

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของชาวเขาอำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
  - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
  - 1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
  - 1.3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า
  - 1.4 ระดับและอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้า
  - 1.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
  - 1.6 การรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า
2. สถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในอำเภอบ้านโฮ่ง
3. ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของชาวเขา

### แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

#### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ศึกษาความหมายของภาวะซึมเศร้า ไว้หลากหลายพอสรุปได้ ดังนี้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม

ทวี เสรี และคณะ (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการและความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก ท้อแท้ หดหวัง เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า บางคนมีความคิดอยากตาย และอาจฆ่าตัวตายได้ อาการดังกล่าวต้องเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ขึ้นไป และมีผลต่อการดำรงชีวิต

ศิริพร จิรวัดนกุล (2546) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า ความหมาย ดังนี้ 1) เป็นอารมณ์ (mood) และความรู้สึก (feeling) หงอยเหงา เศ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หดหวัง ถือว่าเป็นอารมณ์ตามธรรมชาติที่ปกติ เกิดขึ้นได้กับทุกคนตลอดช่วงชีวิต เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแล้วหายไปในเวลาไม่นาน ในสถานการณ์ที่มีความน่าเศร้าใจ หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น 2) เป็นอาการ (symptom) เป็นการแสดงทางอารมณ์ออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ อาการหงุดหงิด จุกเคี้ยว การนอนผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ ใจลอย หลงๆ ลืมๆ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่อยากพบปะกับใคร มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย เช่น อาการปวดศีรษะ ไม่สบายท้อง ปวดตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และ 3) เป็นอาการเศร้าที่แสดงถึงการเจ็บป่วยทางจิต (disease) เช่น โรคประสาทวิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าและความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติอื่น ๆ

เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ หมายถึง ภาวะแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และร่างกาย โดยจะมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ำหั้นตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

คาร์เรน และคณะ (Karren et al., 2006) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ความหมาย ดังนี้ 1) ความรู้สึกของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากการรบกวนสมดุลของชีวิตในภาวะปกติ การสูญเสียความขัดแย้งหรือการบาดเจ็บ 2) อาการเจ็บป่วยทางกาย หรืออาการข้างเคียงจากการได้รับยา 3) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางคลินิก เป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยา เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทซึ่งไม่ใช่ปฏิกิริยาในภาวะปกติ เกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน มีอาการมากกว่าอารมณ์เศร้าเป็นครั้งคราว มีภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ ศูนย์ความสุขในสมองทำหน้าที่ได้ไม่ดี และศูนย์การลงโทษในสมองทำงานมากเกินไป แม้กระทั่งสิ่งที่ดีก็ทำให้รู้สึกแย่ ทำให้เกิดการรับรู้ที่บิดเบือนทุกสิ่งเหมือนมีแต่ในทางลบ บางครั้งภาวะซึมเศร้าก็เกี่ยวข้องกับการยอมแพ้ต่างๆ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกรับไม่ได้กับปัจจุบันและอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจจะยอมแพ้ต่อชีวิต

ลดกิจกรรมลงเรื่อยๆ ไม่สนใจผู้คน ละทิ้งงานอดิเรก ละทิ้งหน้าที่ เนื่องจากไม่มีความรู้สึกดีและยินดีกับสิ่งใด และ 4) ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากภาวะวิกฤต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้ความหมายของภาวะซึมเศร้าที่หมายถึง กลุ่มอาการหรืออาการที่แสดงที่มีความแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย โดยมีอาการเศร้า ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ คิดว่าตนเองเจ็บป่วย มีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ำห็นตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า มีความคิดในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม และมีความคิดในทางลบต่ออนาคต ท้อแท้ หดหู่ ซึ่งเป็นภาวะซึมเศร้าตามความหมายของเบ็ค (Beck, 1967)

### สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากหลากหลายสาเหตุ ซึ่งมักไม่มีเพียงสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ขึ้นอยู่กับการนำแนวคิดหรือพื้นฐานทฤษฎีมาใช้พิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. พันธุกรรม มีการศึกษาพบว่า ญาติในลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไป 1.5-3 เท่า (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) ถ้าฝาแฝดจากไข่ ใบเดียวกันมีคนใดคนหนึ่งเกิดโรคซึมเศร้าโอกาสที่แฝดอีกคนหนึ่งจะเกิดโรคนี้สูงถึงร้อยละ 70-80 ถ้าเป็นฝาแฝดจากไข่คนละใบหรือพี่น้องทั่วไปที่ไม่ใช่ฝาแฝด โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะพบประมาณร้อยละ 10-25 (Sadock & Sadock, 2000) ปัจจัยทางพันธุกรรม อาจมีผลทำให้ระดับของ monoamine (norepinephrine[NE] / serotonin[5-HT]) ในจุดประสานประสาท (synaptic) ลดลง หรือเพิ่มปฏิกิริยาของแกน HPA (hypothalamic-pituitary-adrenal axis) มีการตอบสนองต่อความเครียด ถ้าไม่มีความเครียดที่รุนแรง แนวโน้มของความผิดปกติทางพันธุกรรมก็ไม่เพียงพอที่จะชักนำให้เกิดอาการซึมเศร้าในทางกลับกันการเผชิญกับความเครียดซ้ำๆ นำไปสู่การฝ่อหรือการทำลายเซลล์ประสาทมากขึ้นเรื่อยๆ ลักษณะพันธุกรรม (genetic traits) สามารถทำให้เกิดความอ่อนแอของเซลล์ประสาท เมื่อเผชิญความเครียดเพียงครั้งแรกก็เพียงพอที่จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (จำลอง ดิษยณิข และพริ้มเพรา ดิษยณิข, 2546)

### 2. ความผิดปกติของชีวเคมี

2.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (abnormal neurotransmitters) มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง ในระยะที่มีอาการซึมเศร้าพบมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของการทำงานของอะเซทิลโคลีน (function deficit) ของอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดพามีน (dopamine[DA]) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine[NE]) และ ซีโรโทนิน

(serotonin[5-HT]) (Bailey, Sauer, & Herrell, 2002) เช่น การลดลงของนอร์อิพิเนฟริน จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่มีความหมายในการมีชีวิตอยู่ ไม่มีพลัง สมาธิและความต้องการทางเพศลดลง และการลดลงของซีโรโทนิน จะทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร หงุดหงิดง่าย การควบคุมตนเองและความต้องการทางเพศลดลง (Vancarolis, 2002) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการเผาผลาญหรือความไว (sensitivity) ของตัวรับ (receptor) ของสารสื่อประสาทดังกล่าวมีความผิดปกติ รวมถึงความผิดปกติของการเผาผลาญของสารสื่อประสาทกลุ่มอื่น เช่น อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดพามีน (dopamine) และกรดอะมิโนแกมมาอะมิโนบูไทริก (gamma aminobutyric acid[GABA]) แล้วส่งผลให้กระบวนการเผาผลาญของสารสื่อประสาท นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) ผิดปกติได้ (สุชาติ พหลภักย์, 2542)

2.2 ความผิดปกติของฮอร์โมน จากการศึกษพบว่า การเพิ่มขึ้นของกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สารกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) เช่น คอร์ติซอล (cortisol) จากต่อมหมวกไต (adrenal gland) มีหน้าที่ส่งเสริมการใช้พลังงาน เพื่อเตรียมอินทรีย์ให้พร้อมที่จะจัดการกับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ในการตอบสนองแบบ “สู้-หรือ-หนี” (fight or flight response) (จำลอง ดิษยณิษ และพริ้มเพรา ดิษยณิษ, 2547) พบว่าการที่ระดับคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น (hypercortisolism) อาจเป็นผลจากความเครียดหรือผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมไม่ดีบางอย่าง เช่น การขาดออกซิเจน การขาดเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สิ่งเป็นพิษต่อต่อประสาท การติดเชื้อไวรัส เป็นต้น ทำให้เกิดความผิดปกติบริเวณฮิปโปแคมปัส (hippocampus) คือ การยับยั้งการสร้างเซลล์ประสาท (neurogenesis) ทำให้เกิดการฝ่อของเซลล์ (cellular atrophy) ทำให้ปริมาณของสมองส่วนนี้ลดลง ผลที่ตามมาคือความบกพร่องเกี่ยวกับการรู้ (cognitive deficits) ของภาวะซึมเศร้า (Sapolsky, 2001)

### 3. สาเหตุด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีทฤษฎีที่ได้อธิบายถึงสาเหตุด้านจิตใจที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

3.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) กล่าวถึงความซึมเศร้าเป็นภาวะหมดหวังไร้ที่พึ่งพิง ไร้อำนาจ ซึ่งเกิดภายหลังการเจ็บป่วย การล้มเหลวหรือโคดเดียว โดยทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญขององค์ประกอบภายในที่กระตุ้นให้เกิดความซึมเศร้าตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิตของบุคคล ทั้งการแสดงออก ผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ตลอดจนความขัดแย้งต่างๆ ที่เป็นเหตุของความไม่สมหวังในชีวิต ซิกมอนด์ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ได้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งที่ตนรักหรือคนพอใจ (loss of love object) ที่เกิดขึ้นในขวบปีแรกของชีวิต (oral stage) และบุคคลจะเก็บกดไว้ในจิตใต้สำนึก (unconscious) เป็นความสูญเสียที่ไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งเป็น

แรงผลักดันให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและมีแนวโน้มที่จะใช้กลไกทางจิตชนิคกล่าวโทษตัวเอง (introjection) หรือระบายความโกรธเข้าสู่ตัวเอง (anger tuned inward) เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือความไม่สบายใจต่างๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

3.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง (learned helplessness theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกท้อแท้หนทาง และจากการเรียนรู้หลายๆ ครั้งว่า การดิ้นรนไม่เกิดประโยชน์ จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่ขุ่นเคือง ไม่เป็นปรีchy คำหิตตนเองอยู่เสมอ ซึ่งได้ทำการทดลองในสุนัขโดยใช้การช็อกด้วยกระแสไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง สุนัขไม่มีทางหนีพ้นได้ไม่ว่าจะพยายามหลีกเลี่ยงไปที่ไหน ผลสุดท้ายสุนัขจะเลิกความพยายามดังกล่าวและเกิดมีปฏิกิริยาที่เรียกว่า ความปราศจากการช่วยเหลือ หรือความท้ออาลัย (helplessness) เกิดความรู้สึกว่าสิ้นหวัง หดคาลังใจและทำอะไรต่อไปไม่ได้ เชื่อว่าทฤษฎีของความปราศจากการช่วยเหลือที่เกิดจากการเรียนรู้ มีส่วนสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมนุษย์ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลายคนเคยผ่านเคยเผชิญกับเหตุการณ์เลวร้ายทำนองเดียวกัน จนขาดคาลังใจและจิตใจที่จะต่อสู้ต่อไปอีก ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและความหมาย รวมทั้งความภูมิใจแห่งตนที่ลดลง (low self-esteem) (Seligman et al, 1968)

3.3 ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (reduced positive reinforcement) ของเลวินสัน (Lewinsohn as cited in Dobson & Jackman-Cram, 1996) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) และการมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวได้ และเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบในชีวิตยังทำให้บุคคลลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลลดการตระหนักรู้ในตนเอง (self awareness) และมุ่งเน้นที่ตนเอง (focus on the self) เพิ่มการจับผิดตนเอง (self-criticism) มากขึ้น และคาดหวังอนาคตในทางลบ (negative expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ กังวลใจ (dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (Garber, 2000)

3.4 ทฤษฎีทางปัญญา (cognitive theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา (Beck, 1967) กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปรผลสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย ตามความเชื่อพื้นฐานทางทฤษฎีนี้ จึงทำให้เกิดข้อเสนอในการแก้ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่กระบวนการทางปัญญา โดยการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง จึงจะส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนตามมา ดังนั้นพฤติกรรมของคนจึงแตกต่างกัน แม้จะ

ได้รับสิ่งเร้าเดียวกัน เนื่องจากบุคคลมีโครงสร้างทางปัญญาที่มีความสลับซับซ้อนและมีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามโครงสร้างทางความคิดที่แตกต่างกัน ซึ่งโครงสร้างทางความคิดจะเป็นตัวจัดการกระทำกับสถานการณ์ต่างๆ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบนั้นได้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ยังผลให้บุคคลมีพฤติกรรมได้ตอบสนองสิ่งเร้าที่เหมือนกันและแตกต่างกันได้

จากทฤษฎีปัญญานิยม เบ็ค (Beck, 1967) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) โครงสร้างความคิด (schema) และความคิดที่บิดเบือน (cognitive error or faulty information processing) ดังนี้

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (cognitive triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณาตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือนไป คือ การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่องไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่างๆ ขึ้น โดยคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง การมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกทางลบ ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะแปรการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัวจะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด เป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกของการถูกละทิ้ง และการมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด และมีมุมมองต่ออนาคตว่าชีวิตจะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้คุณค่าของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (schema) โครงสร้างทางความคิดแบ่งออกเป็น การแปรความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะปรับเปลี่ยนได้ดีหรือบิดเบือน (adaption-maladaption) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นลักษณะเฉพาะตัว สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (idiosyncratic) เช่น โครงสร้างทางความคิดจะแอบแฝงอยู่ในบุคคลแต่จะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด (Beck et al., 1979)

3. ความคิดที่บิดเบือน (cognitive errors) เบ็คและคณะ (Beck et al., 1979) ได้แบ่งลักษณะความคิดที่บิดเบือน ดังนี้คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการของรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงต้นชีวิตของบุคคล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีโครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปจะถูกกระตุ้นได้เมื่อบุคคลนั้นประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปนี้จะทำให้มีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบอย่างเป็นระบบ และเป็นความคิดที่บิดเบือนไปโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้หรือเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรอย่างนี้เรื่อยไป (Beck, 1967; Beck et al., 1979)

4. เหตุการณ์ชีวิตและความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีหนึ่งที่พยายามอธิบายว่าความเครียดที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะซึมเศร้าระยะแรก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ถาวรและยาวนานภายในสมอง ปรัชญาการณเช่นนี้ มีผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสารส่งผ่านประสาท และระบบสัญญาณภายในเซลล์ประสาท การเปลี่ยนแปลงในลักษณะดังกล่าวยังรวมไปถึงการสูญเสียเซลล์ประสาทและการลดลงอย่างมากของการสัมผัสที่จุดประสานประสาท (synaptic contacts) (Marek & Duman, 2002) มีหลักฐานชัดเจนที่แสดงว่าเหตุการณ์ชีวิตมีบทบาทสำคัญในภาวะซึมเศร้าคือการสูญเสียพ่อหรือแม่ก่อนอายุ 11 ขวบ การเผชิญกับความเครียดซ้ำๆ สามารถนำไปสู่การฝ่อหรือการทำลายของเซลล์ประสาทมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546) และพบว่าเหตุการณ์ชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือการตายของกลุ่มสมรส ปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น ได้แก่ การว่างงาน คนที่ตกงานมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากกว่าคนที่มียานทำงานถึงสามเท่า (Holmes & Rahe, 1967) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพียงเล็กน้อยสำหรับบางคน แต่กับอีกคนกลายเป็นเรื่องที่รุนแรง และยังไปกระตุ้นปัญหาหรือความขัดแย้งเดิมในจิตใจได้อีกด้วย ดังนั้นการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

จึงแตกต่างกันไปในแต่ละคน และสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างเดียวกัน คนหนึ่งมองว่าไม่มีผลกระทบเท่าใด แต่สำหรับอีกคนหนึ่งกลับมีความสำคัญทางจิตใจอย่างรุนแรง (จำลอง ดิษยวิช และพริ้มเพรา ดิษยวิช, 2545)

นอกจากสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าดังกล่าวมาข้างต้นที่อาจเกี่ยวข้องกับชาวเขาจากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบมีอีกหลายสาเหตุ และหลายปัจจัยที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของชาวเขา อาจมาน้อยแตกต่างกันไป แต่มีปัจจัยที่ผู้ศึกษาสนใจศึกษา คือปัจจัยส่วนบุคคลของชาวเขา ว่ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นหรือไม่อย่างไร

### ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ การเจ็บป่วย และลักษณะครอบครัว พอสรุปได้ดังนี้

1. เพศ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของเบ็ค กล่าวถึง เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนภาวะซึมเศร้า ( $r=.18$ ) มีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Beck, 1967) และแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย จากการศึกษางานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า พบว่าโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าชาย (Kuehner, 2003) ซึ่งพบอุบัติการณ์ในผู้หญิงประมาณ 2 เท่าของผู้ชาย (Vikram, 2005) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของโรคซึมเศร้า ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1.6 ต่อ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาลและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553) ศึกษาการปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า องค์การอนามัยโลก กล่าวว่าเพศมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน (WHO, 2002) ซึ่งเกิดจากความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งที่เรียนรู้ ถ่ายทอดผ่านกระบวนการเรียนรู้ และขัดเกลาทางสังคม (social construction) และ มีความแตกต่างในแต่ละสังคมขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การศึกษา ชนชั้น (Piccinell & Wikinson, 2000) ซึ่งความแตกต่างของการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงและชาย อาจจะเป็นผลมาจาก ความค่านิยม ความเชื่อของผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มจะรายงานอาการไม่สบายทางกายแสดงออกทางอารมณ์ชัดกว่า รวมถึงมาใช้บริการดูแลรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ขณะที่สังคมคาดหวังต่อความเป็นชาย

ว่าต้องเข้มแข็ง อดทน อดกลั้น ไม่แสดงความอ่อนไหว ร้องไห้ออกมาให้คนเห็น ทำให้ผู้ชายไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ หรือยอมรับว่าตนเองมีปัญหา (Loewenthai et al, 2002) หรืออาจจะเป็นผลเนื่องมาจาก ผู้หญิงต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในชีวิต การทำงานบ้าน การหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การตั้งครร์ก การให้กำเนิดบุตร การเลี้ยงดูบุตร และต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว หรืออาจเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของระดับเอสโตรเจน (estrogen) ในระหว่างมีรอบเดือน การตั้งครร์ก และวัยใกล้หมดประจำเดือน จะมีผลต่อภาวะอารมณ์ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสิขจิ, 2549) และผู้หญิงมีแนวโน้มในการพึ่งพาค่อนข้างสูง ฉะนั้นเมื่อสัมผัสกับสภาพถูกรบกวนหรือได้รับการตำหนิ จะรู้สึกมีคุณค่าตนเองต่ำ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller, 1998) ซึ่งการศึกษาความแตกต่างในด้านเพศในการเกิดปัญหาสุขภาพจะนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่เท่าเทียมและเป็นธรรมระหว่างเพศหญิงและชาย (Piccinell & Wikinson, 2000)

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของเบ็ค (Beck, 1967) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ชั่วขณะหนึ่ง (moment correlation) กล่าวคือ ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ มักพบในวัยกลางคน หรือวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ มากกว่าวัยอื่นๆ จากการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้มีอายุระหว่าง 30-39 ปี 40-49 ปี 50-59 ปี 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80-89 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 0.71, 1.51, 2.45, 2.84, 3.72 และ 4.93 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้มีอายุ 20-29 ปี แสดงให้เห็นว่าอายุที่สูงขึ้นมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Stordal, Mykletun, & Dahl, 2003) นักจิตวิทยาได้แบ่งพัฒนาการของมนุษย์ตามวัย (สุชา จันทรเฒ, 2540) วัยรุ่น (ช่วงอายุ 15-19 ปี) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายมาก มีพลังมาก มีความกระตือรือร้น ตัดสินใจเร็วแต่ไม่รอบคอบ มีความคิดสร้างสรรค์ ชอบทดลอง ต้องการความเป็นอิสระและพึ่งตนเอง และต้องการการยอมรับจากสังคม จากการศึกษาเพื่อทดสอบทฤษฎีของอิริคสันต่อช่วงวิกฤตของการเปลี่ยนแปลงต่อการค้นหาเอกลักษณ์แห่งตนในวัยรุ่น พบว่าหากวัยรุ่นไม่สามารถค้นหาเอกลักษณ์แห่งตนในระยะนี้ได้แล้วจะทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสน ไม่มีบุคลิกภาพเฉพาะตัว ขาดความมั่นใจในตนเอง ความคิดในการมองตนเองบกพร่องไป อารมณ์แปรปรวน เกิดอารมณ์ซึมเศร้า กระบวนการตัดสินใจบกพร่อง และยังเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาอื่นอีกมากมายตามมา (Kidwell et al., 1995) วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ช่วงอายุ 20-40 ปี) เป็นวัยที่เริ่มวางแผนชีวิตให้กับตนเอง เริ่มคิดถึงทางเลือกอาชีพ การสร้างฐานะ การเลือกคู่ครอง วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (ช่วงอายุ 40-60 ปี) ต่อมาเพศทำการผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หงุดหงิดง่าย สมาธิสั้น ซึมเศร้า หดหู่ ควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง สมรรถภาพการทำงานลดน้อยลง อาจเกิดจากการเบื่อหน่ายในงานที่ซ้ำซากจำเจ วัยผู้ใหญ่

ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีการสะสมความรับผิดชอบที่มากขึ้น ต้องสร้างรากฐานของชีวิต ความคาดหวังต่อการมีครอบครัวที่อบอุ่น การมีรายได้สูงและมั่นคง เกิดสะสมเป็นความเครียด (พูนศรี รังสีจิ, 2549) การเกิดภาวะซึมเศร้าในครั้งแรกนั้น มักจะเกิดหลังจากประสบเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และจะไม่เกิดรุนแรงทันทีทันใด โดยทั่วไปอาการซึมเศร้าจะค่อยๆ เพิ่มความรุนแรง ทำให้พบผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือเกิดโรคซึมเศร้าในวัยที่มีอายุสูงขึ้น (Kessler, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของจำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2546) พบว่าการเผชิญกับความเครียดซ้ำๆ สามารถนำไปสู่การฝ่อหรือการทำลายของเซลล์ประสาทมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยสูงอายุ (ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป) ถือเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย บทบาททางสังคมถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวย ถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านลำพัง หรือเป็นภาระให้คนใกล้ชิด บางรายสูญเสียคนที่รักและใกล้ชิด บางรายอาจไม่ได้รับการเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหนื่อยใจง่าย สิ้นหวัง หงุดหงิดง่าย เครียด จีบ่น เป็นต้น

3. สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่ง สถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่แสดงถึงการสนับสนุนระดับประคอง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) วิกีพีเดีย (Wikipedia, 2008) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความปรารถนาดี การเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การแบ่งปันประสบการณ์ และการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ช่วยลดการเกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า จากการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับสถานสมรส (Glidden & Schoolcraft, 2003) และผลการศึกษาในประเทศอังกฤษเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่าสถานสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (White & Hastings, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา ทองเถาว์ และคณะ (2552) ศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าสถานสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาในประเทศสวีเดนเกี่ยวกับพื้นฐานความเชื่อสาเหตุของโรคซึมเศร้า พบว่าการประสบปัญหาเกี่ยวกับสมรสเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 56.6 (Lauber, Falcato, Nordt, & Rossler, 2003) และจากการศึกษาของ พิเชษฐ์ อดมรัตน์, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, และมาโนช หล่อตระกูล (2550) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี 2549 พบว่าปัจจัยเสี่ยงการเลิกกับคนรักหรือสามี หรือภรรยา ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า 6.65 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ, (2547) กล่าวว่าชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน มีหลายสิ่งหลายอย่างเกิดขึ้น ทั้งภาระหน้าที่ ความตึงเครียด ความสุขและความทุกข์

สถานภาพสมรสต่างๆ ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสด้วย และระยะเวลาที่อยู่ด้วยกันมีผลกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือในช่วง 5 ปีแรกของการแต่งงาน จะเป็นช่วงของการปรับตัว ให้อภัยกันและกัน มีความอดทนเพราะต่างก็มองว่าเป็นช่วงที่ต้องปรับตัว แต่หลังจาก 5 ปีไปแล้ว จะเป็นการอยู่แบบพึงพากันและเริ่มมีความคาดหวังจากกันและกันมากขึ้น ประกอบกับภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้น เกิดการสะสมเป็นความเครียด ในช่วงหลังของชีวิตสมรส จึงพบอัตราโรคซึมเศร้าสูงในคู่สมรสที่อยู่กันมานาน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ประกอบกับ ค่านิยมของสังคมไทยควรเป็นการแต่งงานครั้งเดียว การหย่าร้างหมายถึงความล้มเหลวของชีวิต ในบางรายพบว่าแม้จะไม่หย่าร้างแต่ก็ยังอยู่กันด้วยความรู้สึกทั้งรักและเบียดเบียน ต้องพึ่งพิงกันเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร รวมถึงบทบาททางสังคม จึงนำมาสู่ความเครียดและเกิดความรู้สึกซึมเศร้า (พูนศรี รังสิขจิและคณะ, 2549)

4. ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวชี้บ่งสถานะทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำเนินคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง จากการศึกษาของเจษฎา ทองเถาว์ และคณะ (2552). ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ที่จบปริญญาตรีมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่จบปริญญาโท คือ ร้อยละ 35.1 และ ร้อยละ 21.5 ตามลำดับ ซึ่งชาญกัญญา ดันดีลีปกร (2547) กล่าวว่า การศึกษาดำเนินจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่ไม่ดี เกิดความไม่มั่นคงในงาน ขาดสวัสดิการหรือรายได้ที่แน่นอน ที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins as cited in Jalowice & Power, 1986) ระดับการศึกษามีผลต่อสภาวะทางอารมณ์เพราะการศึกษาสูงจะมีส่วนช่วยให้มีแนวทางการคิดแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น แต่ในบางการศึกษากลับพบโรคซึมเศร้าในคนที่มีการศึกษาสูง เช่น การศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยที่ติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ของพูนศรี รังสิขจิและคณะ (2549) อธิบายว่าจากมีความกดดันจากการถูกคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ถูกมองจากครอบครัว จึงทำให้เกิดความเครียดและเป็นโรคซึมเศร้า

5. รายได้ หลายการศึกษา พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า บทบาทของการทำงาน เป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ คงอยู่และประสานกัน การมีอาชีพทำให้เป็นที่ยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว ดังนั้นเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว บุคคลอาจจะต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก อาจจะต้องสละสิ่งหนึ่ง เพื่อให้ได้มาเพื่อสิ่งหนึ่ง เช่น อาจจะต้องทนทำงานหนัก และนำเบือ เพื่อให้มีรายได้

เพียงพอสำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัว (Miller, Smith & Larry, 1993) รายได้ เป็นปัจจัยที่ช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และการดำรงชีวิตประจำวันให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น เป็นที่ยอมรับของสังคม ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะทำให้การดำรงชีวิตในสังคมดำเนินไปด้วยความยากลำบาก ขาดแคลนโอกาสในด้านต่างๆ เช่น การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งชาติ, 2551) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2545) กล่าวว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหการเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และ ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของครอบครัว ทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติที่ลดลง จากการศึกษาของ วรณภา ด้านธนวานิช (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่ารายได้ของครอบครัวที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของพูนศรี รังสิขจิ และคณะ (2549) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ อธิบายว่าการมีรายได้สูงและความมั่นคงจะช่วยลดความเครียดต่อปัญหาเศรษฐกิจได้ และจากการ ศึกษาของธรรณิทธิ์ กองสุข และคณะ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549 พบว่าการมีปัญหานักทางการเงินมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

6. การเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่าการเจ็บป่วยส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ความเครียดจากสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า (นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, 2548) เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้บุคคลรู้สึกกังวล ไม่แน่ใจ หวาดกลัว รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่คนอื่น รู้สึกท้อแท้ พ่ายแพ้ สูญเสียและหมดหวัง (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และดาวชมพู พัฒนประภาพพันธุ์, 2548) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สภาพของโรค การกำเริบบ่อย อาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีพยาธิสภาพเสื่อมถอยลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง จะมีผลกระทบต่อนิสัยของตนเอง รู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำตนเอง อีกทั้งทำให้รู้สึกโกรธ เมื่อไม่ได้ดังใจหรือไม่พึงพอใจ และไม่ภาคภูมิใจในตนเองจากสมรรถภาพที่ลดลง นำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ประกอบกับการที่ต้องเข้ารับการรักษาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ในการวางแผนชีวิตตนเอง และครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติภารกิจดูแลตนเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ บางรายอยู่ในโรงพยาบาลนาน จะยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง (ชัชเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของพิเชษฐ์ อุดมรัตน์ (2550) ศึกษา

เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี 2549 พบว่าการมีโรคประจำตัวรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 4.13 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง และจากการศึกษาของ ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2547) ศึกษาระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้ของไทย พบว่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างต่ำ ( $r=.36$ ) แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง อธิบายว่า บุคคลที่มีความรู้สึกว่าความเจ็บป่วยอยู่มีความรุนแรงทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่แน่ใจและไม่มั่นใจต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รู้สึกว่าเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่น่าแน่นอน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของลีคอฟ เคลียร์ และเวสเทิล (Leakoff, Cleary & Wetle, 1987) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการประเมินหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าอยู่ในสภาพที่แย่มากหรือไม่ดีกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเบ็ค (Beck, 1967) อธิบายว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย หรือความผิดปกติที่กระตุ้นให้เกิดความความคิดเกี่ยวกับความเสื่อมทางกายและความตาย เป็นสถานการณ์ในชีวิตที่บุคคลแปลความว่าเป็นภาวะวิกฤต เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาความคิดในทางลบอย่างเหนียวแน่น ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

7. ลักษณะครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน ครอบครัวจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาที่ไปเกี่ยวข้องได้ดี สมาชิกมีหน้าที่หลัก คือ การให้ความรัก ความอบอุ่นแก่กัน อีกทั้งจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่องและเห็นคุณค่า จึงเกิดพลังแรงใจให้สามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย (ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547) การที่บุคคลขาดการติดต่อครอบครัว หรือจากครอบครัวเป็นเวลานาน จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง และเมื่อต้องเผชิญความเครียดตามลำพัง ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ (พัชรี พรหมทับ, 2551) จากการศึกษาของพิมพ์พร สุขเสถียร และมานิช หล่อตระกูล (2552) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตสมรสของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตสมรส คือ ความช่วยเหลือจากคนอื่นในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของโคนิคและคณะ (Koenig et al, 1993) พบว่า เมื่อใดที่บุคคลไม่ได้รับความรัก ไม่ได้ความเอาใจใส่ ไม่ได้รับการยอมรับในบทบาทเดิม ขาดการปลอบโยนหรือผู้คอยให้กำลังใจ ขาดคนคอยปรับทุกข์หรือบอกความคับข้องใจต่างๆ จะทำให้เกิดความรู้สึกเหงา อ้างว้าง ขาดที่พึ่งรู้สึก รู้สึกคล้ายกับอยู่คนเดียวในโลก มีอาการเหม่อลอย ว้าวุ่นและซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรม มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าของชาวเขาดังกล่าวข้างต้น และจากสถิติของผู้ป่วยที่มีอาการทางกายที่อาจแสดงถึงเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้านั้นไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นสาเหตุร่วมกันของปัจจัยต่างๆ แต่ปัจจัยที่น่าสนใจศึกษา และมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเจ็บป่วย และลักษณะครอบครัว เนื่องจากเป็นปัจจัยของบุคคล ตามบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถจัดรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องหรือทำการปรับแก้ได้ง่ายกว่าปัจจัยภายนอกอื่นๆ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าของชาวเขา และปัจจัยส่วนบุคคล ว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชาวเขา หรือไม่อย่างไร เพื่อนำความรู้ที่ได้มาวางแผนในการค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่เริ่มแรก ไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงและเรื้อรัง เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดระบบรองรับ และดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ให้สอดคล้องกับปัญหาพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์

#### ระดับและอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักมีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความแปรปรวนด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งได้ เป็น 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม และแบ่งภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้ (Beck,1967)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ เป็นภาวะความคิด ความรู้สึกของคนทั่วไป ที่มีอารมณ์ไม่รู้สึกเศร้า ไม่ได้มองโลกในแง่ร้าย หรือไม่ท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต ไม่รู้สึกล้มเหลวในชีวิต มีความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ไม่รู้สึกผิดหรือรู้สึกว่าตนเองถูกลดโทษ ไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง ไม่ได้คิดว่าตนเองเลวกว่าคนอื่นๆ ไม่มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ไม่ได้ร้องไห้มากกว่าคนปกติ ไม่รู้สึกหงุดหงิดง่าย มีความสนใจในคนอื่น ตัดสินใจได้ดี ไม่รู้สึกว่าตนเองไม่น่ามอง มีความสามารถทำงานได้ดี นอนหลับได้ดี ไม่รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ รับประทานอาหารได้ดี น้ำหนักตัวไม่ได้ลดลง ไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และไม่ได้เปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ด้านความคิด คิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น คิดว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นความผิดตัวเอง รู้สึกเกินกว่าเหตุ มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจภาพลักษณ์ของตัวเอง ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ รู้สึกผิดหวังในตัวเอง สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ด้านแรงจูงใจ ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผัดผ่อนการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย และด้านร่างกายและพฤติกรรม มีความอยากอาหารลดลง นอนหลับยาก ความต้องการทางเพศลดลง หนึ่งอย่าง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ด้านความคิด มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตัวเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตนหรือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตัดสินใจไม่ได้ แม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น การเลือกเสื้อผ้าใส่ วิตกกังวลว่าร่างกายจะผิดปกติทั้งที่ยังไม่มีอาการใดเกิดขึ้น ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มักมีอาการรุนแรงที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า ตูถูกตัวเอง เบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ด้านแรงจูงใจ ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ยังสามารถบังคับตัวเองหรือได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่นให้ทำได้ รู้สึกจำเป็นที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ต้องการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม มีความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามฆ่าตัวตายและด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่อยากรับประทานอาหาร บางครั้งลืมรับประทานอาหาร ไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนเพลียตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า หนึ่งอย่าง ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ด้านความคิด มีความคิดด้วยคุณค่า เช่น เป็นคนไร้ค่า เป็นที่รังเกียจของสังคม เป็นคนไม่ดี สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจอะไรไม่ได้ คิดว่าร่างกายผิดปกติ ด้านอารมณ์ มักมีอาการเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ไม่สนใจตน ด้านแรงจูงใจ หหมดแรงจูงใจที่จะกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิดแม้จะได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่น ต้องการการดูแลจากผู้อื่นทุกอย่าง รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ และด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด ตื่นนอนแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำกิจกรรมใดๆ ได้

ระดับและอาการของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา พบว่า ยิ่งบุคคลมีความคิดทางลบและบิดเบือนความจริงมากเท่าใด บุคคลมีโอกาสดังภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น ส่งผลให้บุคคลพัฒนาความคิดและพฤติกรรมถอยห่างจากความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น และสนับสนุนให้บุคคลมีความคิด

ในทางลบและบิดเบือนความจริงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง รู้สึกหมดกำลังใจมากขึ้น รู้สึกเศร้าหมอง สมาธิลดลง ดำเนินตนเองสูง มีแม้กระทั่งความคิดทางลบต่ออาการซึมเศร้าของตนเอง เป็นวงจรส่งเสริมให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น (Beck, 1995)

### การประเมินภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แบ่งตามเป้าหมายในการประเมิน เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ พอสรุปได้ ดังนี้

1. เป้าหมายเพื่อคัดกรองผู้ที่อยู่ในชุมชน เครื่องมือจะต้องใช้ง่าย สะดวก ประหยัด ค่าใช้จ่าย ใช้เวลาน้อย ใช้ได้กับคนจำนวนมากๆ เครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการคัดกรองที่รู้จักกันแพร่หลาย ได้แก่

1.1 แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiology Studies – Depression Scale [CES – D]) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ, วิจิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) ได้นำมาประเมินความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด (Cognitive beliefs) อารมณ์ความรู้สึก (Affect feeling) พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Somatic disturbance) ใช้เวลาในการตอบ 10-15 นาที เครื่องมือนี้มีความแม่นยำในการวัดสูงเหมาะสมที่สุดในการนำไปคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นก่อน หรือหลังการเจ็บป่วย ไม่สามารถบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.53

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI-IA]) ได้รับการแปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนลีหา, 2536) ทดลองกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale [SDS]) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยนันทิกา ทิวาชาติ และคณะ (2533) ประเมินด้านความสมดุลด้านอารมณ์ (Affect disturbance) ด้านร่างกาย (Physiology disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (Psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological disturbance) ค่าความเชื่อมั่นหรือความตรงของเครื่องมือ ใช้เวลาในการตอบ 10-15 นาที ข้อดี คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.73

1.4 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย (Health-Related Self-Reported [HRSR] Scale : The diagnostic Screening Test for Depression in Thai population) ได้รับการแปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยดวงใจ กษานติกุล และคณะ (2540) แยกเป็นอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทางความคิด และทางอารมณ์ มีข้อคำถามที่เป็นด้านบวก 3 ข้อ เพื่อช่วยแยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ข้อจำกัด คือผู้นำไปใช้ควรนำหลักการให้คำปรึกษาเบื้องต้นมากับผู้ตอบ มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.92

1.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของไทย (Thai Depression Inventory [TDI]) พัฒนาโดยมานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2542) เพื่อประเมินความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ข้อดี คือสะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้เวลาสั้น ไม่มีข้อแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม และมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

1.6 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับคนไทยในชุมชน (KhonKaen University Depression Inventory [KKU – DI]) พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2549) ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของคนไทยอีสานทั้งในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.8

1.7 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) แปลเป็นภาษาไทย เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า โดย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) และพัฒนาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ โดยคณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negativewill) การเคลื่อนไหว ด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognitive) และการแยกตัว (Isolation) บอกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ ข้อดี คือ สะดวกแก่การนำไปใช้และเข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้น ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถนำไปใช้ประเมินผู้ที่มีความบกพร่องในการรู้คิด อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน บกพร่องด้านสติปัญญาและการรับรู้ มีความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.85

1.8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ (Depression Screening Test) พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบคัดกรองมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) mood component 2) cognitive behavior component 3) somatic component มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ข้อดี ใช้เวลาคำถามประมาณ 5 นาที ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกความถี่หรือความรุนแรงของอาการแต่ละข้อ ใช้ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ยังมีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้รับการพัฒนาสำหรับคนไทยโดยเฉพาะ ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (General Health Questionnaires [GHQ]), แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับและแบบวัดสุขภาพจิต (Symtoms Check List [SCL – 90]) และ แบบประเมินภาวะ

วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Screen [HAD]) ซึ่งมีหลายมิติหรือหลายกลุ่มอาการ แต่มีอยู่หนึ่งมิติที่ประเมินภาวะซึมเศร้า

2. เป้าหมายเพื่อการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เครื่องมือการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่เป็นที่ยอมรับกัน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วพยาบาลไม่มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรค นอกจากว่าในบางพื้นที่ที่ไม่มีแพทย์หรือแพทย์มีเวลาน้อย ไม่มีเวลาที่จะสัมภาษณ์และพูดคุยกับผู้ป่วยได้เวลานานๆ พยาบาลอาจจำเป็นต้องทำการประเมินเบื้องต้น เพื่อรายงานข้อมูลให้แพทย์ทำการวินิจฉัยและสั่งการรักษาต่อไป เครื่องมือที่เป็นที่รู้จักทั่วไปและมีการใช้บ่อย ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโรค สำหรับการวินิจฉัยโรคในระบบ ICD 10 (Structured Clinical Interview for DSM IV [SCID- IV])

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช (Mini Interview Neuropsychiatric Interview [M.I.N.I]) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์อย่างสั้นเพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวช ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใดบ้าง ได้ระบุกรอบระยะเวลาชัดเจน เช่น กำลังป่วยอยู่ (current) หรือเคยป่วยในอดีต (past) หรือ เป็นการเจ็บป่วยในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา (lifetime)

2.3 แบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (The Patient Health Questionnaire: PHQ-9) พัฒนาโดย โรเบิร์ต และคณะ (Spitzer, Kroenke & Williams, 1988) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่และเป็นที่ยอมรับใช้วัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ ซึ่งพัฒนาแปลเป็นภาษาไทยและภาษาอีสาน โดยจินตนา ลิ้มเพิ่มพูน และคณะ (2549) มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 75.68% และมีค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 92.85% ค่าความตรง (correctly classified) เท่ากับ 92.22% แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คะแนน 7-12 เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 13-18 เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่า 19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

3. เป้าหมายเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าก่อนและภายหลังได้รับการบำบัดรักษา ในกรณีผู้ป่วยซึมเศร้าอยู่ในความดูแล ประเมินอาการซึมเศร้าเพื่อทราบความก้าวหน้าของการบำบัดรักษา และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแล เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่นิยมนำมาใช้ มักเป็นแบบผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สัมภาษณ์ (clinician rating scale) ที่ผู้ประเมินเป็นผู้สังเกตและสอบถามอาการจากผู้ป่วย/หรือจากคนรอบข้างตามหัวข้อที่มีแบบประเมินอย่างเป็นระบบ (structural interview) ได้แก่

3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD- 17]) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ข้อดี คือ มีจำนวนข้อไม่มาก มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง ข้อจำกัด คือ มีข้อคำถามที่มีอาการ

ทางด้านร่างกายมาก ทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.86

3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของมอนท์โกเมอรีและแอสเบิร์ก (Montgomery – Asberg Depression Rating Scale : MADRS) แปลโดยรณชัย คงสกนธ์และคณะ (2546) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์ หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช ข้อจกของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตสภาพจิตใจจะได้ผลสมบูรณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory : BDI-1A) ซึ่งเป็นการประเมินตนเอง มีการใช้กันอย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบันและมีการนำมาใช้ในประเทศไทย เช่น ถัดดา แสนสีหา (2536) ทดลองใช้ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 เอื้อมเดือน เนตรแหม (2541) ทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และชาลิณี สุวรรณยศ (2542) ได้ทดลองใช้ในบุคคลที่สูญเสียแขนขา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง และมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ไม่มีปัญหาในการประเมินข้ามวัฒนธรรม และแบบประเมินยังสามารถใช้ได้ง่าย ใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 – 10 นาที สามารถวัดซ้ำได้ ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของชาวเขาที่อยู่บนพื้นที่ราบในครั้งนี้ ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1967) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อคำถาม โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจและอาการทางกาย ดังต่อไปนี้

อาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ อารมณ์เศร้า (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรู้สึกผิด (guilt) การคาดว่าจะถูกลงโทษ (expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง (self-dislike) การตำหนิตนเอง (self accusation) การคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การร้องไห้ (crying) ความหงุดหงิด (irritability) การแยกตัวออกจากสังคม (social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (indecisiveness) และอาการทางกาย 6 ข้อ ได้แก่ มีความจำกัดในการทำงาน (work inhabitation) การนอนไม่หลับ (insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (fatigability) การเบื่ออาหาร (loss of appetite) น้ำหนักลด (weight loss) และการขาดความสนใจทางเพศ (loss of libido)

โดยแต่ละข้อ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละคำตอบให้เป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แล้วนับคะแนน

ในทุกข้อคำถามรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 หลังจากนั้นแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ (Beck, 1967) ดังนี้

|       |       |                                                  |
|-------|-------|--------------------------------------------------|
| 0-9   | คะแนน | ไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal range)                 |
| 10-16 | คะแนน | มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)        |
| 17-29 | คะแนน | มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) |
| 30-63 | คะแนน | มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)    |

### การรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการบำบัดรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า มีแนวทางการช่วยเหลือหลากหลายวิธี มีรูปแบบ และมีเป้าหมายชัดเจน พิจารณาตามสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือระดับของภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. การรักษาด้วยยา (Psychopharmacotherapy) เป้าหมายของการรักษาด้วยยา เพื่อเพิ่มภาวะตัวอ่อนทางประสาท (neuroplasticity) และการกลับคืนสู่สภาพเดิมของเซลล์ (cellular resilience) กลไกการออกฤทธิ์ของยาแก้ซึมเศร้า (antidepressant) ในสมองจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาอันสั้น แต่มีผลทำให้เกิดสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาท (interneuron signals) ที่ช่วยทำให้มีการสื่อสารซึ่งกันและกันไปตามลำดับชั้น กลุ่มของเซลล์ประสาทจะทำงานร่วมกันเป็นวงจร มีผลต่อหน้าที่ของสมองที่ละเอียดและซับซ้อน (ภาวะตัวอ่อนทางประสาทเป็นความสามารถของสมองในการเรียนรู้ และการสร้างความจำจากประสบการณ์ต่างๆ รวมทั้งการปรับตัวอย่างเหมาะสมต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก) มีรายงานว่า ยากลุ่ม SSRE (selective serotonin reuptake enhancer) เช่น ยา tianeptine (stablón) ทำให้การฟθοหรือการทำลายเซลล์ประสาทลดลง และเพิ่มปริมาตร hippocampus ที่ลดลงให้กลับสู่สภาพเดิม จากการทดลอง ในกลุ่ม SSRIS (selective serotonin reuptake inhibitor เช่น fluoxetine หรือ กลุ่ม tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น desipramine กลับไม่มีผลเหมือนกลุ่ม SSRE และมีการพัฒนายาต้านซึมเศร้ากลุ่มใหม่ ได้แก่ NMDA antagonists เช่น memantine เพิ่มภาวะตัวอ่อนทางประสาทและการอยู่รอดของเซลล์ ยา riluzole และ felbamate จะมีปฏิกิริยาต่อ Na<sup>+</sup> channels ทำให้การปลดปล่อยของ glutamate ลดลง เป็นต้น (จำลอง ดิษยวณิช และ พร้มเพรา ดิษยวณิช, 2547)

2. การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การรักษาด้วยจิตบำบัด เป็นการเรียนรู้แบบหนึ่งสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จุดประสานประสาท (synapses) และในวิถีสัญญาณในเซลล์ (intracellular signaling pathway) (kandel, 1979) จากการทบทวนวรรณกรรม จิตบำบัดที่นิยมนำมารักษาผู้มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่

2.1 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มุ่งให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาสำคัญของผู้รับบริการ (focus psychotherapy) ซึ่งเป็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันด้านหนึ่งใน 4 ด้านที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 1) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (grief or bereavement) 2) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต (interpersonal role disputes) 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม (role transitions) 4) การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (interpersonal deficits) โดยใช้วิธีการเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในปัจจุบันกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และเมื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นได้ อาการซึมเศร้าก็จะดีขึ้น (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

2.2 พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) การรักษาวิธีนี้ เฟอส์เตอร์ (Ferster cite in Kazdin, 2001) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยน อารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนไปด้วย ดังนั้นจึงบำบัดเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นซึ่งเป็นการเสริมแรงด้านบวกในทางบวก (positive reinforcement) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การพบแต่เหตุการณ์ดีๆ จะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้รับการบำบัดดีขึ้น

2.3 การบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) มีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือนไม่ถูกต้อง เลือกสนใจแต่ในแง่ลบของเหตุการณ์และไม่เป็นความจริง วิธีการคือช่วยให้บุคคลเข้าใจและค้นหาความคิดด้านลบ แล้วปรับเปลี่ยนการคิดไปอีกทางที่ยืดหยุ่นและเป็นทางบวก นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดทางปัญญาสามารถลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (Gloaguen et al., 1998)

มีการศึกษาพบว่า จิตบำบัดมีผลต่อ serotonin metabolism (Viinamaki et al., 1998) จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วย 2 ราย ไม่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดหรือการรักษาอย่างอื่น ช่วงแรกพบว่า serotonin uptake (การดูดกลับสารสื่อประสาทซีโรโตนินของเซลล์ประสาท) ลดลง ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คนที่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด ครบหนึ่งปี พบว่ากลุ่มไม่ได้รับจิตบำบัดยังคงมี serotonin uptake ลดลงเหมือนเดิม ผู้ได้รับจิตบำบัดมี serotonin uptake ปกติ จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าจิตบำบัดสามารถทำให้ serotonin metabolism กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ (จำลอง ดิษยวณิช และ พร้มเพรา ดิษยวณิช, 2547)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองระหว่างที่ผู้ป่วยชัก จะพบว่ามีเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น มีเมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ออกซิเจนและกลูโคสมากขึ้น แต่หลังจากชักแล้ว เมตาบอลิซึม การใช้ออกซิเจน กลูโคส รวมทั้งเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะน้อยลง ซึ่งจากการวิจัย พบว่า ภาวะที่มีการลดลง ของเมตาบอลิซึม นี้เอง คือ สิ่งสำคัญของการรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับที่พบในผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า (รัตนา สายพานิชย์, 2554)

4. การรักษาด้วยแสงสว่าง (light therapy) หรืออาจเรียกว่าการรักษาด้วยแสงจ้า (bright light therapy) ใช้แสงจ้าเพื่อทำให้เกิดการเลื่อนจังหวะวงจร (circadian rhythm) เช่น การหลับ/การตื่น การหลั่งสาร melatonin การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และอุณหภูมิในร่างกาย (core body temperature) เช่น การให้แสงในช่วงเย็นจะทำให้จังหวะวงจรเลื่อนช้าออกไป (phase delay) การให้แสงในช่วงเช้าจะทำให้จังหวะวงจรเลื่อนเร็วขึ้น (phase advance) (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2549) ผลการรักษาเทียบเท่ากับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า อัตราตอบสนองต่อการรักษาในช่วงเช้าประมาณร้อยละ 60-70 (Lam et al., 2006) เป็นทางเลือกในผู้ที่ปฏิเสธการรักษาด้วยยาหรือไม่ตอบสนองด้วยยา หรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยา หรือผู้ที่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยยา เช่น หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น (สรยุทธ วาสิกนันท์, 2549)

5. การรักษาด้วยทางเลือกอื่น (alternative treatment) ได้แก่

5.1 การออกกำลังกาย (exercise therapy) จะเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทผลิตฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟิน (endorphine) ระวังความเจ็บปวดและมีความสุข ปลดปล่อยสารอะดรีนาลิน (adrenaline) และ ซีโรโทนิน (serotonin) อันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียด และเพิ่มความรู้สึกสำเร็จในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2549) ใช้ได้กับทุกวัยที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic) นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยน้ำหนักร้อย 60-80% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์ จะมีประสิทธิภาพการรักษาโรคซึมเศร้า (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2554)

5.2 การนวด (massage therapy) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระตุ้นกระแสประสาทจากสมองส่วนหน้าด้านขวา (ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า) ไปเป็นจากสมองส่วนด้านซ้าย หรือมีการกระตุ้นจากทั้งสองซีกเท่ากัน (ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เป็นสุข) และการนวดจะเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทเวกัส (vagus nerve) และกระตุ้นการแสดงออกทางสีหน้า จะช่วยลดอารมณ์เศร้า (Field, 1998)

การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า ต้องอาศัยแนวคิดแบบองค์รวม (holistic approach) คือมีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยแสง เป็นต้น และการรักษาทางจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัด (จำลอง ดิษยณิข และ พรหมเพรา ดิษยณิข, 2546) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้ยาแก้ซึมเศร้าได้ผลเท่ากับการทำจิตบำบัด บางการศึกษาพบว่าการใช้ยาแก้ซึมเศร้า ร่วมกับการทำจิตบำบัดได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือในรายที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย การรักษาด้วยทางเลือกอื่น เช่น การออกกำลังกาย การนวดแผนไทย ช่วยรักษาอาการซึมเศร้าได้ การพิจารณาการรักษาอาจต้องพิจารณาถึงสาเหตุ ระดับและความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หรือพิจารณาถึงความแตกต่างของบุคคลทั้งเพศภาวะ อายุ หรือข้อจำกัดต่างๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้อาการซึมเศร้า

### สถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในอำเภอบ้านไธสง

อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน มีทั้งหมด 5 ตำบล คือ ตำบลบ้านไธสง ตำบลป่าพลู ตำบลเหล่าขาว ตำบลศรีเตี้ย และ ตำบลหนองปลาสุวย มีประชากรทั้งหมด 43,197 คน มีโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง และมีสถานบริการสาธารณสุข ระดับตำบล 10 หน่วยบริการ มีหน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาล กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ทุกหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาลและระดับสถานีอนามัย พบว่ามีชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (ยางป๋าย) อาศัยอยู่เฉพาะในตำบลป่าพลู จำนวน 5 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,913 คน (ทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง, 2553) ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่อยู่บนพื้นราบได้เข้ามารับการรักษา ในสถานบริการสาธารณสุขด้วยอาการทางกาย ได้แก่ เบื่ออาหาร ปวดแน่นท้อง น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ใจสั่น อ่อนเพลีย จนต้องมารับการรักษาซ้ำ และยังพบสถิติของชาวเขาที่อยู่บนพื้นราบที่พยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น ระหว่างปี พ.ศ.2550-2552 พบมีจำนวน 1 , 3 และ 4 คน ตามลำดับ และ ในปี พ.ศ.2552 พบมีชาวเขาฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 คน (สรุปงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบ้านไธสง, 2553) ซึ่งจากหลายการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะแรก อาการส่วนใหญ่จะแสดงออกด้วยอาการนอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับไม่สนิท ท้องอืด ปวดเมื่อยตามตัว เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หงุดหงิด เบื่อหน่าย ไม่อยากทำงาน เชื่องช้า (ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์ และคณะ, 2548) อาจเป็นไปได้ว่าชาวเขามีภาวะซึมเศร้า แต่เข้ารับการรักษาเป็นอาการของความเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าสามารถแสดงอาการในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกายได้

แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชของสถานบริการอำเภอบ้านไธสง ดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข โดยคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดย อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) หรือในสถานบริการปฐมภูมิ ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) คือ 1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ 2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ ถ้าพบข้อใดข้อหนึ่ง ให้ประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2Q และ 9Q ในรายที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ส่งต่อแพทย์ ให้ทำการวินิจฉัย จากการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย (2550) ศึกษาเรื่องสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ และคำพูด พบว่าการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถามสั้นๆ ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกราย ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าขาดโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ผู้มีภาวะซึมเศร้ามักได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวลหรือวินิจฉัยตามอาการที่นำมา ซึ่งลักษณะอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้าที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นอาการของความเจ็บป่วยทางกาย และแพทย์ในสถานบริการปฐมภูมิจะไม่วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทันที แม้จะพบมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย แต่จะพยายามวิเคราะห์อาการที่พบให้เข้าเกณฑ์ของโรคอายุรกรรมก่อน เพราะมองว่าปัญหา/อาการที่นำมาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้และประเมินตามความรู้สึกของตน (subjective feeling) และจะเป็นการเพิ่มอคติ/ตราประทับทางสังคมให้ผู้ป่วยหากได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ประกอบกับภาระงานที่มาก และถูกมอบหมายหน้าที่ให้เป็นความรับผิดชอบของบุคลากรเพียง 1-2 ราย ในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ระบบการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร่ายังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาที่ค้นพบ สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของสถานบริการในอำเภอบ้านโฮ่ง

### ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของชาวเขา

ภาคเหนือของประเทศไทย มีชาวเขาหลายเผ่าตั้งรกร้างอยู่ เช่น เผ่ากะเหรี่ยง ม้ง อีเก้อ มูเซอ เข่า และพบว่าเผ่ากะเหรี่ยงมีจำนวนมากที่สุด เดิมกะเหรี่ยงอาศัยอยู่แถบบริเวณแม่น้ำสาละวิน ต่อมาได้อพยพเข้าสู่พม่าและไทย แต่ถ้ามองดูนี้ไม่มีหลักฐานแน่ชัด แต่มีบันทึกของมิชชันนารีอเมริกันซึ่งไปทำงานกับชาวกะเหรี่ยงในพม่า ได้ให้รายละเอียดว่ามีกะเหรี่ยงอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ต่อมาเกิดความขัดแย้งระหว่างฝ่ายปกครองของพม่ากับชาวกะเหรี่ยงรวมทั้งชนกลุ่มน้อยกลุ่มอื่นๆ กระทั่งเกิดเป็นสงครามขึ้น ซึ่งเป็นแรงกดดันอันสำคัญที่ทำให้ชาวกะเหรี่ยงจำนวนมากอพยพเข้าสู่ประเทศไทย ในประเทศไทยมี 1,925 หมู่บ้าน จำนวน 87,793 หลังคาเรือน ประชากร 438,450 คน คิดเป็นร้อยละ 47.93 ของจำนวนประชากรชาวเขาในประเทศไทย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บนภูเขา

มีบางส่วนที่อยู่ตามพื้นราบ ทางภาคเหนือรู้จักกะเหรี่ยงในชื่อว่าคนข่าง ลักษณะเด่นอันหนึ่งของกะเหรี่ยงที่ไม่เหมือนกับชาวเขาเผ่าอื่นคือการตั้งหมู่บ้านอย่างถาวรเป็นหลักแหล่ง ไม่ชอบอยู่รวมกัน ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงแทบทุกกลุ่มมีแต่ภาษาพูด ไม่มีภาษาเขียน (ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาจังหวัดแม่ฮ่องสอน, 2550) ชาวเขาในอำเภอบ้านโฮ้ง ไม่มีหลักฐานแน่ชัด ว่ามาจากไหน บ้างก็ว่ามาจากพม่า อยู่อาศัยมานานกว่า 300 ปี ภายหลังมีกะเหรี่ยงย้ายมาจากหลายถิ่นมาอาศัยรวมกัน เช่น มาจากคอยแม่ลามาต อำเภอบุณยมาต จังหวัดแม่ฮ่องสอน บ้านลึงน้อย อำเภอถ้ำ จังหวัดลำพูน และจากบ้านแม่หวาด อำเภอแม่ทา จังหวัด เป็นต้น (สถานีอนามัยบ้านห้วยหะ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมแม้ไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในชาวเขา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มของชาวเขาโดยเฉพาะ แต่จากการทบทวนการศึกษา พบว่ามีการรายงานถึงสถานการณ์ที่มีการฆ่าตัวตายสูงขึ้นในกลุ่มชาวเขา (วัชรชัย เพ็งพิณิจ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรีย์ พรหมทัต (2551) ศึกษาเรื่องความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ชาวไทยภูเขามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 100 และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r_s=.65$ ) แสดงให้เห็นว่าชาวเขามีภาวะซึมเศร้า นันทวรรณ โสพรรณ (2548) กล่าวว่า ในอดีตชาวเขามีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลง เศรษฐกิจบีบรัดตัว ทำให้ถึงจุดวิกฤติเกิดปัญหาฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของมนตรี นามมงคลและคณะ (2545) พบว่าปัจจัยที่ผลต่อความสุขของชาวไทยภูเขา คือ มีที่ดินทำกินมากๆ มีผลผลิตต่อปีสูง ขายได้เงินมากๆ ครอบครัวรักใคร่กันดี ซึ่งปัจจัยที่นี้จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของชาวเขาที่อยู่บนพื้นราบในอำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน จากการที่ชาวเขาที่อยู่บนพื้นราบติดต่อกับชาวไทยมาก การผสมผสานวัฒนธรรมมีมากยิ่งขึ้น การเชื่อในภูตผีอำนาจเหนือธรรมชาติลดลงมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีการแสวงหาทางเลือกเหมือนกับคนไทยพื้นราบ ประกอบกับโอกาสการเข้าถึงทางเลือกที่มีน้อยจากการมีรายได้ต่ำ ขาดความมั่นใจในการสื่อสาร ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดการตัดสินใจ (สมชัย แก้วทอง, 2544) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดกระแสความต้องการการบริโภคที่มาพร้อมกับสิ่งอำนวยความสะดวกๆ อยากให้บุตรหลานได้เรียนสูงเหมือนคนไทยพื้นราบ จึงมีความจำเป็นต้องใช้เงินเพิ่มขึ้น ทำให้ชาวเขาที่อยู่บนพื้นราบต้องประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต รู้สึกอยู่ในภาวะขาดทุน ถูกกดดันให้ขวนขวายหารายได้ แต่มีหนทางได้เงินมาอย่างจำกัด เนื่องจากไม่ได้เรียนหนังสือ การที่ไม่สามารถพูด อ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทยไม่คล่อง แต่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายมากขึ้นอย่างไม่สิ้นสุด กลายเป็นชีวิตที่เต็มไปด้วยความตึงเครียดและความไม่แน่นอน คิดมากในเรื่องรายได้ไม่พอกับรายจ่าย และความต้องการมากขึ้นเรื่อยๆ (ทวิช จตุรพฤกษ์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นามมงคล และคณะ (2545) การวิจัยสำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขาพบว่าความเครียด

และความไม่สบายใจของชาวไทยภูเขาจากปัญหาเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ จากข้อคำตอบที่ว่า “บ่พอกิน” (ไม่พอกิน) หรือไม่มีเงินให้ลูกไปเรียนหนังสือในเมือง ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่ช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และการดำรงชีวิตประจำวันให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น เป็นที่ยอมรับของสังคม ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะทำให้การดำรงชีวิตในสังคมดำเนินไปด้วยความยากลำบาก ขาดแคลนโอกาสในด้านต่างๆ เช่น การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งชาติ, 2551) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2545) กล่าวว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหากการเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ประกอบกับชาวเขาไม่ได้เรียนหนังสือ หรือเรียนหนังสือต่ำ (ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาจังหวัดแม่ฮ่องสอน, 2550) ซึ่งชาญัญญา ดันดีลีปกร (2547) กล่าวว่า การศึกษาดำรงจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่ไม่ดี เกิดความไม่มั่นคงในงาน ขาดสวัสดิการหรือรายได้ที่แน่นอน ที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins as cited in Jalowice & Power, 1986) ระดับการศึกษามีผลต่อสถานะทางอารมณ์เพราะการศึกษาสูงจะมีส่วนช่วยให้มีแนวทางการคิดแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น รวมทั้งการเข้ารับการศึกษาของชาวเขาที่อยู่บนพื้นราบของคนรุ่นใหม่ในระบบโรงเรียน ซึ่งไม่ได้ส่งผลแบ่งบวกรวมนั้น การถูกหล่อหลอมด้วยวัฒนธรรมหรือมีพฤติกรรมแบบคนพื้นราบ ทำให้ห่างเหินหรือแปลกแยกจากกรอบจารีตประเพณีของตนเอง คนหนุ่มสาวที่จำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งเป็นแรงงานที่ไม่มีฝีมือ มีผลทำให้การดำเนินชีวิตของชาวเขามีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของคนในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ทุกคนต้องมีการปรับตัวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคยก่อให้เกิดปัญหาใหม่ๆ ที่มีความสลับซับซ้อน กล่าวคือ การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีของคนในครอบครัวที่เกิดจากความขัดแย้งทางความคิดเห็นของคนต่างวัย (ทวิช จตุรพฤกษ์, 2541) ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันในครอบครัว สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ในครอบครัว ทำให้ชีวิตครอบครัวไม่มีความสุข จากบริบททางสังคมของชาวเขา ที่ทำหน้าที่กำหนดและผสมผสานความขัดแย้ง โดยการประกอบพิธีกรรมตามจารีตประเพณี จากหลายการศึกษาพบว่า การประกอบพิธีกรรมตามจารีตน้อยลงและมีคนเข้าร่วมลดลง การแลกเปลี่ยนตอบแทนกันได้สูญเสียความสำคัญไป ไม่ได้มีกิจกรรมร่วมกันและไม่เกิดพันธะผูกพัน (สมชัย แก้วทอง, 2544) ทำให้สูญเสียความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่รู้สึกว่าคุณเองไม่อำนาจจัดการให้ดีขึ้นได้ ไม่สามารถปรับแก้ได้นำไปสู่การเรียนรู้ว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ (Gulesserian & Warren as cited in Vacarolis, 2002) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของชาวเขามีความยุ่งยากมากขึ้น ทุกคนต้องมีการปรับตัวกับ

เหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ก่อให้เกิดปัญหาใหม่ๆ ที่มีความสลับซับซ้อน ไม่มีศักยภาพในการเผชิญเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เหตุการณ์เปลี่ยนแปลง และเหตุการณ์วิกฤต การเรียนรู้อาจเป็นลบ เรียนรู้ว่าตนไม่สามารถแก้ไขได้ อาจส่งผลให้เขาแปลความว่าเป็นภาวะวิกฤต (Beck, 1967) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

### กรอบแนวคิดทฤษฎี

ชาวเขามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเขาต้องประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต การดำเนินชีวิตที่มีความยุ่งยากมากขึ้น ทุกคนต้องมีการปรับตัวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ก่อให้เกิดปัญหาใหม่ๆ ที่มีความสลับซับซ้อน อาจเป็นชีวิตที่เต็มไปด้วยความตึงเครียดและความไม่แน่นอน ไม่มีศักยภาพในการเผชิญเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์วิกฤต การเรียนรู้อาจเป็นลบตลอด เรียนรู้ว่าตนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขได้ อาจแปลความเป็นสถานการณ์วิกฤต จนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้ ปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของชาวเขา และเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกิจกรรมหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อจัดการกับภาวะซึมเศร้าให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเจ็บป่วย และ ลักษณะครอบครัว การศึกษาครั้งนี้ จึงศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาศึกษาในกลุ่มชาวเขาเพื่อใช้ในการวางแผนช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ต่อไป