้ำหนักเพิ่มขึ้น เป็นต้น และอาจมีความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน (hypertensive crises) ในยาต้านอารมณ์เศร้าในกลุ่ม MAOIs ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าในแต่ละกลุ่มอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่แตกต่างกัน และยาต้านอารมณ์เศร้าที่ถูกพัฒนาขึ้นมาใหม่ เช่น ยาต้านอารมณ์เศร้ากลุ่ม SSRIs และ NAs จะมีฤทธิ์ข้างเคียงที่น้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทำให้ได้รับการยอมรับมากกว่า แต่มีราคาแพง การลดภาวะซึมเศร้าโดยการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้าจะต้องคำนึงถึงการเลือกยาต้านเศร้า คือ ประสิทธิภาพของยา การยอมรับยา ลักษณะอาการอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า เช่น ประวัติการตอบสนองต่อยา มีอาการนอนไม่หลับ มีประวัติเป็น

โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงราคาของยาแต่ละชนิดและความต้องการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

2. การรักษาทางจิตสังคม เป็นการช่วยเหลือที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือ โดยนิยมใช้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีแนวทางการช่วยเหลือตามกรอบแนวคิดของแต่ละทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock & Sadock, 2003) ดังต่อไปนี้

2.1 การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) เป็นการบำบัดแบบจิตบำบัดประเภทใช้ระยะเวลาสั้น เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าด้านเดียว ช่วยพัฒนาวิธีการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น ซึ่งทำให้ความต้องการทางอารมณ์ได้รับการตอบสนอง ลดอารมณ์ซึมเศร้าและเพิ่มความภาคภูมิใจ แก้ไขความสับสนในบทบาทของตนเอง โดยการบำบัดชนิดนี้มีข้อดคลง (assumption) อยู่ 2 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง ปัญหาระหว่างบุคคลในปัจจุบันมักจะมีรากฐานมาจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก ประการที่สอง ปัญหาระหว่างบุคคลในปัจจุบันมักจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าหรือทำให้อารมณ์ซึมเศร่ายังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง (Klerman et al. cited in Bailey, Sauer, & Herrell, 2002)

2.2 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การรักษาด้วยวิธีนี้ เฟอส์เทอร์ (Ferster cited in Kazdin, 2001) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การพรางจาก การเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย ดังนั้นจึงบำบัดเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นซึ่งเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การพบแต่เหตุการณ์ดีๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น

2.3 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) มีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง เลือกลงใจแต่ในแง่ลบของเหตุการณ์และไม่เป็นความจริง วิธีการคือช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบแล้วปรับเปลี่ยนการคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Gloaguen et al., 1998; Wright & Beck, 1999) การบำบัดทางปัญญามีอยู่หลายวิธี เช่น การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) โดยมีแนวคิดพื้นฐานตามทฤษฎีปัญญานิยมว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต ดังนั้นการบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ

ของตนเอง ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบตามความเป็นจริง ปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดให้ยืดหยุ่นและตรงกับความเป็นจริง เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่เป็นความคิดที่เหมาะสมทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2.4 พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive behavior therapy [REBT] ของเอลลิส (Ellis, 1994) เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาอารมณ์จากความเชื่อ การประเมินค่าการแปลความ และปฏิกริยาที่มีต่อเหตุการณ์ในชีวิตโดยเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่เผชิญหรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ส่งผลทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นการช่วยให้บุคคลค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลและฝึกโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลโดยใช้รูปแบบการคิดแบบทฤษฎีบุคคลิกภาพ ABC (Activating event: Beliefs: Consequences) (ABC theory) จนปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ทำให้ไม่เกิดหรือลดการเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง (จำลอง ดิษยณิข และ พร้มเพรา ดิษยณิข, 2545; Ellis, 1994; Dryden, 1996; Santrock, 2000)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตสุรา

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และความเปี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวังในชีวิต มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและอนาคต มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ (Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าพบในผู้ป่วยทั่วไป และมักพบร่วมกับการเสพติดสุรา จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเสพติดสุราและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ผู้ที่เสพติดสุราอาจเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ และในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าก็ทำให้เสพติดสุราได้ ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติด กับปัญหาทางจิตเวช เลห์แมน (Lehman อ้างในเชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) พบว่าการเจ็บป่วยทางจิตเวชนำไปสู่การใช้สารเสพติดเพื่อบำบัดอาการไม่สุขสบายต่างๆ และการใช้สารเสพติดมีผลทำให้เกิดโรคทางจิตเวช ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการเสพติดสุรามีได้ตั้งแต่ปฏิกริยาที่เกิดจากการที่เสพติดสุรา จนกระทั่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือภาวะซึมเศร้าเกิดจากการถอนพิษสุรา หรือฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองโดยตรง จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวชที่พบร่วมกับการเสพติดสุรา ของ เฮสเซลบรอก และคณะ (Hessellbrock et al., อ้างในสาวิตรี อัยณงค์กรชัย และ

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ได้รายงานว่าผู้เสพติดสุรา 321 ราย พบว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช ร่วมด้วย ร้อยละ 72 และในจำนวนนั้นพบโรคซึมเศร้า (major depression) ถึงร้อยละ 52 บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (antisocial personality) ร้อยละ 49 และพบโรคกลัว (phobias) ร้อยละ 44

จากการศึกษาเกี่ยวกับสุราและภาวะซึมเศร้า ของเดวีส์ (Devies, 1998) กล่าวว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง มีผลทำให้ผู้เสพติดสุราให้ความสำคัญในคุณค่าของตนเองต่ำ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ บางครั้งมีความก้าวร้าวรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เดลกาโด และ มอเรนซ์ (Delgado & Morence cited in Sdorow & Rickabaugh, 2002) พบว่าการลดลงของซีโร โดนิน หรือ นอร์อิพิเนพรินทำให้สมองไม่ได้รับกระตุ้นจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อดื่มสุราเป็นระยะเวลานานก็จะทำให้เกิดปัญหา ความรุนแรงใน ครอบครัว ปัญหาการเงิน และปัญหาในการทำงาน (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2545) ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่อ ครอบครัวและสังคม มีความคิดด้านลบต่อตนเอง จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์กล่าวว่า ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต การสูญเสียบทบาททางสังคม ขาดความเชื่อถือและไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น จะทำให้มีความวิตกกังวล หงุดหงิดอยู่กับตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Freud อ้างใน สุวนีย์ เกียรติแก้ว, 2544) นอกจากนี้ผู้เสพติดสุรายังรู้สึกไม่มีความหวังต่ออนาคต เนื่องจากผู้เสพติดสุรา มีการกลับไปดื่มซ้ำได้สูง เนื่องจากการหยุดดื่มสุราตลอดไป หรือหยุดดื่มเป็นระยะเวลานานๆ นั้น เป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก และมักล้มเหลวในการรักษา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดดื่มสุราได้ไม่นานแล้วกลับมาดื่มสุราอีก (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผลจาก ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Preuss et al., 2002) จาก การศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของ ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (2542) กล่าวว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายคือ ภาวะซึมเศร้าของการเสพติดสุรา ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่า ตัวตายประมาณร้อยละ 50 ทำนองเดียวกัน โลว์ และครานซ์เลอร์ (Lowe & Kranzler, 1999) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของปัญหาด้านจิตสังคม และปัญหาด้านสัมพันธภาพ การ กลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา การต่อต้านด้านการรักษา และที่สำคัญคือ เสี่ยงต่อปัญหาการ ฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่ามีลักษณะ รายงานคล้ายกับของต่างประเทศ กล่าวคือ โรคซึมเศร้าและการเสพติดสุรา เป็นสาเหตุหนึ่งของการ ตายที่สำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2544) จากการศึกษาของ เบरिक และคอนนอร์ส (Barick & Connors, 2002) พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง และมีความสำคัญอย่าง ยิ่งต่อผู้เสพติดสุรา หากระดับของภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีคือ ระดับของภาวะ ซึมเศร่าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุรา และลดการกลับไปใช้สุราซ้ำ ถ้าค้นพบ

ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราตั้งแต่แรกเริ่ม ก็จะทำให้ผู้เสพติดสุราได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่พบร่วมด้วย เมื่อระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาดีขึ้น

การจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา

ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า บุคลิกภาพอ่อนแอ มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยค่ากว่าคนอื่น ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้ไม่มีความหวังต่ออนาคต และผู้ป่วยโรคติดสุราจะมีลักษณะการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้สูง เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคติดสุรามักมีอาการแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พิกการไร้สมรรถภาพ การต่อต้านการรักษาและจากผลของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุราก็เช่นเดียวกับการช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าทั่วไป ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้าและ การช่วยเหลือโดยการให้ยาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Cohen & Hart, 1995) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางพบว่า การช่วยเหลือที่ได้ผลดีก็คือการช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่นการบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พฤติกรรมบำบัด และการบำบัดทางปัญญา (Beck et al., 1979) ทั้งนี้การบำบัดทางปัญญาเป็นการช่วยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการมีโครงสร้างความคิดที่บิดเบือนหรือมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลซึ่งจะทำให้ประหม่นและแปลผลเหตุการณ์ไปในทางลบ กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต ซึ่งการบำบัดทางปัญญาที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายประกอบด้วย การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) ของเบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) และพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (rational emotive behavior therapy) ของเอลลิส (Ellis, 1994) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ได้มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าแต่ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคติดสุราทุกรายและให้การดูแลรวมกับผู้ป่วยโรคติดสุราทั่วไป ซึ่งมีกระบวนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีความซับซ้อนในการบำบัดรักษา และที่สำคัญมีความเสี่ยงสูงผลกระทบที่ตามมา มักซับซ้อนและรุนแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม และปัญหาวิกฤติในชีวิตที่ไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมอาจมีอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจที่สำคัญและเป็นอันตรายถึงชีวิต ได้แก่ การฆ่าตัวตาย

ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ ผู้ป่วยโรคจิตสราจะได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งวิธีการช่วยเหลือ ผู้เสพจิตสราที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางที่น่าจะมีประสิทธิภาพและได้ผลดีคือการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ได้แก่ พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ซึ่งได้มีการศึกษาถึงผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มต่างๆ ดังเช่นการศึกษาของ ริมและมาสเตอร์ (Rimm & Masters, 1979) ซึ่งเป็นการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าหลังการบำบัดนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อชีเบ (Achebe, 1982) ที่ใช้การบำบัดแบบพิจารณาและอารมณ์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าหลังการบำบัดนักศึกษามีภาวะซึมเศร้าลดลงเช่นเดียวกัน และการศึกษาของ เอลลิส (Ellis, 1990) ได้ศึกษาเพื่อทดสอบและสนับสนุนสมมติฐานของตนเองโดยการใช้พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในผู้ป่วย 100 คน ที่มีอาการทางโรคประสาท วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ซึ่งเอลลิสเชื่อว่าพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ไร้เหตุผล พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์แล้วมีอารมณ์ด้านต่างๆ เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มอเรียตี (Moriarty, 2002) ที่ศึกษาผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้า ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI]) ผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้าได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เป็นเวลา 6 ถึง 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์ซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลงหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองและการใช้การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์ พบว่าภายหลังการบำบัดผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงเช่นเดียวกัน (Johnson & Ridley, 1992)

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาถึงผลของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยการศึกษาได้แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children Depression Inventory [CDI]) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 ถึง 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการเสร็จสิ้นการทดลอง (Chittawon, 2003) และมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุบาลชลบุรีของ กนกศรี จาดเงิน (2543) โดยในการศึกษาได้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก

(Children Depression Inventory [CDI]) กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ หยาตชล หนูหนู (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการแสดงให้เห็นว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของคนพิการได้อย่างมีนัยสำคัญและจากการศึกษาของพยาม การดี (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แสดงให้เห็นว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

ความหมายของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

เอลลิส (Ellis, 1994) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ คือ วิธีการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมของผู้รับการบำบัดซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาอารมณ์จากความเชื่อ การประเมินค่า การแปลความ และปฏิกิริยาที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์ในชีวิต โดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น สอน แนะนำ ชี้แนะ อธิบาย สาธิต ย้อนกลับ โน้มน้าวหรือกระตุ้น เพื่อให้ผู้รับการบำบัดค้นหาคำเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น แล้วจำแนก วิเคราะห์ และได้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลเหล่านั้นจนสามารถพัฒนาความเชื่อที่มีเหตุผลขึ้นมาแทน โดยใช้รูปแบบการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (ABC theory)

พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Behavior Therapy [REBT]) เป็นการบำบัดทางจิตใจ ได้มีการพัฒนาขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1950 โดยอัลเบิร์ต เอลลิส (Ellis, 1994) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกชาวอเมริกัน และเอลลิสได้พิมพ์หนังสือเผยแพร่ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1962 คือ Reason and Emotion in Psychotherapy ใช้ชื่อว่า การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Therapy [RET]) การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ของเอลลิส มีลักษณะทางปัญญา (cognitive) เป็นหลัก แต่ก็มีลักษณะทางพฤติกรรม (behavior) และอารมณ์ (emotive) เป็นส่วนประกอบที่สำคัญอยู่ด้วย ต่อมาเอลลิสได้มีการพัฒนาและจัดพิมพ์หนังสือขึ้นใหม่อีกหลายเล่มและได้เปลี่ยนชื่อจากการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (RET) เป็นพฤติกรรม

บำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (REBT) ในปี ค.ศ. 1993 เพื่อย้ำให้เห็นว่า พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีลักษณะทางปัญญา (cognitive) ลักษณะทางพฤติกรรม (behavior) ลักษณะทางอารมณ์ (emotive) ถึงแม้ว่าพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จะได้นำหลักการของการบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญา (Cognitive Behavior Therapy [CBT]) มาใช้ด้วยแต่ก็มีความแตกต่างกัน คือ การบำบัดแบบพฤติกรรมปัญญา มุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาทางพฤติกรรม ในขณะที่พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์นั้นได้มุ่งเน้นที่การแก้ปัญหาทางอารมณ์ที่มากับปัญหาทางพฤติกรรมด้วย (Ellis cited in Dryden, 1996)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีความเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีทั้งเหตุผลและไร้เหตุผลมาตั้งแต่แรกเกิด ความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ซึ่งเป็นระบบความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น (Ellis cited in Dryden, 1996) โดยธรรมชาติของมนุษย์ต้องการปกป้องตนเอง แสวงหา ความรัก ความสุข และต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์จะช่วยให้นมนุษย์ได้เข้าใจตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญหรือโลก และดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคตได้อย่างมีความสุข (Coley, 1996; Neenan, 2000)

2. บทบาทการให้คุณค่าทางความคิด ในกระบวนการคิด ขั้นแรกบุคคลจะรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านสัมผัสทั้งห้าก่อน จากนั้นสมองก็ทำการอธิบายว่าอะไรเกิดขึ้น จึงทำการตัดสินใจว่าสิ่งนั้นมีคุณค่าอย่างไร เป็นด้านบวก ด้านลบ ดีหรือไม่ดี อันตรายหรือไม่อันตราย ซึ่งพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ได้แบ่งกระบวนการคิดเป็น 4 ระดับ (Dryden, 1996) ได้แก่

ระดับที่ 1 ระดับของการบรรยาย (descriptions) เป็นการบรรยายไปตามธรรมชาติของสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มากกระตุ้นโดยปราศจากการแต่งเติม

ระดับที่ 2 ระดับของการอธิบายหรือการแปลความ (interpretation) เป็นการอธิบายเพิ่มเติมมากกว่าในระดับของการบรรยาย แต่ยังไม่ได้มีการตีความ

ระดับที่ 3 ระดับของการอนุมาน (inferences) คือบุคคลจะตีความหรือลงความคิดเห็นต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มากกระตุ้น

ระดับที่ 4 ระดับของการให้คุณค่า (evaluative) เป็นระดับของการประเมินหรือตัดสินต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้นตนเองของบุคคล

จะเห็นได้ว่ากระบวนการคิดในระดับของการให้คุณค่า (evaluative) นี้ที่ปรากฏบทบาทของความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล นั่นคือบุคคลจะนำความเชื่อทั้งที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลมาใช้ในการพิจารณาหรือประเมินคุณค่าต่อเหตุการณ์ที่มากระทบกับตนเอง (Ellis cited in Dryden, 1996)

3. ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและความคิดที่ไร้เหตุผล ความคิดหรือความเชื่อสำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมตามหลักของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ คือความคิดแบบ “ควรจะ” และ “ต้อง” ซึ่งเป็นความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น เอลลิสได้กล่าวว่า อารมณ์ต่าง ๆ เช่น วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปฏิเสธ โมโหอย่างรุนแรง รู้สึกผิด และภาวะวิกลจริตนั้นเริ่มต้นและจะดำเนินต่อไปด้วยระบบความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่ก่อตัวขึ้นมาตั้งแต่ในวัยเด็ก และเอลลิสได้สรุปความเชื่อแบบไร้เหตุผลของบุคคลไว้ 11 ลักษณะ พร้อมทั้งเสนอความเชื่อที่มีเหตุผลขึ้นแทน (Ellis, 1994) ได้แก่

3.1 “บุคคลต้องได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคน” ความคิดนี้ไร้เหตุผลเพราะไม่มีโอกาสเป็นจริงได้ หากยึดมั่นความคิดนี้จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าไม่มีความมั่นคงปลอดภัย

บุคคลที่คิดอย่างมีเหตุผลจะตระหนักว่าบุคคลไม่จำเป็นต้องได้รับความรักและการยอมรับจากทุกคนเสมอไป ดังนั้นบุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ทุ่มเทความสนใจเพื่อให้ได้รับความรักแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะเป็นผู้ให้ความรักและสร้างประโยชน์ให้แก่บุคคลอื่นด้วย

3.2 “บุคคลต้องมีความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบ มีความเหมาะสมและประสบความสำเร็จ” ความคิดเช่นนี้ไร้เหตุผล เพราะจะทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า กลัวความล้มเหลว อาจมีอาการทางโรคประสาทและไม่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้

บุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ยึดมั่นกับความสำเร็จและความเพียบพร้อมสมบูรณ์แบบทุกประการ แต่บุคคลจะทำงานด้วยความมุ่งมั่นอย่างเต็มที่ตามเป้าหมายของตนมากกว่าจะทำให้ดีกว่าคนอื่นและทำงานเพื่อให้เกิดการเรียนรู้มากกว่าเพื่อให้งานนั้นสำเร็จลุล่วงไป

3.3 “บุคคลที่เป็นคนเลว น่ารังเกียจ และชั่วร้าย ควรถูกดำเนินหรือถูกลงโทษ” ความคิดนี้ไร้เหตุผลเนื่องจากไม่มีมาตรฐานที่แท้จริงที่จะประเมินความเลวหรือความชั่วร้ายของบุคคล

บุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ดำเนินหรือลงโทษตนเองหรือผู้อื่น แต่จะพยายามทำความเข้าใจและยุติพฤติกรรมชั่วร้ายนั้น เนื่องจากตระหนักว่ามนุษย์ทุกคนมีข้อบกพร่องและทำผิดพลาด

ได้ จึงไม่มีเหตุผลใดที่จะตำหนิหรือลงโทษตนเองหรือผู้อื่น และเมื่อใดก็ตามที่บุคคลทำผิดพลาด บุคคลจะยอมรับโดยไม่ให้สิ่งนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่าและจะพยายามไม่ให้เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอีก

3.4 “เป็นสิ่งที่เลวร้ายอย่างมากถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่บุคคลต้องการให้เป็น” ความคิดนี้ไร้เหตุผล เนื่องจากการที่บุคคลถือว่าความผิดหวังเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่ตนไม่สามารถทนได้นั้น จะทำให้บุคคลเกิดความเสียใจอย่างรุนแรงและอาจทำให้สถานการณ์นั้นเป็นเรื่องใหญ่และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่

บุคคลที่มีเหตุผลจะไม่ทำให้สถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจนั้นเป็นเรื่องใหญ่ บุคคลจะแก้ไขสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้น แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ บุคคลจะยอมรับกับสถานการณ์นั้นและไม่ถือว่าเป็นสิ่งที่เลวร้ายแต่อย่างใด

3.5 “อารมณ์ไม่เป็นสุขเกิดจากสภาพการณ์ภายนอกตัวบุคคลซึ่งไม่สามารถควบคุมได้” บุคคลที่คิดไร้เหตุผลเช่นนี้จะรู้สึกหงุดหงิด มีอาการฉุนเฉียว ขาดความเป็นตัวของตัวเอง และไม่กล้าที่จะตัดสินใจต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

บุคคลที่มีเหตุผลจะยอมรับว่าอารมณ์ไม่เป็นสุขที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการที่บุคคลเฝ้าบอกกับตนเองถึงความรู้สึกที่มีต่อสภาพการณ์นั้นซึ่งบุคคลสามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ โดยการปรับเปลี่ยนการคิดใหม่

3.6 “บุคคลต้องวิตกกังวลต่อสิ่งที่เป็นอันตรายหรือสิ่งน่ากลัวอยู่เสมอ” ความคิดนี้เป็นความคิดที่ไร้เหตุผลเนื่องจากความวิตกกังวลของบุคคลอาจทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องใหญ่และร้ายแรงกว่าที่เป็นอยู่ และความวิตกกังวลไม่สามารถระงับหรือป้องกันมิให้เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นได้

บุคคลที่มีเหตุผลจะไม่เป็นทุกข์หรือวิตกกังวลต่อสิ่งที่เป็นอันตรายหรือสิ่งที่น่ากลัว เนื่องจากตระหนักว่าความวิตกกังวลอาจทำให้บุคคลรู้สึกกลัวเกินความเป็นจริง ดังนั้นบุคคลจะกล้ากระทำในสิ่งที่รู้สึกกลัว เพื่อพิสูจน์ว่าสิ่งนั้นไม่ได้น่ากลัวอย่างທີ່คิด

3.7 “การหลีกเลี่ยงความยากลำบากและความรับผิดชอบในตนเองเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการเผชิญกับมัน” เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล เนื่องจากบุคคลที่หลีกเลี่ยงงานที่ยากลำบากอยู่เสมอจะทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง

บุคคลที่มีเหตุผลจะตระหนักว่าการเผชิญกับความยากลำบากและความรับผิดชอบในตนเองเป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

3.8 “บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ และต้องมีบุคคลที่เข้มแข็งมากกว่าเป็นที่พึ่ง” ความคิดนี้ไร้เหตุผลเนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นทำให้บุคคลประสบความล้มเหลวในการเรียนรู้ปราศจากความมั่นใจ และนำไปสู่การพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

บุคคลที่มีเหตุผลจะพยายามพึ่งตนเอง มีความรับผิดชอบแต่ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่นถ้ามีความจำเป็น บุคคลตระหนักว่าการเสี่ยงเป็นการกระทำที่มีประโยชน์ และการประสบความสำเร็จล้มเหลวนั้นไม่ใช่สิ่งที่เลวร้ายแต่อย่างใด

3.9 “ประสบการณ์และเหตุการณ์ในอดีตเป็นเครื่องตัดสินพฤติกรรมในปัจจุบัน และอิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตไม่สามารถกำจัดได้” ความคิดนี้ไร้เหตุผลเนื่องจากพฤติกรรมที่ถือว่าสำคัญในอดีตอาจไม่เป็นพฤติกรรมที่สำคัญในปัจจุบันก็ได้ และวิธีการแก้ปัญหาในอดีตจะไม่สัมพันธ์กับวิธีการแก้ปัญหาในปัจจุบัน อิทธิพลของประสบการณ์ในอดีตอาจถูกนำมาเป็นข้ออ้างที่จะไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในปัจจุบัน

บุคคลที่มีเหตุผลจะยอมรับว่าประสบการณ์ในอดีตมีความสำคัญ แต่ก็ตระหนักว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในปัจจุบันได้ โดยการวิเคราะห์อิทธิพลจากอดีตหรือความเชื่อต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เพื่อส่งผลให้พฤติกรรมในปัจจุบันเป็นไปอย่างถูกต้องมากขึ้น

3.10 “บุคคลควรเป็นทุกข์ต่อปัญหาของผู้อื่น” การกังวลกับปัญหาของผู้อื่นมากเกินไป ทั้งที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ เป็นความคิดที่ไร้เหตุผล

บุคคลที่มีเหตุผลจะพยายามช่วยเหลือผู้อื่นถ้าสามารถทำได้ หากไม่สามารถทำได้ บุคคลจะยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและพยายามทำให้ดีที่สุด โดยไม่กังวลหรือเป็นทุกข์กับปัญหาของผู้อื่น

3.11 “ปัญหาทุกอย่างต้องมีหนทางแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์แบบเสมอ” ซึ่งในความเป็นจริงจะไม่มีวิธีแก้ปัญหาที่สมบูรณ์แบบ บุคคลที่ยึดมั่นความคิดที่ไร้เหตุผลเช่นนี้จะนำไปสู่ความวิตกกังวลและความกลัว

บุคคลที่มีเหตุผลจะพยายามหาวิธีแก้ปัญหาที่มีโอกาสเป็นไปได้หลายๆ วิธีและยอมรับวิธีแก้ปัญหาที่ดีที่สุด โดยตระหนักว่าไม่มีวิธีแก้ปัญหาที่สมบูรณ์แบบทุกประการ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เอลลิส (Ellis, 1994) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนี้

4.1 มนุษย์มีทั้งความคิดที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล เมื่อได้ใช้ความคิดที่มีเหตุผล มนุษย์จะมีอารมณ์ พฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นผู้มีความสามารถและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 อารมณ์ที่ไม่เป็นสุขหรือพฤติกรรมของอาการทางโรคประสาท เป็นผลจากความคิดที่ไร้เหตุผล เช่น ความคิดที่ลำเอียง ความคิดที่มีอคติ การยึดมั่นในตนเองสูงมากเกินไป เป็นต้น โดยที่อารมณ์จะเกิดควบคู่ไปกับความคิดอย่างต่อเนื่อง

4.3 ความคิดไร้เหตุผลเกิดจากการเรียนรู้ที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลในอดีต ซึ่งอาจเรียนรู้จากบิดามารดา และการปลูกฝังทางวัฒนธรรม

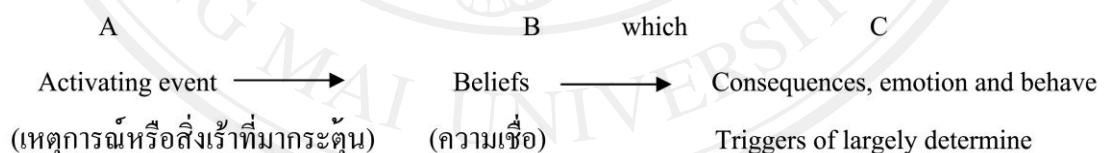
4.4 มนุษย์พูดหรือคิดโดยใช้สัญลักษณ์หรือภาษา การที่พูดหรือคิดอย่างไรให้เหตุผลบ่อยๆ จะเป็นผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน

4.5 อารมณ์ไม่มีความสุขไม่ได้เป็นผลมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ภายนอก แต่เป็นผลมาจากความคิดของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นๆ

4.6 ความคิดที่ว่าตนไร้ความสามารถและนำไปสู่อารมณ์ทางลบนั้นสามารถขจัดให้หมดไป โดยสร้างการรับรู้ ความคิดที่มีเหตุผลขึ้นมาทดแทน

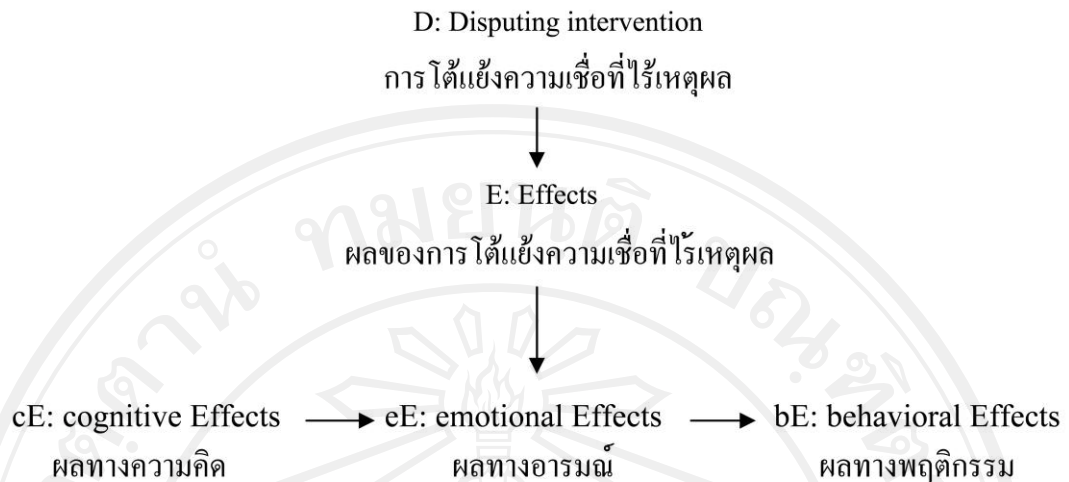
เอลเลียสได้กล่าวว่า มนุษย์มีความคิด มีอารมณ์และกระทำพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นอยู่ตลอดเวลาและตลอดชีวิต ซึ่งความคิด อารมณ์ และการกระทำพฤติกรรมของมนุษย์นั้นมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คือ ความคิดมีอิทธิพลต่ออารมณ์และการกระทำหรือพฤติกรรม อารมณ์มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำหรือพฤติกรรม และในทางกลับกันการกระทำหรือพฤติกรรมก็มีอิทธิพลต่อความคิดและอารมณ์ ดังนั้นถ้าบุคคลสามารถปรับลักษณะใดลักษณะหนึ่งได้ ก็จะทำให้ลักษณะอื่นเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Ellis & Whiteley, 1979)

5. ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (ABC theory) เป็นหัวใจของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ซึ่งเอลเลียส มีความเชื่อว่าอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลเนื่องมาจากความเชื่อที่มีเหตุผล และไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ด้วยรูปแบบการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (ABC theory) (Ellis cited in Dryden, 1996; Ellis, 1994) ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (ABC theory) ที่มา: เอลเลียส (Ellis, 1974, p. 312)

สัญลักษณ์ A (Activating event) คือ เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น สัญลักษณ์ B (Beliefs) คือ ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และสัญลักษณ์ C (Consequences) คือ ผลทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อ อธิบายได้ว่าอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้แก่ (C) จะเป็นผลมาจากความเชื่อทั้งที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลคือ (B) ซึ่งความเชื่อนี้พัฒนาจากความชอบและความปรารถนาต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นซึ่งก็คือ (A) โดยเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ความเชื่อที่มีเหตุผลจะช่วยไม่ให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และในขณะเดียวกันถ้ามีความเชื่อที่ไร้เหตุผลก็จะก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมา



ภาพที่ 2 การคิดแบบ ABCDE ที่มา: เอลลิส (Ellis cited in Ellis & Whiteley, 1979, p.75)

6. การคิดแบบ ABCDE ของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ซึ่งได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของ ABCDE (Ellis cited in Ellis & Whiteley, 1979) ไว้ดังนี้

พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์นั้น ประยุกต์โดยใช้รูปแบบการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC (Activating event: Beliefs: Consequences) (ABC theory) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ A (Activating event) คือ เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น B (Beliefs) คือ ความเชื่อของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และ C (Consequences) คือ อารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดมาจากความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และเอลลิสได้เพิ่มอีก 2 องค์ประกอบ ได้แก่ D (Disputing) คือ การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นและ E (Effects) คือ ผลที่เกิดจากการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งมีด้วยกัน 3 ลักษณะ ได้แก่ ผลทางด้านความคิด (cognitive effects) ผลทางด้านอารมณ์ (emotional effects) และ ผลทางด้านพฤติกรรม (behavioral effects) มีวิธีปฏิบัติคือผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และผู้บำบัดอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลต่อการเกิดอารมณ์และพฤติกรรม พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ตรวจสอบความเชื่อของตนเอง หลังจากนั้นผู้บำบัดแนะนำให้ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไร้เหตุผลเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยการฝึกโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล และฝึกให้ผู้รับการบำบัดมีกระบวนการคิดที่มีเหตุผลโดยมอบหมายการบ้านให้ฝึกคิดวิเคราะห์ ฝึกโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลจากแบบฝึกคิด ABCDE (Activating event: Beliefs: Consequences: Disputing: Effects) จนสามารถพัฒนาความเชื่อที่มีเหตุผลขึ้นมาแทนได้ (Dryden, 1996; Ellis cited in Ellis & Whiteley, 1979; Ellis, 1994; Sharf อ้างใน บัวทอง สว่างโสภากุล, 2545)

วัตถุประสงค์ของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีของเอลลิส (Ellis, 1994) มีวัตถุประสงค์ในการบำบัด คือ

1. ลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยการช่วยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นและฝึกโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล จนเกิดการปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ทำให้ไม่เกิดหรือลดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคตส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในอนาคต โดยผู้บำบัดอธิบายถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาและฝึกทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ของชีวิต

จะเห็นได้ว่าวัตถุประสงค์หลักของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ คือ การลดระดับความรุนแรงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า และเพื่อให้การบำบัดบรรลุตามวัตถุประสงค์ ผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจถึงขั้นตอนในการบำบัดและสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

จากการศึกษาได้มีผู้นำแนวคิดทฤษฎีและขั้นตอนของพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ไปประยุกต์ใช้การบำบัดทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยการบำบัดแบบกลุ่มที่ได้ผลดีที่สุดจะมีจำนวนสมาชิกประมาณ 7 ถึง 9 คน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 90 นาที (Dryden, 1996) และการบำบัดแบบกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ก่อให้เกิดความร่วมมือและเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดมากที่สุด (Ellis, 1994; Dryden, 1996)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 75 นาที กิจกรรมคือ การให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน คือกิจกรรมรู้จักกันและต่อภาพจิ๊กซอว์

ครั้งที่ 2 การศึกษาความแตกต่างระหว่างบุคคล คือขั้นตอนที่ 2 ของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้เวลา 85 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้สมาชิกกลุ่มบอกถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลและการค้นหาสาเหตุที่ทำให้บุคคลแตกต่างกันพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 3 การศึกษาอารมณ์ของมนุษย์ คือขั้นตอนที่ 2 และ 3 ของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้เวลา 85 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้สมาชิกกลุ่มแสดงอารมณ์ตามที่ได้รับมอบหมายและการช่วยกันแยกแยะว่าอารมณ์ใดเป็นอารมณ์ด้านลบและอารมณ์ใดเป็นด้านบวก พร้อมทั้งวิเคราะห์ว่าอารมณ์แต่ละด้านมีผลอย่างไรบ้าง

ครั้งที่ 4 การพิจารณาความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล คือขั้นตอนที่ 4 ของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้เวลา 85 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้สมาชิกวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผลตามสถานการณ์ที่ได้รับ การให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องของความเชื่อที่ไร้เหตุผลตามทฤษฎีพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ของเอลลิส และการมอบหมายการบ้านโดยให้สมาชิกบันทึกเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ไม่เป็นที่พอใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน รวมทั้งความเชื่อ ความรู้สึกและอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์ลงในแบบฟอร์มการบ้านและนำเสนอในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์และผลทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC คือขั้นตอนที่ 4 และ 5 ของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การให้สมาชิกนำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความเชื่อ และผลทางอารมณ์หรือพฤติกรรมโดยใช้แผ่นภาพทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC

ครั้งที่ 6 การวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นที่พึงปรารถนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า คือขั้นตอนที่ 6 ของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้เวลา 75 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การฝึกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความเชื่อ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยใช้การคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC จากสถานการณ์ที่กำหนดให้ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผลโดยใช้แผ่นภาพแบบฝึกคิด ABCDE

ครั้งที่ 7 การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล คือขั้นตอนที่ 7 และ 8 ของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประกอบด้วย การนำเสนองานที่ได้รับมอบหมาย การสรุปเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ไม่เป็นที่พึงปรารถนาพร้อมวิธีแก้ไขของสมาชิกแต่ละคน และการแจกแบบฝึกคิด ABCDE ให้สมาชิกทำเป็นการบ้านโดยฝึกวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์ รวมถึงวิธีการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลและผลที่เกิดจากการโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผลพร้อมทั้งนำเสนอในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 8 การสรุปและปิดกลุ่ม คือขั้นตอนที่ 8 และ 9 ของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมคือ การนำเสนองานที่ได้รับมอบหมายของสมาชิกกลุ่มและ

การสรุปการดำเนินกลุ่มในแต่ละขั้นตอนของการแก้ปัญหาการเกิดอารมณ์ไม่เป็นสุข การสำรวจตัวเองและรายงานความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกแต่ละคนและการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ที่ลดภาวะซึมเศร้าในผู้พิการ ที่พัฒนาโดย หยาซชล หนูหุน (2547) ตามแนวคิดทฤษฎีของ เอลลิส (Ellis, 1994) โดยปรับเปลี่ยนใบงานให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 ถึง 90 นาที วันเว้นวัน ได้แก่

โปรแกรมครั้งที่ 1 คือการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ใช้เวลา 75 นาที กิจกรรมครั้งนี้ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาและโปรแกรม

โปรแกรมครั้งที่ 2 คือ การศึกษาความแตกต่างระหว่างบุคคลใช้เวลา 85 นาที กิจกรรมครั้งนี้ ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาและโปรแกรม

โปรแกรมครั้งที่ 3 คือ การศึกษาอารมณ์ของมนุษย์ ใช้เวลา 85 นาที กิจกรรมเหมือนเดิม ได้มีการปรับสถานการณ์ใบงาน 3/2 “ท่านได้ยินน้องชายคุยกับมารดาว่ารู้สึกอายนเพื่อนที่มีพี่ชายที่ติดสุราและเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช” ซึ่งจากการซักถามสมาชิกในกลุ่มบางคน “บอกว่าถ้าเป็นเมื่อก่อนนะหมอโดนไปแล้วแต่หลังจากที่ได้เข้าโปรแกรมรู้สึกว่าใจมันเย็นขึ้นเสียใจน้อยลง ก็ตอนนั้นเป็นจริงอย่างที่เขาพูด” ซึ่งดูได้จากคำตอบของสมาชิกในกลุ่มอีกหลายคนก็มีความคิดเห็นเช่นเดียวกันและได้มีการปรับเพิ่มเนื้อหาของ เอกสารหมายเลข 3 โดยเพิ่ม ปรับเพิ่มเป็น 7ข้อ ได้แก่ “หากพบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ แล้วอยากหลีกเลี่ยงควรหาทางออกโดยการไม่ไปพึ่งสารเสพติด เช่น สุรา หรือ บุหรี่”

โปรแกรมครั้งที่ 4 คือ การพิจารณาความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล ใช้เวลา 85 นาที กิจกรรมเหมือนเดิม ได้มีการปรับใบงาน ที่ 4 สถานการณ์คือ “สมศักดิ์ เป็นพนักงานของบริษัทแห่งหนึ่งที่มีความสามารถ และกำลังจะได้รับงานชิ้นสำคัญของบริษัท หลังจากที่หัวหน้างานทราบว่าสมศักดิ์เคยเป็นผู้ติดสุราและเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จึงทำให้สมศักดิ์ไม่ได้รับงานชิ้นนี้”

โปรแกรมครั้งที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์และผลทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยการใช้แบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมเหมือนเดิม ได้มีการปรับตัวอย่างเหตุการณ์ คิดอย่างมีเหตุผล ABC คือ A:เหตุการณ์ “ขณะที่ช่วยงานศพอยู่นั้นได้โดนชาวบ้านไล่ออกจากงานเนื่องจากกลัวว่าจะรบกวนงาน” B:ความเชื่อต่อเหตุการณ์ ได้แก่ B:ความเชื่อที่มีเหตุผล “คนที่ดูก็ยังไม่เข้าใจว่าคนติดสุราก็มีความตั้งใจที่จะช่วยงาน” B:ความเชื่อที่ไร้เหตุผล “ไม่ว่าจะพยายามอย่างไรคนทั่วไปก็ไม่ยอมรับคนที่ติดสุรา” C:ผลที่เกิดขึ้น ได้แก่ C:อารมณ์ที่เหมาะสม “เฉยๆ” C:พฤติกรรมที่เหมาะสม “พูดอธิบายถึงความ

ตั้งใจที่จะมาช่วยงานและช่วยงานต่อไป” C:อารมณ์ไม่เหมาะสม “รู้สึกว่าคุณค่า เสรี เสียว” C:พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ “เดินออกจากงาน ซึมเศร้า และเก็บตัวอยู่บ้าน”

โปรแกรมครั้งที่ 6 การวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขเชื่อมโยงไปสู่ภาวะซึมเศร้าใช้เวลา 75 นาที กิจกรรมเหมือนเดิม ได้มีการปรับ ตัวอย่างความคิดอย่างมีเหตุผล D: การความได้แย้งเชื่อที่มีเหตุผล “จริงหรือคนที่เคยดื่มจะต้องดื่มทุกครั้งที่มีการเลี้ยงสุรา, ทุกคนเขายังมีความเชื่อว่าคนติดสุราต้องดื่มทุกครั้งที่เราเห็นสร้างปัญหาวันวายตามมาทุกครั้ง, ที่เขาพูดเพราะกลัวงานจะวันวายมากกว่า” E: ผลของการโต้แย้งความเชื่อที่ไร้เหตุผลได้แก่ E: ผลทางความคิด “คนเราย่อมมีความคิดต่างกัน, ถึงเป็นคนติดสุราก็สามารถควบคุมตนเองไม่ให้ดื่มได้, ถึงเป็นคนติดสุราก็มีน้ำใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่น, ไม่มีประโยชน์อะไรที่จะประชดด้วยการดื่มสุรา” E: ผลทางอารมณ์ “รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น, เสรี เสียวน้อยลงจนไม่มีความรู้สึกเสรี เสียวอีก” E: ผลทางพฤติกรรม “ยิ้มแย้มแจ่มใส ร่าเริง, ไม่แยกตัวเองทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่ดื่มสุรา, อธิบายความตั้งใจที่จะมาช่วยงาน, สามารถช่วยงานได้ต่อไป

โปรแกรมครั้งที่ 7 การโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมครั้งนี้ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาและโปรแกรม

โปรแกรมครั้งที่ 8 การสรุปและปิดกลุ่มของการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมครั้งนี้ ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาและโปรแกรม

ผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ป่วยโรคติดสุราเนื่องจากผู้เสพติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมและมีนับถือตนเองคิดว่าตนเองนั้นด้อยค่ากว่าคนอื่น สำหรับปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดความรับผิดชอบ การตัดสินใจลดลง สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว กลายเป็นคนโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง มีความคิดวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า (เอี่ยมเดือน เนตรเขม, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคติดสุรายังรู้สึกไม่มีความหวังต่ออนาคต เนื่องจากผู้เสพติดสุรา มีการกลับไปดื่มซ้ำได้สูง เนื่องจากการหยุดดื่มสุราตลอดไป หรือหยุดดื่มเป็นระยะเวลานานๆ นั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก และมักล้มเหลวในการรักษา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักหยุดดื่มสุราได้ไม่นานแล้วกลับมาดื่มสุราอีก (สมภาพ เรืองตระกูล, 2543) มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และผลจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุราทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Preuss et al., 2002) จากการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของประเวช ดันดิพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (2542) กล่าวว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายคือ ภาวะ

ซึมเศร้าของการเสพติดสุรา ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 ทำนองเดียวกัน โลว์ และครานซ์เลอร์ (Lowe & Kranzler, 1999) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของปัญหาด้านจิตสังคม และปัญหาด้านสัมพันธภาพ การกลับไปดื่มซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา การต่อต้านด้านการรักษา และที่สำคัญคือ เสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญจากการศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พบว่ามีลักษณะรายงานคล้ายกับของต่างประเทศ กล่าวคือ โรคซึมเศร้าและการเสพติดสุรา เป็นสาเหตุหนึ่งของการตายที่สำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2544) จากการศึกษาของ เบริก และคอนนอร์ส (Barick & Connors, 2002) พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบอย่างรุนแรง และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้เสพติดสุรา หากระดับของภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีคือ ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุรา และลดการกลับไปใช้สุราซ้ำ ถ้าค้นพบภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราตั้งแต่แรกเริ่ม ก็จะทำให้ผู้เสพติดสุราได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่พบร่วมด้วย เมื่อระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง ก็จะส่งผลให้ลดปัญหาการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาดีขึ้น

ภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีความซับซ้อนในการบำบัดรักษา และที่สำคัญมีความเสี่ยงสูงผลกระทบที่ตามมาจะซับซ้อนและรุนแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม หากไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราตั้งแต่แรก ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาลดลง และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงอื่นๆ ตามมา (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) นอกจากนี้ผู้เสพติดสุรายังมีปัญหาด้านการปรับตัวกับสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้คนพิการมีเจตคติในทางลบทำให้เกิดการประมวลเรื่องราวที่บิดเบือนจากความจริง มีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนในทางลบหรือมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลและมีผลทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติ ทางลบต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต ซึ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นว่าพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ น่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้โดยจะเป็นการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมใหม่ ซึ่งมีความเชื่อว่า ความคิด อารมณ์ทางด้านลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เกิดมาจากบุคคลมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ (Ellis, 1994) ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อพิจารณาสาเหตุตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมของเบ็คแล้ว พฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้โดยการช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราค้นหาความเชื่อที่ไร้เหตุผลของตนเองและฝึกโต้แย้งกับความเชื่อเหล่านั้นจนสามารถปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ทำให้ไม่เกิดหรือลดความคิดอัตโนมัติทางลบ

ต่อตนเอง เหตุการณ์ที่เผชิญและอนาคต ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หยาซชล หนูหุน (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการแสดงให้เห็นว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของคนพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะดัดแปลงโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของคนพิการของหยาซชล (2547) เพื่อให้เหมาะสมและสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า บุคลิกภาพอ่อนแอ มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยค่ากว่าคนอื่น ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้ไม่มีความหวังต่ออนาคต และผู้ป่วยโรคจิตสุราจะมีลักษณะการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้สูง เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคจิตสุรามักมีอาการแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พิการไร้สมรรถภาพ การต่อต้านการรักษาและจากผลของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตสุรา ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่า ได้มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าแต่ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคจิตสุราทุกรายและให้การดูแลร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตสุราทั่วไป ซึ่งมีกระบวนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ ที่ลดภาวะซึมเศร้าในผู้พิการ ที่พัฒนาโดย หยาซชล หนูหุน (2547) ตามแนวคิดทฤษฎีของเอลลิส (Ellis, 1994) ซึ่งเป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสุรา ค้นหาความเชื่อที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ซึ่งมีขั้นตอนในการบำบัด คือ การสร้างสัมพันธภาพ การศึกษาความแตกต่างระหว่างบุคคล การศึกษาอารมณ์ของมนุษย์ การพิจารณาถึงความเชื่อที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความเชื่อที่ผู้ป่วยโรคจิตสุรามีต่อเหตุการณ์และผลทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยการคิดแบบทฤษฎีบุคลิกภาพ ABC การวิเคราะห์ถึงความเชื่อที่ไร้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราเกิดอารมณ์ไม่เป็นสุขเชื่อมโยงไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า และการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และผลที่เกิดจากการโต้แย้งกับความเชื่อที่ไร้เหตุผล ได้แก่ ผลทางด้านความคิด ผลทางด้านอารมณ์ และผลทางด้านพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตสุราปรับเปลี่ยนความเชื่อของตนเองให้มีระบบความเชื่อใหม่ที่มีเหตุผลโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง

ที่ทำให้ไม่เกิดหรือลดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและเหตุการณ์ที่เผชิญส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง โดยจะมีการทดลองใช้และปรับ ทั้งด้านเนื้อหา ขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และจะทำการวัดภาวะซึมเศร้าก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ เพื่อดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved