

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการฝึกการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้า
2. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น
3. วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์
4. ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์
5. การสร้างจินตภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างจินตภาพและภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หรือ Depression เป็นภาวะที่พบได้ในคนปกติ จะมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ และเป็นอยู่นานหลายชั่วโมง หรือมากกว่านั้น อาการที่เกิดช่วงสั้น ๆ เป็นครั้งคราว ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก ส่วนโรคซึมเศร้าอาการต่าง ๆ จะคล้ายกับภาวะซึมเศร้า แต่ระยะเวลาของอาการจะคงอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ติดต่อกันขึ้นไป (Akiskal, 2000) โรคซึมเศร้าที่จำแนกได้ตามคู่มือการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR]) จะมีลักษณะอารมณ์เศร้าขาดความสนใจ หรือพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ โดยจะมีอาการแสดงอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และจะต้องมีอาการแสดงต่าง ๆ เหล่านี้อย่างน้อย 5 อาการ ในทั้งหมด 9 อาการ ได้แก่ มีความผิดปกติของการนอนหลับ คือ นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ เมื่ออาหารหรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน ไม่มีสมาธิ หรือสมาธิลดลง ความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก ซึมเศร้า หรืออ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงเหนื่อยง่าย การเคลื่อนไหวช้า (Retardation) รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีอารมณ์ซึมเศร้า หรือความสนใจ ความเพลิดเพลินใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง อย่างน้อย 1 อาการ เป็นอาการสำคัญ (APA's, 1994 cited in Burt & Ishak, 2002)

ไวต์เบ็ค (Videbeck, 2001) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นภาวะอารมณ์เศร้า

ขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เบื่อหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ

การรับประทานอาหาร สมาริ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป้าหมายการดำเนินชีวิต อาการจะเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป

นอกจากนี้ได้มีผู้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าที่ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก คือ คลาคลาและแฟร์เบิร์น (Clark & Fairburn, 1997) ที่ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็น การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ทำให้รู้สึกเศร้าเสียใจ และหมดหวัง การรับรู้คุณค่าของตนเองลดลง ไกรธง่าย ความจำไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย การรับประทานอาหาร และการนอนหลับลดลง ความสนใจสังคมลดลง

วิลสัน, สเปนซ์ และคาวานาซ (Wilson, Spence, & Kavanagh, 1992) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจ จิตใจหดหู่ รู้สึกไร้ค่า หมดความหวัง

เบ็ค (Beck, 1967) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ด้านการคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง โลก และอนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยคำหยาบคาย ดิเคียน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เมื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และถึงกระเด็น ถิ่นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ โดยอาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้มีอาการเฉื่อยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม แสดงออกโดย โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลาย ๆ อย่าง มีผู้ทำการศึกษา และอธิบายถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการดังนี้

1. สาเหตุทางชีวภาพ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 โดยกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่อง หรือความผิดปกติในการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) โดยมีปริมาณของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) โดพามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนพรีน (Norepineprine) ลดลง (Burt & Ishak, 2002)

ทฤษฎีด้านพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในการถ่ายทอดพันธุกรรม จากการศึกษาทางด้านพันธุกรรมพบว่าคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 70-80 ขณะที่คู่แฝดคนละใบพบร้อยละ 10-25 เนื่องจากฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนส์ที่คล้ายกัน (ดวงใจ กสานครกุล, 2539; Pataki, 2000) และการศึกษาวิจัยพบว่าบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้า บุตรมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15-45 (Pataki, 2000) และในการศึกษาครอบครัวที่รับบุตรบุญธรรม พบว่า บุตรบุญธรรมที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจะมีบิดามารดาที่แท้จริงป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ (Mendlewicz & Rainer, 1988 cited in Brage, 1995) จากรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA's, 1994 cited in Townsend, 1999) พบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิดมากกว่าประชาชนทั่วไปประมาณ 1.5 เท่าถึง 3 เท่า อย่างไรก็ตามปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสำคัญดังที่กล่าวมา แต่จะต้องมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคม (Debarah & Jerald, 1999) เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต โดยเฉพาะการสูญเสียก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ

ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) เชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่อมไร้ท่อในภาวะซึมเศร้า เบอ์นาร์ด คอรัล (Bernard Corroll) แห่งมหาวิทยาลัยมิชิแกน (Akiskal, 2000) ได้พัฒนา DST (Dexamethasone Suppression Test) การค้นพบที่สำคัญคือ การเพิ่มขึ้นของสารคอร์ติซอลจะมีปริมาณมากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยสารคอร์ติซอลนี้หลังจากต่อมหมวกไต จะหลั่งออกมาในเวลาที่มีความเครียด ส่งผลให้เซลล์สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ฝ่อลงหรือตายได้ และคาดกันว่ายาแก้ซึมเศร้าที่ผลิตขึ้นในอนาคตเน้นผลการรักษาโดยไปออกฤทธิ์ลดการหลั่งฮอร์โมนนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2546)

2. สาเหตุทางจิตสังคม (Psychosocial Cause) ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการมีปัญหาในความภาคภูมิใจในตนเอง บุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายจะเป็นบุคคลที่ในวัยเด็กรู้สึกผิดหวังจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อโตขึ้นเวลาจะรักใคร่มักจะรักแบบสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรักทั้งเกลียด เมื่อต้องสูญเสียความรักหรือเพียงจินตนาการว่าต้องสูญเสียความรักก็จะกระตุ้นให้เกิดความสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง รวมถึงมีภาวะอารมณ์โกรธ เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ความรู้สึกที่ไม่ดีจึงผ่นเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นอารมณ์โกรธ และเกลียดตนเอง เป็นศัตรูกับตนเอง และกระตุ้นความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง (Freud, 1952 cited in Videbeck, 2001)

ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวังหรือยอมจำนนต่อการเรียนรู้ (Learned Helplessness Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายโดย เซลิกแมน (Seligman, 1975 cited in Dobson & Jackman-Cram, 1996) โดยกล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว บุคคลตกอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์หลาย ๆ อย่างไม่ตก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุม และแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวะการปล่อยปละให้สถานการณ์เกิดแบบเลยตามเลย พฤติกรรมจะประกอบไปด้วยการอยู่เฉย ๆ ไม่ตอบโต้ ไม่ยอมแก้ไข (Seligman, 1975 cited in Varcarolis, 1998)

ทฤษฎีการลดการเสริมแรงทางบวก (Reduced Positive Reinforcement Theory) ของ เรวีนซัน (Lewinsohn, 1975 cited in Dobson & Jackman-Cram, 1996) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากผลของการลดการเสริมแรงทางบวกให้ตนเองอย่างไม่ตั้งใจ ทั้งจากการคิด เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-Esteem) ความรู้สึกผิด (Guilt) การมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) การไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวได้ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบในชีวิต ยิ่งทำให้บุคคลลดการเสริมแรงตนเองในทางบวก ผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองสูงขึ้น (Self-Awareness) การมุ่งเน้นที่ตนเองมากกว่าคนอื่น (Focus on the Self) เพิ่มการจับผิดตนเองมากขึ้น (Self-Criticism) และคาดหวังอนาคตในทางลบ (Negative Expectation) นำมาสู่ความไม่พึงพอใจ หดหู่ หงอยเหงา (Dysphoria) และบกพร่องทางพฤติกรรม ความคิด และสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (Life Events and Stress Theory) เปย์คิว (Paykel, 1969 cited in Wilson, 1989) พบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจต่าง ๆ ในชีวิต เช่น การสูญเสีย การพลัดพราก ความล้มเหลวในชีวิต และความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก นอกจากนี้เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติในทางลบและแยกตัวตามมา คอรันิล และคณะ (Cornelis et al., 1989 cited in Holoday-Worret, 1996) กล่าวว่า การประเมินทางด้านอารมณ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งสำคัญเท่า ๆ กับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า คือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory)

เบ็คได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้า ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive Triad) โครงสร้างทางความคิด (Schema) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) (Beck, 1967) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive Triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณา ตนเอง โลก และอนาคตของเขาในทางที่บิดเบือนไป คือ

1.1 การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง ยิ่งไปกว่านี้จะมองตนเองว่าไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้น มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่าง ๆ ขึ้น โดยจะคิดว่าความผิดพลาดทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

1.2 การมองโลกในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลดโทษ ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะไปแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

1.3 การมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความยากลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบาก จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ก็จะมองว่าสถานการณ์ในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (Schema) แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือบิดเบือน (Adaptive-Maladaptive) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลทั่วไป (Wright & Beck, 1984 cited in Dryden & Golden, 1987) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (Idiosyncratic) เช่น “ฉันเป็นผู้ล้มเหลว” โครงสร้างความคิดจะแอบแฝงอยู่ภายใต้บุคคลแต่ละคน โดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด

3. เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) เบ็ด และคณะ ได้แบ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนดังนี้คือ การควั่นลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary

Inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (Selective Abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (Magnification and Minimization) มีนิสัยที่มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous Thinking) ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดโน้มเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

องค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการของรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันจากประสบการณ์ในช่วงต้นของชีวิตของบุคคล ทำให้บุคคลนั้นสร้างโครงสร้างทางความคิด ที่บิดเบือนไปในทางลบที่เกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปจะถูกกระตุ้นได้เมื่อบุคคลนั้นประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างทางความคิดที่บิดเบือนไปนี้จะทำให้มีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือมีเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน แล้วทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบอย่างเป็นระบบ และเป็นความคิดที่บิดเบือนไปโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ หรือเป็นความคิดอัตโนมัติในทางลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ยิ่งภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติทางลบก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นเป็นวงจรอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ (Beck, 1967; Beck et al., 1987)

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลาย ๆ สาเหตุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาของเบ็ค (Beck, 1967) เป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ เมื่อประสบเหตุการณ์วิกฤติที่ก่อให้เกิดความเครียด จะประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีต เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง โลก และอนาคต ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการและอาการแสดง แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

อาการทางกาย (Somatic Symptom) ที่พบมากที่สุด คืออาการปวดศีรษะ

อาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร (Vegetative Sign) อาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ฯลฯ อาการหน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย อาการของระบบกล้ามเนื้อและระบบหายใจ

อาการทางจิตใจ (Psychological Symptom) ลักษณะอารมณ์เศร้า และความรู้สึกว่าไม่เป็นที่รัก หงุดหงิด กังวล กลุ้มใจ น้อยใจ ไม่พอใจ (Dysphoria Mood) คิดอยากตาย หวันไหวง่าย หวาดกลัว ความรู้สึกผิด ฟุ้งซ่าน ประสาทหลอน

อาการทางพฤติกรรม (Behavioral Symptom) พบได้หลายแบบต่าง ๆ กัน เช่น ร้องไห้บ่อย ๆ ซึมเศร้า เหนื่อย ซึมลง ไม่ค่อยพูด ลดความสนใจถึงรอบตัว เมื่อหน่าย มีพฤติกรรมต่อต้าน คือ เอาแต่ใจ ทำทางเหงาหงอย งุนงัน หงุดหงิด การเรียนเลวลง ชอบเหม่อลอย ก้าวร้าว อยากทำร้ายผู้อื่น ทำลายของ ชอบแยกตัว ทำทางท้อแท้ คิดอยากทำร้ายตนเอง กัดเล็บ ดึงผม หนีโรงเรียน ชอบถอนใจ ไม่อยากโต ขโมยของ ประวัติกินยาเกินขนาด

อลิสตา วัชรสินธุ์ (2535 อ้างถึงใน วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2538) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแยกจากปัญหาอื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวล ซึ่งมักพบร่วมกัน วัยรุ่นจะไม่ถูกพามาพบแพทย์เพราะบอกว่าเศร้า หรือผู้ปกครองคิดว่าซึมเศร้า แต่จะแสดงอาการอื่น ๆ ที่แพทย์จะต้องนึกถึงภาวะซึมเศร้า เช่น อาการทางกายแบบปวดศีรษะ ปวดท้อง การเรียนเลวลงเพราะไม่มีสมาธิ อารมณ์หงุดหงิด หรืออารมณ์เสียกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ แยกตัว ไม่ร่าเริงและดูเหมือนหมดเรี่ยวแรง มักมีปัญหาการรับประทานอาหารและการนอนหลับเหมือนผู้ใหญ่ อาจบ่นว่าเบื่อ ไม่มีอะไรน่าสนใจ หรือบ่นว่าคนรอบข้าง เช่น ผู้ปกครองไม่รัก ไม่ยุติธรรม อาการเบื่อและไม่รู้สึกสนุกจะเกิดขึ้นตลอดเวลา ต่างจากการเบื่อแบบธรรมดา แต่บางรายอาจแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจน เช่น เฉื่อยชา พูดและทำอะไรช้า (Retardation) เบื่ออาหาร ขาดความมั่นใจ มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย

ระดับความซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1967) ได้กล่าวถึงผู้ที่ที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับว่ามักจะมีอาการและอาการแสดงถึงความแปรปรวนในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรม โดยแบ่งภาวะความซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ในส่วนระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าเบ็ค ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียด แต่ในส่วนของภาวะซึมเศร้าที่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง เบ็ค ได้กล่าวรายละเอียดของอาการและอาการแสดงในแต่ละระดับดังต่อไปนี้

1. ด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย กำหนดตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับซึมเศร้ามดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่าง ๆ ที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเอง

ทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความควบคุมของตน ตัดสินใจยากแม้เรื่องเล็กน้อย เช่น เลือกลูกเต๋าที่จะแต่งตัว เป็นต้น วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้นแม้ยังไม่มีอาการแสดง

1.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย เป็นที่รังเกียจของสังคม

2. ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจผู้อื่นลดลง โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันไปตามระดับภาวะซึมเศร้าดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวทั้งในเรื่องของครอบครัวและเพื่อน การทำงานกิจกรรมต่าง ๆ และความกระตือรือร้นในการทำงานต่าง ๆ ลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก ลึกลับ รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใด ๆ เลย หดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้งานไม่มีน้ำตา

3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือพ้อพันในกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึงพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

3.2 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ก็ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวเองออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

3.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หดแรงแรงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบไม่มีการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป

4. ด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลด โดยมีภาวะบิดเบือนแตกต่างกันออกไปตามระดับภาวะซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

4.2 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง แทบไม่ยอมรับประทานอาหารหรือลิ้มรับประทานอาหาร ไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่ยอมทำกิจกรรมใด ๆ

4.3 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้

จะเห็นได้ว่าอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าทั้งด้านความคิด ด้านอารมณ์ แรงงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง ถ้าระดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้น

จากเอกสารข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย แต่ผู้ปกครองหรือครูอาจสังเกตได้ไม่ชัดเจน เพราะเด็กเมื่อภาวะซึมเศร้าจะ ไม่ได้แสดงว่าเศร้าตรง ๆ แต่อาจแสดงด้วยอาการ โกรธ ก้าวร้าว เกร หรือพฤติกรรมถดถอยกลับไปเป็นเด็ก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องคอยดูแลและสังเกตพฤติกรรมของเด็กอย่างใกล้ชิด แต่ในบางครั้งการสังเกตพฤติกรรมทางความคิดและอารมณ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องมีวิธีการที่สามารถวัดพฤติกรรมทางความคิดและอารมณ์ได้ดังนี้คือ

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้ศึกษา และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ สามารถสรุป และแบ่งตามวิธีการตามแบบประเมินออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ (Burt & Ishak, 2002)

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการใช้ผู้สัมภาษณ์ และใช้การสังเกต ได้แก่

1. **Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)** สร้างขึ้นโดยศาสตราจารย์ แฮมิลตัน (Hamilton) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 มีการปรับปรุงต่อมาใน

ปี 1967 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะแรก ๆ มีการใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล และใช้ในงานวิจัย โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ซึมเศร้า (Depressed Affect) อาการทางกาย (Vegetative Symptoms) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้ (Agitation and Insight) ใช้เวลาในการประเมินแต่ละครั้ง 15 นาที แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าความตรงของเครื่องมือระหว่าง 0.80 ถึง 0.90 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือระหว่าง 0.65 ถึง 0.90 ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ มีจำนวนข้อ ไม่มาก ง่ายต่อการทำ ใช้เวลาไม่มาก มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ใน และนอกโรงพยาบาล ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น หรือกลุ่มที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม แต่ในการใช้แบบประเมินนี้ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลซึ่งต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม และแบบประเมินนี้จะใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย

2. Raskin Depression Scale สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดยราสกิน (Raskin) สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เนื้อหาการประเมินจะครอบคลุมในเรื่องของคำพูด พฤติกรรม และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในรายที่เคยเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นที่ไม่ใช่อาการซึมเศร้า แบบประเมินนี้มีจำนวนทั้งหมด 3 ข้อ โดยใช้เวลาในการประเมิน 5 นาที แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.88 ใช้งานสะดวก เนื่องจากมีข้อคำถามน้อย แต่แบบประเมินนี้เกณฑ์การวัดไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) และการสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะซึมเศร้าบางอาการได้

3. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดยมอนต์โกเมอรี และแอสเบิร์ก ใช้ประเมินในผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อประเมินอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า จุดประสงค์ของการสร้างเครื่องมือชนิดนี้ เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงในการรักษา และเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบประเมินนี้มี 10 ข้อ แบบประเมินนี้ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.97 ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม อาจเป็นพยาบาล หรือผู้ปฏิบัติงานทั่วไป แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในหลาย ๆ กลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วย ผู้สูงอายุ วัยรุ่น และผู้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ส่วนข้อด้อย คือ แบบประเมินนี้มีการให้นิยามของภาวะซึมเศร้า ไม่ครอบคลุมการนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันในปัจจุบัน

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง ได้แก่

1. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) แบบประเมินสร้างขึ้นใน

ปี ค.ศ. 1965 โดยซุง (Zung) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการของความเจ็บป่วยทั้งหมด เป็นการประเมินอาการในด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านร่างกาย (Sakamoto et al., 1998 cited in Burt & Ishak, 2002) ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ทั้งใน และนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางกาย มีจำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้เวลาในการประเมิน 15 ถึง 20 นาที แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพ โดยเครื่องมือมีความไวร้อยละ 97 ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ เป็นแบบประเมินที่ง่ายต่อการนำไปใช้ ส่วนข้อด้อยคือ แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมนจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) ในเรื่องของความคิดฆ่าตัวตาย และอาการทางจิตบางอย่าง สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และโดยส่วนใหญ่จะมักนิยมนิยามภาวะซึมเศร้าในแง่ของ 2 ด้านนี้เท่านั้น ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) แบบประเมินนี้

สร้างขึ้นโดยราดloff (Radloff) ในปี ค.ศ. 1977 ปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Zung Self-Rating Depression Scale, แบบประเมิน Beck Depression Inventory, แบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale และแบบประเมิน Raskin Scale ใช้ประเมินอาการเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ และใช้ในประชากร โดยทั่วไป ใช้เวลาในการประเมิน 5 ถึง 10 นาที แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.85 ถึง 0.90 ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ ใช้ระยะเวลาในการประเมินน้อย ใช้ในกลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย ข้อด้อย คือ แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดภาวะซึมเศร้าของสมาคมนจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) ในเรื่องของอารมณ์เบื่อหน่าย ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด อาการทางด้านร่างกาย

3. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดย เบ็ค และคณะ

(Beck et al., 1961) บนพื้นฐานทฤษฎีของปัญญานิยม เพื่อประเมินการแสดงออกในพฤติกรรมต่าง ๆ ในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ ส่วนอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย โดยทั่วไปมีความสัมพันธ์สูงเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ยังเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ใน

การพัฒนางานบริการ และงานวิจัยมาก ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมิน BDI เป็น BDI-A และปัจจุบันนี้ได้มีการออกแบบประเมินฉบับใหม่ขึ้น (BDI-II) ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งได้ปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยได้ปรับเปลี่ยนบางข้อคำถามให้สมบูรณ์ขึ้น และปรับเปลี่ยนเกณฑ์การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับที่ 1 นี้มีผู้นำมาใช้ในงานวิจัย เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างมากมาย

4. Children's Depression Inventory (CDI) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก ฉบับภาษาไทยที่ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติได้แปลมาจากฉบับภาษาอังกฤษ ที่สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงมาจาก Beck Depression Inventory แบบวัดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับความซึมเศร้าที่พบในเด็กอายุตั้งแต่ 7-17 ปี ซึ่งครอบคลุม อาการซึมเศร้าด้านต่าง ๆ คือ ด้านความคิด (Cognitive) ด้านอารมณ์ที่แสดงออก (Affective) ด้านแรงจูงใจ (Motivation) และกลุ่มอาการของพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้า ที่ใช้ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น แต่ละคำถามประกอบด้วยตัวเลือก 3 ข้อ ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของ ภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกจะมีคะแนนความรุนแรงของอาการดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย หรือมีน้อย
- คะแนน 1 หมายถึง มีอาการเศร้าบ่อย ๆ
- คะแนน 2 หมายถึง มีอาการเศร้าตลอดเวลา

คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-54 และพบว่าค่าความเที่ยง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของ CDI อยู่ในเกณฑ์ดีโดยมีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) = 0.70-0.86 (Kovacs, 1985 อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2539)

สำหรับในประเทศไทย อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ถิชนะพิชิตกุล (2539) ได้ศึกษา คุณสมบัติทางสถิติในเด็กไทย พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกระหว่างเด็กปกติกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < .001$ และพบว่ามีความ Reliability Coefficient (Alpha) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนก (Discriminant Validity) สูง คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้า ที่มีความสำคัญทางคลินิกคือ 15 คะแนนขึ้นไป โดยที่คะแนน CDI มี Sensitivity = 78.7%, Specification = 91.3, Positive Predictive Value = 82.2%, และ Negative Predictive Value = 89.4%

เซเลอร์ และคณะ (Saylor et al., 1984) ศึกษาแบบสอบถามในเด็ก (The Children's Depression Inventory) จากเด็กนักเรียน 294 คน และผู้ป่วยเด็กที่รักษาในศูนย์บริการจิตเวช 269 คน อายุระหว่าง 10-18 ปี ผลการศึกษาพบว่า ค่าเที่ยงตรง (Validity) บ่งชี้ว่า CDI สามารถแบ่งแยกกลุ่ม เด็กปกติกับเด็กที่มีปัญหาอารมณ์ได้ และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในเด็กทั่วไป ได้เท่ากับ .94 และเด็กป่วยทางจิตเวชได้เท่ากับ .80

รัตนา ศิริพานิช (2533) ได้ศึกษาการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนชายและหญิง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ประถมศึกษาปีที่ 6 มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 อายุระหว่าง 8-18 ปี จากโรงเรียนสาธิตพิบูลบำเพ็ญ จังหวัดชลบุรี จำนวน 190 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินได้เท่ากับ .78

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) เนื่องจากเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเด็กนักเรียน และมีอายุระหว่าง 11-18 ปี และผู้วิจัยศึกษาภาวะซึมเศร้าตามกรอบแนวคิดของ เบ็ค (Beck, 1967) ดังนั้นการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความซึมเศร้าของเบ็คจึงมีความเหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) ยังเป็นแบบประเมินที่มีความตรง และมีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ และยังพบว่าไม่มีปัญหาในเรื่องการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรม และ ได้ปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทยให้เหมาะสมกับเด็กไทย

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลาย ๆ ด้านพร้อม ๆ กัน และยังคงเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมจะส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่นเกิดความคับข้องใจได้ การเกิดความคับข้องใจเรื้อรังจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื้อรัง และทำให้บุคคลไม่สามารถลดความวิตกกังวลลงได้โดยใช้พฤติกรรมเก่า ๆ ที่คุ้นเคย จะทำให้เกิดกลุ่มอาการซึมเศร้าจากการปรับตัวที่ผิดปกติ (Maladaptive Depression Syndrome) (Guggenheim & Nadelson, 1990) อ้างถึงใน อรรพรรณ หนูแก้ว, 2536) ซึ่งสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นนั้น นอกจากการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตามวัยดังกล่าว ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางชีวภาพ พันธุกรรมสภาพทางจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสูญเสีย การประสบเหตุการณ์ หรือภาวะวิกฤต การพลัดพราก การขาดทักษะในการควบคุมตนเอง ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง ความต่ำถ้อยในคุณค่าตนเองต่ำ และความล้มเหลวในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Brage, 1995)

นอกจากนี้ประสบการณ์ในครอบครัวยังมีผลต่อการพัฒนาด้านจิตใจ ได้แก่ การถูกบิดามารดาทำร้าย การถูกละเลย หรือทอดทิ้ง ความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวที่บิดามารดามีความผิดปกติทางจิต และการสูญเสียบิดามารดา ล้วนมีผลทำให้วัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (เรไร เทวะทัศน์, 2535; อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539; Brage, 1995)

ซึ่ง เบ็ค (Beck, 1967) ได้กล่าวไว้ว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีแนวคิดในแง่ลบต่อตนเองในปัจจุบัน และประสบการณ์ในอดีตที่เคยได้รับ และสิ่งที่จะเกิดต่อไปในอนาคต

(Negative Cognitive Triad) ทำให้วัยรุ่นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ส่งผลให้
 เนื้อหาความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริงในทางลบ เป็นไปโดยอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น เช่น การศึกษาของ

เรไร เทวะทัศน์ (2535) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน
 เขตจังหวัดชลบุรี ที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 จำนวน 871 คน ผลการศึกษา
 พบว่านักเรียนวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.04

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า
 ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่ม
 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 1,264 คน ผลการศึกษาพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.8
 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผลการเรียนต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์
 ที่ไม่ดีระหว่างบิดามารดา การที่บิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข
 การศึกษา และรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา

จุตจราวร ศรีเพชร (2544) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและปัจจัย
 สิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6
 จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีร้อยละ 44.80 และพบว่า
 ปัจจัยด้านความผูกพันกับบิดามารดา ความสัมพันธ์กับเพื่อน การมีเหตุการณ์สูญเสีย เพศ
 ระดับชั้นเรียน ผลการเรียน มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

มันทนา นทธีราร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้น
 มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ
 63.1 ระดับปานกลางร้อยละ 33.4 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.5

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าเด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนแปลงผ่านไปสู่วัยผู้ใหญ่
 ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
 และสภาพเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นเกิดความสับสน ความคับข้องใจ และถ้าเด็กวัยรุ่น
 ไม่สามารถผ่านพัฒนาการเหล่านี้ได้ จะส่งผลให้เด็กวัยรุ่นเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด เด็กวัยรุ่น
 ในสถานสงเคราะห์ก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามที่กล่าวมา
 โดยรายละเอียดเกี่ยวกับเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์จะกล่าวโดยละเอียดให้หัวข้อต่อไป

วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

ปัญหาเยาวชนที่กำพร้า อนาคตไร้ที่พึ่ง ครอบครัวยากจน ขาดแคลน ถูกทารุณกรรม
 ผู้ปกครองไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้อย่างเหมาะสม เป็นปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น หากไม่ได้รับ

การแก้ไขจะทำให้เกิดปัญหาดังคม เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการใช้แรงงานโดยมิชอบ ปัญหายาเสพติด เป็นต้น รัฐบาลได้มองเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมอบให้กรมประชาสงเคราะห์จัดตั้งสถานอาชีวบุคคลวัยรุ่นขึ้น และต่อมาได้เปลี่ยนเป็นสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง โดยเปิดดำเนินการในวันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2499 ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการสงเคราะห์ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็กกำพร้า อนาคตา ไร้ที่พึ่ง เด็กที่ถูกทอดทิ้งอยู่ตามโรงพยาบาล สถานเลี้ยงเด็ก หรือที่สาธารณะ เด็กที่ครอบครัวยากจน ขาดแคลน และประสบความเดือดร้อน รวมถึงเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสมแก่วัย เช่น เกรี้ยวรื้อน ขอดทาน คำประเวณี เป็นต้น สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุงก็เป็นส่วนหนึ่งของกองสงเคราะห์เด็กและบุคคลวัยรุ่น เพื่อให้การสงเคราะห์เด็กชายที่ประสบปัญหาทั่วทุกภาคของประเทศ (สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง, 2548)

การให้บริการของสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง

โดยทั่วไปมีการจัดบริการให้แก่เด็กในด้านต่าง ๆ ซึ่งพอจะกล่าวโดยรวมได้ดังนี้ (สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง, 2548)

1. บริการด้านการเลี้ยงดู

จัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มและเครื่องใช้ที่จำเป็นแก่เด็ก โดยมีเจ้าหน้าที่ พ่อบ้านแม่บ้านประจำ ทำหน้าที่ดูแลให้ความรัก ความอบอุ่น และให้คำแนะนำตักเตือนพร้อมทั้งอบรมสั่งสอนแก่เด็กเสมือนบิดา มารดา ซึ่งเด็กทุกคนจะได้รับประทานอาหารวันละ 3 เวลา และวันที่ไปโรงเรียนจะได้รับค่าอาหารกลางวันและค่าพาหนะเดินทางไปกลับ

2. บริการด้านการรักษาพยาบาล

จัดให้มีเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำสถานสงเคราะห์เพื่อดูแลสุขภาพอนามัยของเด็ก มีเรือนพยาบาลประกอบด้วยเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่าง ๆ ตามความจำเป็นและกรณีที่เกิดเจ็บป่วยเกินความสามารถก็จะส่งตัวเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลใกล้เคียงทันที เช่น โรงพยาบาลบางละมุง, โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, โรงพยาบาลชลบุรี เป็นต้น

3. บริการด้านการศึกษาและการฝึกอาชีพ

จัดให้มีบริการการศึกษาภาคบังคับ โดยเข้ารับการศึกษาในสถานศึกษาใกล้เคียง และส่งเสริมให้เด็กได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ได้แก่ มหาวิทยาลัยของรัฐทั้งภายในจังหวัดและต่างจังหวัด ทั้งส่งเสริมให้เด็กได้รับการฝึกอาชีพตามความถนัด ความสนใจของเด็ก เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กให้มีความรู้ความสามารถไปประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวต่อไป

4. บริการด้านสังคมสงเคราะห์

มีนักสังคมสงเคราะห์รับผิดชอบในการให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย และกลุ่ม เพื่อป้องกัน แก้ไขและพัฒนาให้เด็กสามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้ มีการแนะแนวแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม

4.1 งานสวัสดิการเด็ก ได้แก่ การดูแลสวัสดิการเด็กทั่วไป การดูแลความปลอดภัย เสมือนอยู่ในครอบครัว

4.2 งานทะเบียนประวัติ มีการจัดทำทะเบียนประวัติเด็กแต่ละราย โดยสอบข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์เด็กและผู้เกี่ยวข้องครอบครัวและทำการบันทึกพฤติกรรมเด็กไว้ทุกระยะเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในการช่วยเหลือ หรือแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง

4.3 งานเตรียมเด็กที่พ้นการสงเคราะห์ เด็กที่พ้นการสงเคราะห์อาจด้วยสาเหตุครอบครัวขอรับกลับไปอุปการะ นักสังคมสงเคราะห์จะต้องเตรียมเด็กและครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และติดตามเยี่ยมบ้านในโอกาสต่อไป

4.4 งานแก้ปัญหาและพัฒนาความประพฤติ เป็นการให้คำปรึกษาทั่วไปแก่เด็ก ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา

4.5 บริการด้านนันทนาการ มีการจัดกิจกรรมให้เด็กได้ออกไปทัศนศึกษาภายนอก เช่น สวนสัตว์ สวนสนุก รวมทั้งกิจกรรมร่วมสนุกกับบุคคลภายนอก เช่น วันเด็กแห่งชาติ วันลอยกระทง เป็นต้น จัดให้มีกิจกรรมภายใน เพื่อให้เด็กสนุกสนานเพลิดเพลินเหมาะสมกับวัย

4.6 บริการด้านการอบรมศีลธรรมจรรยา จัดให้เด็กร่วมกิจกรรมบรรพชาสามเณรภาคฤดูร้อน และทำบุญตักบาตร ฟังเทศน์ เวียนเทียนในวันสำคัญทางศาสนา เพื่ออบรมบ่มนิสัยจิตใจ จิตใจ ปลูกฝังระเบียบวินัย และรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อเตรียมพร้อมเด็กให้พร้อมที่จะเป็นพลเมืองที่ดีของประเทศไทย

4.7 บริการด้านจิตวิทยา เด็กที่ได้รับการศึกษาภาคบังคับและไม่ต้องการศึกษาต่อ จะดำเนินการประสานกับสำนักงานจัดหางานจังหวัดชลบุรี เพื่อจัดหางานให้ตามความรู้ ความสามารถ จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เป็นเด็กที่มาจากรอบครัวแตกแยก ถูกทอดทิ้ง กำพร้า ครอบครัวยากจน เด็กที่ประพฤติดนไม่เหมาะสม โดยเด็กจะได้รับการดูแลในด้านความเป็นขั้นพื้นฐาน ด้านการศึกษา ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฝึกอาชีพ และด้านการสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจากการที่เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ต้องประสบกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย การพลัดพราก เป็นต้น ประกอบกับการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เกิดความคับข้องใจ ความขัดแย้ง และการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์

1. อายุ จากการศึกษพบว่าอารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยการศึกษาทางชีววิทยาพบว่าระดับ โมโนเอมมีนออกซิเดส (Monoamine Oxidase) เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเอนไซม์ โมโนเอมมีนจะทำหน้าที่ขจัดนอร์อิพิเนพรีน (Norepineprine) โดปามีน (Dopamine) และ ซีโรโทนิน (Serotonin) บริเวณ Synaptic Cleft ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) ดังเช่น จากรายงานการศึกษาวัยรุ่นที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจะพบมากกว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี (Pataki, 2000) สอดคล้องจากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าในเพศชายจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุ (Boyd & Weissman, 1989 cited in Townsend, 1999)

2. บุคลิกภาพส่วนตัว นักจิตวิทยาหลายคนค้นพบว่า บุคคลที่มีความไวต่อความรู้สึกจะมีภาวะซึมเศร้า มักจะมีบุคลิกลักษณะ ได้แก่ ความรู้สึกในคุณค่าตนเองต่ำ มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้อื่นแบบพึ่งพา หรือยึดติด มีวุฒิภาวะไม่สมบูรณ์ (Rothschild, 1999) บุคลิกภาพที่ขาดทักษะในการเผชิญภาวะเครียด และความโกรธ บุคลิกภาพหวาดระแวง บุคลิกภาพที่ไวต่อความรู้สึก บุคลิกภาพที่แยกตนเองออกจากสังคม บุคลิกภาพตำหนิตนเอง และบุคลิกภาพย้ำคิด (Weissman, 1978 cited in Lewi & Grainger, 1989)

3. ความสัมพันธ์กับเพื่อน เพื่อนจะมีอิทธิพลมากต่อวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ทั้งในเรื่องการตัดสินใจและค่านิยม เพื่อนจะเป็นคนที่รับฟังความรู้สึก และความไม่สบายใจ การไม่ได้รับการยอมรับหรือการไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนจะเป็นสาเหตุให้วัยรุ่นรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และนำไปสู่ ภาวะซึมเศร้า (Schorwaller & Towbin, 1989 cited in Sripet, 2001) ดังเช่นการศึกษา อรวรรณ หนูแก้ว (2536) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่ต่ำ

วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลาย ๆ ด้านพร้อม ๆ กัน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนสติปัญญา (Pataki, 2000) ประกอบกับวัยรุ่นในกลุ่มนี้ล้วนแล้วแต่มาจากครอบครัวที่มีปัญหา ได้แก่ เด็กที่มาจากครอบครัวแตกแยก ครอบครัวยากจน เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กเร่ร่อน เด็กที่มีปัญหาความประพฤติ เป็นต้น และต้องเข้ารับการอุปการะอยู่ในสถานสงเคราะห์ นอกจากนี้สถานสงเคราะห์ยังทำหน้าที่เป็นครอบครัวทดแทนสำหรับเด็ก โดยจะให้ความรักความอบอุ่น (สถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านบางละมุง, 2548)

แต่สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันนี้พบว่าจำนวนของเด็กที่ถูกทอดทิ้งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างมากมายที่เกิดขึ้นในสังคม จากการสำรวจสถิติการสังคนระดับครัวเรือนทั่วประเทศปี พ.ศ. 2542 พบว่าเด็ก และเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดามีจำนวนถึง 1.2 ล้านคน โดยเป็นเด็กกำพร้าประมาณ 37,000 คน จำนวนเด็กที่ถูกทอดทิ้งจำนวน 140,000 คน และสถิติการรับเด็กที่ถูกทอดทิ้งทั้งเด็กปกติ และเด็กพิการของกรมประชาสงเคราะห์ ในช่วง พ.ศ. 2538-2544 รวมทั้งสิ้น 69,269 ราย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546) สถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงจำนวนเด็กที่ถูกทอดทิ้ง และเด็กที่ต้องได้รับการอุปการะ ในสถานสงเคราะห์จะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น และอัตราค่าจ้าง คุณภาพของบุคลากร และงบประมาณที่จำกัดทำให้สถานสงเคราะห์ให้การดูแลเยาวชนได้เพียงบางเรื่องเท่านั้น ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลในเรื่องความต้องการพื้นฐานทางร่างกาย การให้การศึกษา การฝึกอาชีพ การอบรมศีลธรรมจรรยา ส่วนการดูแลด้านจิตใจนั้น ไม่สามารถให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็กได้อย่างทั่วถึง (วิชญา ไชยเทพ, 2544)

จากการศึกษาของนักจิตวิเคราะห์หลาย ๆ ท่านมีความเห็นว่ายิ่งเด็กมีความอบอุ่นจากแม่เท่าใด เด็กก็จะมีใจกว้าง และเปลี่ยนลักษณะการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Self-Center) มาเป็นการรักสิ่งของ หรือบุคคล (Object Love) และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาอารมณ์ และจิตใจ จากการศึกษาของ (Spitz, 1988 cited in Townsend, 1999) ที่ศึกษาค้นคว้าในเรื่องสุขภาพของเด็กที่ขาดแม่ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าในสหรัฐอเมริกา โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษามากกว่า 12 ปี พบว่าเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้ามักจะเกิดอาการของโรคขาดแม่ ซึ่งเรียกอาการที่เกิดขึ้นในเด็กนี้ว่า เป็นกลุ่มอาการชนิดหนึ่งของการขาดอารมณ์อบอุ่น (Emotional Deprivation Syndrome) คือ การขาดคนคอยอุ้มชูเลี้ยงดู ให้ความอบอุ่น และให้ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เด็กจะมีอาการหงอยเหงา ขาดความสุข มีอารมณ์ซึมเศร้า พัฒนาการไม่เป็นไปตามวัย และอาจกลายเป็นบุคคลที่ไม่มีอารมณ์ตอบสนองต่อผู้อื่น เมื่อโตขึ้น มักเกรง มีปัญหาทางเรื้อรัง ปัญหา การศึกษา และทางด้านจิตใจ จากการศึกษาของ กองวิชาการกรมประชาสงเคราะห์ (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ภูมิชาย ปลั่งอ้วน, 2542) ได้ทำการศึกษาปัญหาและความต้องการของเด็ก ในสถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่าความต้องการของเด็กในสถานสงเคราะห์ คือ ต้องการความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ ความใกล้ชิด ต้องการความมั่นคงในชีวิต ต้องการได้รับการศึกษา ส่วนปัญหาที่พบ คือ ปัญหาความประพฤติ ปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ ปัญหาด้านการเรียน การศึกษาของ พิสมัย เต็งพงศพร (2533) ที่ศึกษาระดับความซึมเศร้าของเด็กและเยาวชน จากสถานสงเคราะห์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี พบว่าเด็กและเยาวชนในสถานสงเคราะห์ขาดความรัก ความอบอุ่น และรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองต่ำกว่าเด็กทั่วไปจากการที่

เด็กขาดความรักความเอาใจใส่ที่เพียงพอ และเหมาะสม ไม่รู้จักการใช้ชีวิตในสภาพครอบครัว ทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of Belonging) ขาดความผูกพันกับบุคคลอื่น สร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ยาก

กัญญา ชีเรนทร (2538) พบว่าการที่วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ไม่สามารถสร้างความผูกพันกับผู้อื่นได้ เนื่องจากขาดการดูแลใกล้ชิดสม่ำเสมอ และต่อเนื่องจากบุคคลคนเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถให้ความไว้วางใจขั้นพื้นฐานกับผู้อื่นได้ เด็กจึงไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีพัฒนาการทางสังคมผิดปกติ หรือผิดปกติทั้งพัฒนาการ สถิติปัญญา อารมณ์ และสังคม เด็กเหล่านี้จะมีอาการก้าวร้าว ถอยหนี ซึมเศร้า

อรรรรณ หนูแก้ว (2536) พบว่าเด็กวัดสระแก้วมีระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรงกว่าเด็กในครอบครัวปกติอย่างมีนัยสำคัญ และมีปัญหาด้านความวิตกกังวลสูง ขาดความเป็นอิสระ

วนิดา หัตถพันธ์ (2532) พบลักษณะบุคลิกภาพของเด็กในสถานสงเคราะห์ที่อยู่นอกเกณฑ์ปกติ 7 ด้าน ได้แก่ ลักษณะเข้ากับคนอื่น ได้ง่าย ชอบฟังพาดูคนอื่น อ่อนไหวง่าย โอนอ่อนผ่อนตาม ขี้อาย ชอบเก็บตัว และเฉื่อยชา และยังพบว่าปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าสูง ได้แก่ จากตัวเด็กเองที่มีสาเหตุพื้นฐานมาจากการสูญเสีย ความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ลักษณะซูเปอร์อีโก้ (Super Ego) ที่มีสูงจะรู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และจากการที่เด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์มีภาวะซึมเศร้าก็จะส่งผลกระทบต่อในหลายๆ ด้าน ได้แก่ เกิดความผิดปกติของพัฒนาการ และการเรียนรู้ การแยกตนเองออกจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว (Brage, 1995) ปัญหาการเรียน การทำงาน ปัญหาการเข้าสังคม ปัญหาความประพฤติ ได้แก่ การขาดเรียน หรือการหยุดเรียน การเริ่มใช้สารเสพติด และโดยเฉพาะการฆ่าตัวตาย (Rushton & Schectman, 2001) จากการศึกษาของ อุมพร ศรีคงสมบัติ และอรรรรณ หนูแก้ว (2541) ที่ศึกษาจิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีการฆ่าตัวตาย โดยศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ที่อาศัยอยู่ในวัดสระแก้วจำนวน 257 ราย ผลการศึกษาพบว่ามีความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะ 1 ปีเท่ากับร้อยละ 34.2 โดยเป็นความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 24.1 และการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 10.1 นอกจากนี้พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่พบบ่อยคือ ความรู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์นั้นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และความรุนแรงของปัญหาจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ อย่างมากมาย ซึ่งจะบั่นทอนคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นเอง และยังส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศ เด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการดูแล หรือช่วยเหลือที่ถูกต้องอาจมีอาการของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตที่สำคัญ และเป็นอันตรายถึงชีวิต ได้แก่ การพยายาม

ฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควร จะได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง และเหมาะสม ซึ่งวิธีการช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า นั้นประกอบด้วย การบำบัดทางจิตใจ และสังคม วิธีการบำบัดทางปัญญาเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดทางจิตใจ และสังคม เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ภาวะวิกฤต และจากการที่บุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาของเบ็ค ปัจจัยที่สามารถช่วยปรับในเชิงการป้องกัน ได้คือ การจัดการกับความคิดอัตโนมัติในทางลบของบุคคล (Beck, 1967) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิด (Thought Substitution) การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) และการสร้างจินตภาพ (Imagery) (Fortinash & Holoday-Worret, 2003) การให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้ศึกษาพอจะสรุปได้ ดังนี้

การบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Therapy) เป็นการบำบัดแบบจิตบำบัดประเภทใช้ระยะเวลาสั้น และเหมาะกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าด้านเดียว จุดประสงค์ของการบำบัดโดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลช่วยแก้ไขให้มีการพัฒนาวิธีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความบกพร่องของทักษะทางสังคมให้ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ความต้องการทางอารมณ์ของคนได้รับการตอบสนอง เพื่อลดอารมณ์ซึมเศร้า และเพิ่มความภาคภูมิใจ ช่วยแก้ไขความสับสนในบทบาทของตนเอง โดยจิตบำบัดชนิดนี้มีข้อตกลง (Assumption) อยู่ 2 ประการ ประการที่หนึ่ง คือ ปัญหาระหว่างบุคคลในปัจจุบันมักจะมีรากฐานมาจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในวัยเด็ก ประการที่สอง คือ ปัญหาระหว่างบุคคลในปัจจุบันมักจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า หรือทำให้อารมณ์ซึมเศร้าคงอยู่อย่างต่อเนื่อง (Klerman et al., 1973 cited in Burt & Ishak, 2002)

พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) พฤติกรรมบำบัดมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมที่มีลักษณะ ไม่ปรับตัวจะทำให้บุคคลนั้นได้รับผลย้อนกลับที่เป็นทางบวกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และบางครั้งกลับถูกปฏิเสธอย่างชัดเจนจากสังคม พฤติกรรมบำบัดมุ่งสอนให้เรียนรู้ที่จะทำหน้าที่ได้ดีขึ้นจากการได้รับแรงเสริมในทางบวก (Positive Reinforcement) หรือแรงเสริมทางลบ (Negative Reinforcement) พฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะซึมเศร้ามีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยผู้ป่วยเพิ่มความถี่ของการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ชนิดที่ทำให้ได้รับแรงเสริมทางบวก ลดความถี่ของปฏิสัมพันธ์ชนิดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมในทางลบ เพิ่มทักษะทางสังคม เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้การคิดที่เป็นสาเหตุทำให้ซึมเศร้า และความรู้สึกซึมเศร้าดีขึ้น (Peterson et al., 1993)

การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy) (Beck, 1967) เบ็คเป็นผู้ให้กำเนิดการบำบัดทางปัญญา โดยกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือนไปเลือกสนใจแต่แง่ลบของ

เหตุการณ์ ชอบคาดผลในทางที่ไม่เป็นจริง ดังนั้นการบำบัดทางปัญญามีวัตถุประสงค์ เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำอีก วิธีการคือ ช่วยให้เข้าใจและค้นหาความคิดที่มีลักษณะลบของตนเองเป็นอย่างไร ช่วยพัฒนาวิธีการคิดไปในอีกแนวทางหนึ่งที่ยืดหยุ่นกว่า และเป็นไปในทางบวก เป็นการช่วยชักจูงให้เกิดการรับรู้ที่ใหม่ ๆ และเกิดพฤติกรรมตอบสนองที่ใหม่ ๆ วิธีการบำบัดทางปัญญามีอยู่มากมายหลายวิธี ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิด (Thought Substitution) เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดจากความคิดทางลบ มาเป็นความคิดทางบวก หรือความคิดที่มีเหตุมีผล โดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง

วิธีการบำบัดทางปัญญามีอยู่หลายอย่าง ได้แก่ การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization) เป็นกระบวนการลดความรู้สึกด้านลบ หรือความกลัวต่อวัตถุ ความคิด หรือเหตุการณ์อย่างมีแบบแผน และการสร้างจินตภาพ

การสร้างจินตภาพ (Imagery)

การสร้างจินตภาพเป็นการบำบัดทางปัญญาวิธีการหนึ่ง ซึ่งมีการนำมาใช้ตั้งแต่โบราณ ในสมัยยุคกลาง โดยมาจากพระในประเทสริเบตใช้การสร้างจินตภาพในการบำบัด โดยให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงภาพพระพุทธรเจ้า (Holmes, 2003) หลังจากนั้นก็มีการใช้การสร้างจินตภาพในการรักษาโรคเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน การสร้างจินตภาพเป็นเครื่องมือทางความคิดที่กระตุ้นระบบการรับรู้หลากหลาย ได้แก่ การมองเห็น การฟัง การได้กลิ่น การลิ้มรส การเคลื่อนไหว ความคิดทางบวก และการสัมผัส (อุบลรัตน์ ศีพร้อม, 2546) ซึ่งการสร้างจินตภาพจะใช้การจินตนาการถึงภาพสถานที่ที่พึงพอใจ ซึ่งการใช้การจินตนาการนี้ บิคแฮม, เดวิด และแซมเพย์ (Brigham, Davis, & Sampey, 1995 อ้างถึงใน อินทรา ปัทมินทร, 2542) ได้กล่าวว่า การจินตนาการจะประกอบไปด้วยการใช้ประสาททุกช่องทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การเคลื่อนไหว การรับรส การได้กลิ่น นอกจากนี้การจินตนาการยังรวมถึงสัมผัสพิเศษภายในจิตใจของบุคคลด้วย ทำให้จินตนาการมีพลังเหนือร่างกาย และจิตใจ พฤติกรรมทุกอย่างที่เกิดขึ้นนั้นล้วนแต่มีจินตนาการเป็นตัวนำมาก่อนทั้งสิ้น ได้มีผู้ให้ความหมายของการสร้างจินตภาพไว้หลากหลาย โดย สเติเฟน (Stephens, 1993) กล่าวว่า การสร้างจินตภาพ หมายถึง วิธีการที่ใช้ติดต่อสื่อสารระหว่างการรับรู้ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งเสมือนสะพานเชื่อมระหว่างความคิด อารมณ์ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

คอสเสย์ (Dossey, 1997) กล่าวว่า การสร้างจินตภาพเป็นการใช้ประสบการณ์เกี่ยวกับความจำ ความฝัน การสร้างมโนภาพ และการมองเห็น ซึ่งเป็นการมองเห็นภาพในความคิด และเน้นการรับรู้จากสัมผัสทั้ง 5 ขณะที่สร้างจินตภาพนั้นจะมีการตอบสนองทางด้านสรีระ โดยไม่รู้สึกร้าว

ทำให้เกิดภาวะผ่อนคลาย และหากการสร้างจินตภาพเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สามารถสังเกตได้

แบรดฟอร์ด (Bradford, 1988) ที่กล่าวว่า การสร้างจินตภาพเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบไปเป็นความคิดด้านบวก โดยจะเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างเป็นขั้นตอน และยังก่อให้เกิดการผ่อนคลาย และการเบี่ยงเบนความสนใจ

รอว์ลลิน (Rawlins, 1988) กล่าวว่า การสร้างจินตภาพเป็นการช่วยเหลือผู้ที่หมกมุ่นกับความคิดในด้านลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการช่วยเหลือ โดยให้จินตภาพถึงเวลา หรือประสบการณ์ที่มีความสุข หรือสถานที่ที่ชอบ ได้แก่ ทะเล ชายหาด ภูเขา หรือสถานที่ที่ต้องการจะไป จะทำให้รู้สึกสบายใจ

กรีน และเชลเลนเบอร์เกอร์ (Green & Shellenberger, 1991) กล่าวว่า การสร้างจินตภาพมักประกอบด้วยการจินตนาการถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของภาพ และเกิดความรู้สึก อันเนื่องมาจากกายและใจมีความสัมพันธ์กัน จะทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลาย

ไมเคนบัม (Michenbaum, 1985 cited in Green & Shellenberger, 1991) กล่าวว่า ร่างกายความรู้สึกและพฤติกรรมของเราสะท้อนถึงสิ่งที่เราคิดอยู่ในใจ ซึ่งการบำบัดความคิดแบบใหม่ประกอบด้วยการฝึกจินตนาการด้านบวก (Positive Imagery)

โฮโรวิทซ์ (Horowitz, 1978 cited in Dossey, 1997) กล่าวว่า การสร้างจินตภาพเป็นการให้ข้อมูล การแสดงออก และการแก้ไขปรับเปลี่ยนของรูปแบบความคิด ซึ่งการสร้างจินตภาพและการแสดงออกของอารมณ์จะมีผลโดยตรงต่อการตอบสนองของร่างกาย

สรุปได้ว่า การสร้างจินตภาพ เป็นการนึกคิดและจินตนาการถึงภาพที่น่ารื่นรมย์ ก่อให้เกิดการตอบสนองของร่างกายและจิตใจ อันเป็นผลดีทั้งทางด้านความคิด สรีระ อารมณ์ และความรู้สึก

ทฤษฎีการสร้างจินตภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้อธิบายทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสร้างจินตภาพไว้หลายประการ ดังนี้

ทฤษฎีการสร้างจินตภาพของคอสเสย์ (Dossey, 1997) กล่าวว่า การสร้างจินตภาพมีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ของช่องว่างระหว่างมิติเวลา เชื่อว่าขณะที่มีการสร้างจินตภาพนั้น จะทำให้ ณ เวลานั้นอยู่คงที่ ไม่มีอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต

ทฤษฎีการตอบสนองของลาซารัส (Lazarus, 1984 cited in Health, 1992) เชื่อว่าการตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ นั้นขึ้นอยู่กับจินตนาการต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ทฤษฎีนี้จะอธิบายความแตกต่างของแต่ละบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าชนิดเดียวกัน เช่น ภาวะของโรค การรักษา

ของแพทย์ การนอนอยู่ในตึกผู้ป่วยหนัก เป็นต้น การตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ นั้นจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในอดีตที่จะเป็นตัวส่งเสริม หรือกำหนดให้มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในปัจจุบันว่าควรเป็นอย่างไร

ทฤษฎีการสร้างจินตภาพของโฮโรวิทซ์ (Horowitz, 1978 cited in Stephens, 1993)

กล่าวถึงรูปแบบของความคิดใน 3 ลักษณะ ที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองของ ร่างกาย คือ

ลักษณะที่หนึ่ง ความคิดที่มีผลต่อการตอบสนองของร่างกาย (Enactive Thought) จะเป็นความคิดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น การคิดถึงการยกของหนัก จะทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่ไหล่ และแขน การคิดถึงภาพการกัดผลมะนาวสีเหลืองที่สุกฉ่ำแล้ว จิมรสเปรี้ยวของมะนาว กล้ามเนื้อบริเวณด้านหน้าของหูจะเกร็ง และมีน้ำลายไหลออกมาภายในปาก เป็นต้น ซึ่งความคิดที่มีผลต่อการตอบสนองของร่างกายนั้นจะถูกควบคุม โดยสมองส่วนลิมบิก สมองส่วนนี้จะควบคุมภาวะอารมณ์ให้มีการตอบสนองออกทางร่างกาย การสร้างจินตภาพสามารถนำมาใช้ควบคุมความคิดที่มีผลต่อการตอบสนองของร่างกายได้ เพราะการสร้างจินตภาพจะทำให้เกิดการเชื่อมต่อของภาวะอารมณ์ กระตุ้นความคิดที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของร่างกาย และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สามารถสังเกตได้

ลักษณะที่สอง เป็นความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์ (Lexical Thought) เป็นความคิดในการสื่อสารให้มีความกระชับ ความคิดเชิงวิเคราะห์ ความคิดนามธรรม การคำนวณ การจดจำเวลา การวิเคราะห์วิจารณ์ให้มีความชัดเจน โดยความคิดนี้จะอยู่ในสมองซีกซ้าย ซึ่งจะเกิดจากการเรียนรู้ในวัยเด็กเก็บสะสมเป็นประสบการณ์ และเก็บไว้ในความทรงจำ เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเข้ามาใหม่บุคคลนั้นก็จะเป็นไปพิจารณาเปรียบเทียบความเป็นเหตุและผลตามความเป็นจริง และประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลที่เกิดในขณะนั้น เกิดเป็นพฤติกรรมและอารมณ์ที่แสดงออก

ลักษณะที่สาม ความคิดให้เห็นภาพ (Imagic Thought) เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับการฝัน การสร้างจินตนาการ และความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งจะถูกควบคุมโดยสมองซีกขวา โดยส่วนมากจะคิดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ความคิดให้เห็นภาพจะมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงก่อนที่เด็กจะเริ่มหัดพูด (Samuels & Samuels, 1987 cited in Stephens, 1993) เมื่อเด็กเริ่มหัดพูด และบอกความรู้สึกรหรือความคิดออกมาเป็นคำพูดทำให้การพัฒนาความคิดให้เห็นภาพลดน้อยลง การเรียนในโรงเรียนจะทำให้สมองซีกซ้ายมีการพัฒนามากในเรื่องความคิดเป็นเหตุเป็นผล และความคิดตรรกะวิทยา ขณะที่สมองซีกขวาก็จะพัฒนาช้าลง เช่น ความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งในบุคคลส่วนใหญ่ความคิดเชิงเหตุเชิงผล เปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์จะเด่นกว่าความคิดให้เห็นภาพ บุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการสร้างจินตภาพไม่เท่ากัน บุคคลที่สมองซีกขวาดำเนินการสร้างจินตภาพได้ง่าย ขณะที่บุคคลที่มี

สมองซีกซ้ายเด่น มักเกิดความขัดแย้งต่อการฝึกการสร้างจินตภาพ เนื่องจากความคิดมักจะขึ้นอยู่กับความเป็นจริงความเป็นเหตุเป็นผล แต่ก็สามารถสร้างจินตภาพได้ถ้าทราบเหตุผลของการสร้างจินตภาพ และการฝึกต้องเริ่มจากการฝึกในระดับง่าย ๆ ค่อยเป็นค่อยไป อาจจะต้องทำหลาย ๆ ครั้ง หรือใช้ประสาทสัมผัสหลาย ๆ ด้านเป็นตัวกระตุ้นในการสร้างจินตภาพ โดยความคิดทั้ง 3 ลักษณะนี้จะทำงานสัมพันธ์กันในขณะที่มีการสร้างจินตภาพ โดยการสร้างจินตภาพจะกระตุ้นสมองซีกขวาให้เกิดความคิดให้เห็นภาพ ซึ่งจะเป็นภาพสถานที่ที่พึงพอใจ สถานที่ที่รื่นรมย์ และขณะที่ใช้ความคิดเห็นภาพสถานที่ที่พึงพอใจนั้น จะเกิดการกระตุ้นสมองส่วนลิมบิก ซึ่งจะเป็นส่วนที่ควบคุมภาวะอารมณ์ ก่อให้เกิดอารมณ์ด้านบวก เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย และเพลิดเพลิน ขณะเดียวกันสมองซีกซ้ายจะ ได้รับข้อมูลตามเนื้อหาการสร้างจินตภาพ ก่อให้เกิดการใช้ความคิดความคิดเชิงเหตุเชิงผล ความคิดเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ และเนื้อหาความคิดไปในทางที่ถูกต้อง อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง

กลไกเกี่ยวกับความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับการสร้างจินตภาพ

ความจำ (Memory) ในระยะสั้น (Short-Term Memory) ส่วนใหญ่จะเก็บเข้ามาจากประสบการณ์ในอดีตที่ได้รับ รวบรวมไว้ใน Hippocampus ใน Lymbic System และคงอยู่นานหลายสัปดาห์ จึงส่งต่อความทรงจำไปเก็บไว้ในสมองหลายแห่ง ใน Neocortex ทำให้เกิดเป็นความจำระยะยาว (Long-Term Memory) เรียกว่ากระบวนการนี้ว่า Memory Consolidation (คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545)

Long-Term Memory ที่เก็บไว้ใน Neocortex มีอยู่ 2 ชนิด

1. Explicit Memory เป็นการบันทึกประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามา เข้าใจเป็นความทรงจำระยะยาวเก็บไว้ใน Neocortex และสามารถเรียกกลับมาใช้ประโยชน์ได้ เหตุการณ์ที่จำได้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง
2. Implicit Memory เป็นโครงสร้างความจำที่ถูกเก็บไว้ในจิตไร้สำนึก (Unconscious) โดยไม่รู้ตัว ซึ่งอาจเป็นความทรงจำเจ็บปวด ขมขื่น ทุกข์ทรมาน และไม่สามารถเรียกกลับมาใช้งานได้ในจิตได้สำนึก (Conscious) แต่จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมตามความคิดและความทรงจำนั้น ซึ่งตั้งแต่แรกเกิดมักจะมีลักษณะความจำเป็นแบบ Implicit Memory มากกว่า Explicit Memory (Debarah & Jerald, 1999)

ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างจินตภาพของ Horowitz สามารถอธิบายได้ว่า วัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะซึมเศร้า เก็บกคความรู้สึกลงจากประสบการณ์ในอดีตที่พวกเขาได้รับมาตั้งแต่แรกเกิดและในวัยเยาว์ไว้ในจิตไร้สำนึก ทำให้เกิดความจำในลักษณะ Implicit Memory ไว้นานจนเกิดอารมณ์ซึมเศร้าและพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน จากความคิดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเอง

โลกอนาคต เมื่อได้พยายามฝึกการสร้างจินตภาพให้กับเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ ให้เกิดการสร้างภาพ และความนึกคิดในทางบวก วัยรุ่นจะสามารถรับรู้ได้จากการรับรู้ความรู้สึกทั้ง 5 (Sensory Receptors) คือ การได้ยิน การได้กลิ่น การมองเห็น การสัมผัส การลิ้มรส และนำสิ่งที่ได้รับเข้ามาเก็บไว้ใน ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบลิมบิก (Lymbic System) ได้แก่ Mamillary Body และ Reticular Formation เก็บไว้เป็นความจำระยะสั้น (Short-Term Memory) และเมื่อทำการฝึกให้เกิดการสร้างภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ จะทำให้นักลสามารถเปลี่ยน ลักษณะนิสัยพื้นฐานที่เกิดจาก Implicit Memory ให้เกิดความคิดที่มีเหตุผล อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เปลี่ยนความคิดทางด้านลบที่มีต่อตนเอง โลก และอนาคต เป็นความคิดทางด้านบวก

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างจินตภาพของไฮโรวิทซ์ (Horowitz, 1978 cited in Stephens, 1993) ที่อธิบายถึง การสร้างจินตภาพว่ามีความสัมพันธ์กับ ความคิด 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดที่มีผลต่อการตอบสนองของร่างกาย (Enactive Thought) ความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์ห้วงจักรวาล (Lexical Thought) และความคิดให้เห็นภาพ (Imagic Thought) เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีนี้สามารถอธิบายกระบวนการสร้างจินตภาพได้อย่างครอบคลุม ชัดเจน และสามารถนำมาใช้กับเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากเด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการพัฒนาสติปัญญาสูงสุด มีความสามารถคิดเป็นระบบ มีเหตุผล มีความจำดี มีสมาธิ และมีจินตนาการ (Sullivan, 1953) ซึ่งมีความเหมาะสมในการสร้างจินตภาพตามทฤษฎีของ Horowitz

แนวทางและขั้นตอนในการสร้างจินตภาพ

การฝึกการสร้างจินตภาพอาจเกิดความแตกต่างกันบ้างในแต่ละบุคคล การฝึกการสร้างจินตภาพจะประสบผลสำเร็จได้ จะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ขั้นตอนการฝึกการสร้างจินตภาพมีดังนี้

ก่อนการสร้างจินตภาพควรอธิบายให้ผู้ถูกฝึกทราบถึงความหมาย ประโยชน์ และ ขั้นตอนในการทำ เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย (Dossey, 1997)

ผู้ฝึกควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกฝึก จะทำให้ผู้ถูกฝึกเกิดความมั่นใจ และให้ความร่วมมือในการสร้างจินตภาพ (อุบลรัตน์ คีพร้อม, 2546) ให้ความมั่นใจผู้ถูกฝึกว่า การสร้างจินตภาพ ทุกครั้งจะอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ถูกฝึกตลอดเวลา ผู้ถูกฝึกสามารถหยุด หรือ จะเปลี่ยนแปลงใด ๆ ได้ตลอดเวลาของการสร้างจินตภาพ สามารถหยุดการสร้างจินตภาพได้โดยการลืมตา เพื่อลดความวิตกกังวลซึ่งอาจมีผลต่อการสร้างจินตภาพ และให้ผู้ถูกฝึกมั่นใจว่าสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ (Stephens, 1993)

ก่อนการฝึกควมผู้ถูกฝึกถึงสถานที่ที่ชอบ อาจให้ผู้ถูกฝึกอธิบาย และ ใช้สถานที่นั้น ในการสร้างจินตภาพ เลือกสถานที่ที่เรียบง่ายสบาย ในการฝึกการสร้างจินตภาพ (Ackerman & Turkoski, 2000; Health, 1992; Holmes, 2003; Post-White, 1998; Stephens, 1993; อุบลรัตน์ คีพร้อม, 2546) ให้ผู้ถูกฝึกนั่งหรือนอนในท่าที่สบาย สวมเสื้อผ้าที่หลวม รับประทานอาหารให้พอดี ไม่หิว หรืออิ่มเกินไป และควรหลับตา เพื่อป้องกันการรบกวนจากการมองเห็นสิ่งรอบข้าง (Holmes, 2003; Kuhn, 1999; Post-White, 1998; Stephens, 1993)

ให้ผู้ถูกฝึกเกิดการผ่อนคลาย โดยการหายใจอย่างช้า ๆ ผ่อนคลายแต่ละส่วนของร่างกาย ซึ่งการผ่อนคลายมีความจำเป็นในการสร้างจินตภาพ เพราะจะช่วยลดความตึงของกล้ามเนื้อ และ จะช่วยให้สร้างจินตภาพได้ดียิ่งขึ้น (Kuhn, 1999) น้ำเสียงที่ใช้ควรเรียบ สงบ นุ่มนวลให้ความเชื่อมั่น ในการนำการสร้างจินตภาพจะทำให้ผู้ถูกฝึกรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ พยายามให้ผู้ถูกฝึกใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า รวมทั้งการเคลื่อนไหว ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการลิ้มรส (Ackerman & Turkoski, 2000; Health, 1992; Holmes, 2003; Post-White, 1998; Stephens, 1993) ขณะทำการฝึกการสร้างจินตภาพไม่ควรเร่งรัดหรือใช้คำพูด ที่รวดเร็ว ควรใช้เวลาในการทำอย่างช้า ๆ (Stephens, 1993)

ในการฝึกการสร้างจินตภาพ จะใช้ระยะเวลา 3-5 นาที (ละเอียดย ชูประยูร, 2521) และอาจทำได้นานถึง 15-30 นาที (Post-White, 1998) จนถึง 1 ชั่วโมง (Kuhn, 1999)

ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างจินตภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างจินตภาพมีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่

1.1 ลักษณะของบุคคล บุคคลที่มีสมองซีกซ้ายเด่น จะมีความคิดด้านการจินตนาการ ความคิดสร้างภาพน้อยกว่าบุคคลที่มีสมองซีกขวาเด่น แต่สามารถฝึกการสร้างจินตภาพได้ เช่นเดียวกันกับบุคคลที่มีสมองซีกขวาเด่น โดยจะเริ่มฝึกในขั้นที่ง่าย ๆ ก่อน การฝึกควรเป็นแบบ ค่อยเป็นค่อยไป ให้ฝึกทำบ่อย ๆ (Stephens, 1993) นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการสร้าง จินตภาพ เนื่องจากบุคคลมีความยินดีที่จะสร้างจินตภาพ จะทำให้เกิดความตั้งใจ และมีทัศนคติที่ดี ทำให้การสร้างจินตภาพง่ายขึ้น (Kristine, Mary, & Tara, 2000) โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะประเมิน ความสามารถในการสร้างจินตภาพ รวมทั้งความร่วมมือในการสร้างจินตภาพ และเลือกใช้กลุ่ม ตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 11-18 ปี ซึ่งในช่วงวัยนี้จะมีความคิดจินตนาการที่สูง มีความจำดี มีความคิด เป็นเหตุเป็นผล มีสมาธิ (Sullivan, 1953) และประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพ โดยใช้ แบบประเมินที่ดัดแปลงมาจาก KIAQ (Kristine, Mary, & Tara, 2000)

1.2 ภาวะอารมณ์ของบุคคล บุคคลที่อยู่ในภาวะไม่สุขสบายต่าง ๆ จะทำให้ไม่มีสมาธิในการฝึกการสร้างจินตภาพ ก่อนการฝึกทุกครั้งควรควบคุมภาวะทุกข์ทรมาน หรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ หรือภาวะทางกาย เช่น อิม หรือหิวเกินไป เหนื่อยล้า ให้ทุเลาลงก่อน (Dossey, 1997; Health, 1992) โดยก่อนการสร้างจินตภาพทุกครั้ง ผู้วิจัยจะประเมินความไม่สุขสบายต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะที่ไม่สุขสบายผู้วิจัยจะแก้ไขภาวะไม่สุขสบายให้ทุเลาลงก่อนทำการสร้างจินตภาพ

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการสร้างจินตภาพ เช่น การมีเสียงรบกวนขณะทำการสร้างจินตภาพ อุณหภูมิขณะนั้นร้อน หรือเย็นเกินไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลไม่อยู่ในภาวะผ่อนคลาย หรือ ไม่มีสมาธิในการฝึก ดังนั้น ก่อนการสร้างจินตภาพควรจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสม และมีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด (Ackerman & Turkoski, 2000; Stephens, 1993) ผู้วิจัยจะควบคุมโดยทำการฝึกการสร้างจินตภาพในห้องที่ไม่มีเสียงรบกวน และจะทำการฝึกการสร้างจินตภาพในช่วงเย็น คือ วันพุธและวันอาทิตย์ เพราะเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมมากที่สุด

ประโยชน์ของการสร้างจินตภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัย พบว่าการสร้างจินตภาพมีประโยชน์หลาย ๆ ด้าน โดยสามารถสรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ด้านร่างกาย การสร้างจินตภาพมีประโยชน์ในการรักษาอาการต่าง ๆ ดังนี้

- อาการปวดต่าง ๆ ได้แก่ ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปวดแผลไฟไหม้ (แสงกล้า พลนอก, 2544; Freeman, 2002)
- ช่วยลดอาการข้างเคียงจากการรักษา (Holmes, 2003) ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (นุชบา สมใจวงศ์, 2544)
- ลดอัตราการหายใจ ความดันโลหิต เพิ่มการไหลเวียนของเลือด และการนำออกซิเจนไปใช้เลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ (Holmes, 2003)
- เพิ่มระบบภูมิคุ้มกัน โรค (Holmes, 2003)

ด้านจิตใจ การสร้างจินตภาพมีประโยชน์ (Post-White & Johnson, 1988 cited in Dossey, 1997) ดังนี้

- เพิ่มความรู้สึกในการมีส่วนร่วมในการรักษา
- เกิดการตระหนักรู้ในอารมณ์
- ค้นพบความหมายของสถานการณ์ หรือความเจ็บป่วย
- เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

- สามารถแยกแยะสาเหตุ ที่มาของปัญหา
- ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด และพฤติกรรมไปในทางบวก

ข้อควรระวังในการใช้การสร้างจินตภาพ

การสร้างจินตภาพไม่ควรนำมาใช้ในบุคคลต่อไปนี้ (Ballou, n.d. อ้างถึงใน อินทิรา ปัทมินทร, 2542; Holmes, 2003; Kunh, 1999)

1. ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ผู้ป่วยทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน แต่ในผู้ป่วยจิตเวชบางรายสามารถใช้การสร้างจินตภาพในการบำบัด เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการกลัวอย่างผิดปกติ (Phobia) และใช้ในการปรับพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การลดน้ำหนัก และการนำเทคนิคการสร้างจินตภาพมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชควรอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต

2. บุคคลที่ไม่สามารถสร้างจินตนาการได้คล้ายจริง เพราะอาจสร้างภาพที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจขึ้นมาแทน เช่น ภาพความล้มเหลว ความตาย ความยากลำบาก ทำให้รบกวนการสร้างจินตภาพ

3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจ เพราะอาจจะเกิดความยุ่งยากในการควบคุมการหายใจ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างว่า จะต้องเป็นบุคคลที่ไม่มีอาการทางจิตประสาท การรับรู้เรื่องบุคคล เวลา สถานที่ และถ้าไม่สามารถสร้างจินตภาพได้อย่างเหมือนจริง และสร้างภาพลบ หรือภาพที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายขึ้นมาแทนจะถูกคัดออกจากงานวิจัย

การประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพ

การประเมินความสามารถในการฝึกการสร้างจินตภาพเป็นการประเมินประสิทธิภาพในการฝึกการสร้างจินตภาพ มีดังต่อไปนี้ (ละเอียด ชูประยูร, 2521; Ackerman & Turkoski, 2000; Post-White, 1998; Stephens, 1993)

การประเมินความรู้สึกผู้ถูกฝึกในขณะที่ฝึกการสร้างจินตภาพ เช่น ความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย สบายใจ และเกิดความเพลิดเพลิน (อุบลรัตน์ ศีพร้อม, 2546)

การสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกฝึกขณะที่ฝึกการสร้างจินตภาพ เช่น สงบ ผ่อนคลาย กระสับกระส่าย หน้าแดง เหงื่อออก หายใจแรง เป็นต้น ถ้าพบว่ามีอาการที่ผิดปกติให้หยุดการสร้างจินตภาพทันที เพราะอาจเกิดการสร้างจินตภาพในทางลบ หรือเกิดภาพที่ไม่พึงพอใจ

การประเมินความชัดเจนของภาพ ที่เกิดในขณะที่สร้างจินตภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะประเมินหลังการฝึกการสร้างจินตภาพ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพในเด็ก ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมิน KIAQ (Kid

Imaging Ability Questionnaire) (Kristine, Mary, & Tara, 2000) แบบประเมินนี้มีค่า Reliability = 0.73, Content Validity = 0.75-0.76 ในเนื้อหาของแบบประเมินจะเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงความสามารถในการสร้างจินตภาพและความรู้ถึงขณะฝึกการสร้างจินตภาพ ความชัดเจนของภาพ กลิ่น สี แสง เสียง ร่วมกับสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก หายใจแรง เป็นต้น จะหยุดการฝึกการสร้างจินตภาพทันที

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างจินตภาพและภาวะซึมเศร้า

พิสมัย เต็งพงศธร (2533) ที่ศึกษาระดับความซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนจากสถานสงเคราะห์ในจังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 7-18 ปี จากสถานสงเคราะห์เด็กพิการ และทุพพลภาพปากเกร็ด และสถานสงเคราะห์อีก 3 แห่ง จำนวน 420 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก ซี.ดี.ไอ (CDI) ผลการศึกษาพบว่า เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงรุนแรง นอกจากนี้พบว่าเด็กที่มีสภาพร่างกายแตกต่างกัน มีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยเด็กพิการอายุ 15-18 ปี มีระดับภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด

เรไร เทวะทัศน์ (2535) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตจังหวัดชลบุรี ที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 จำนวน 871 คน ผลการศึกษาพบว่านักเรียนวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.04

อรรณพ หนูแก้ว (2536) ที่ศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ ผลการศึกษาพบว่ามีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.9 มากกว่าเด็กปกติที่พบร้อยละ 20.8 และพบว่าเด็กวัดสระแก้วมีความคาดหวังในชีวิตด้านการศึกษา เศรษฐฐานะ ด้านครอบครัว รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยกว่าเด็กในครอบครัวปกติ เด็กวัดสระแก้วคิดว่าตนเป็นเด็กที่คอยโอกาสทางสังคม และมีข้อจำกัดด้านการเรียน ในเรื่องของสถานที่เรียน โอกาสทางการศึกษา คือ ต้องเรียนในโรงเรียนที่ทางวัดจัดให้เท่านั้น

อุมาพร ศรีจตุสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ที่ศึกษาความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 1,264 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.8 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผลการเรียนต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบิดามารดา การที่บิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข การศึกษา และรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา

อุมาพร ตรีศมบัติ และอรรณพ หนูแก้ว (2541) ที่ศึกษาจิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายศึกษาในเด็กวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายบ่อย ได้แก่ ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังต่ออนาคต การเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง การถูกบิดามารดาทอดทิ้ง และการถูกทารุณกรรม จะเห็นได้ว่าเด็กวัยรุ่นที่อยู่ในสถานสงเคราะห์มีความต้องการความรัก ความอบอุ่น มีความต้องการเป็นอิสระ บทพร่องในเรื่องสัมพันธภาพ แยกตนเอง รู้สึกโดดเดี่ยว มีความคิดทางลบต่อตนเอง โลก และอนาคต

จุลจรรยา ศรีเพชร (2544) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและปัจจัยสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีร้อยละ 44.80 และพบว่าปัจจัยด้านความผูกพันกับบิดามารดา ความสัมพันธ์กับเพื่อน การมีเหตุการณ์สูญเสีย เพศ ระดับชั้นเรียน ผลการเรียนรู้ มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

เบญจพร ปัญญาขย และคณะ (2545, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการมองเห็นที่มีอายุระหว่าง 12-17 ปี ในโรงเรียนสอนคนตาบอดภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 215 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ซี.ดี.ไอ (CDI) ผลการวิจัยพบว่าเด็กพิการทางการมองเห็นมีความชุกของภาวะซึมเศร้า

มันทนา นทีธาร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 63.1 ระดับปานกลางร้อยละ 33.4 และระดับรุนแรงร้อยละ 3.5

จารุณี มโนรา (2546) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ที่ผ่านการประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (BDI) ตั้งแต่เล็กน้อยถึงปานกลาง โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างจินตภาพ 8 ครั้ง ๆ ละ 15 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ หลังได้รับการสร้างจินตภาพน้อยกว่าก่อนได้รับการสร้างจินตภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โกคัล (Gold, 1982) ที่ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในนักเรียนหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างจินตภาพสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสร้างจินตภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสร้างจินตภาพมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไดแอน (Diane, 1989) ทำการศึกษาการสร้างจินตภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกจำนวน 40 คนทั้งชาย และหญิงที่ได้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI) ก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการสร้างจินตภาพสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้เข้าร่วมกลุ่มทักษะทางสังคมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสร้างจินตภาพมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โกลเดอโร (Cordero, 1990) ได้ศึกษาการใช้การสร้างจินตภาพในการทำจิตบำบัดแบบคริสเตียนในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่าง 18 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI) ก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างจินตภาพสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสร้างจินตภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสร้างจินตภาพมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

เอลเลน (Ellen, 1990) ได้ศึกษาผลของจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (BDI) ก่อน และหลังการทดลอง หลังจากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับการสร้างจินตภาพสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง และมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

ราตซ์ (Rash, 1991 cited in Frisch & Frisch, 2002) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 45 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตอบแบบประเมินความวิตกกังวล (State Trait Anxiety Inventory) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI) ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 สัปดาห์ โดยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการสร้างจินตภาพสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 เข้ากลุ่มระดับประคองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสร้างจินตภาพ และไม่ได้เข้ากลุ่มระดับประคอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสร้างจินตภาพมีระดับความวิตกกังวล และระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

บูเฟ (Bufe, 1992 cited in Frisch & Frisch, 2002) ได้ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กโดยทำการศึกษา 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการตอบแบบประเมินซีดีไอ (CDI) ก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการสร้างจินตภาพ 10 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับนันทนาการครั้งละ 30 นาทีเป็น

จำนวน 10 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสร้างจินตภาพมีระดับคะแนนซึมเศร้า ลดลงหลังการทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนซึมเศร้า

สโลแมน (Sloman, 2003) ที่ศึกษาผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการสร้างจินตภาพ ต่อความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 56 ราย และมีประสบการณ์เกี่ยวกับความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มที่ 3 ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการสร้างจินตภาพ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สลับกันระหว่างการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการสร้างจินตภาพ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มที่ 4 ไม่ได้รับทั้งการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการสร้างจินตภาพ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการตอบแบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตก่อน และหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และ กลุ่มที่ 3 สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสร้างจินตภาพนั้น มีผลในการลดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการสร้าง จินตภาพต่อภาวะซึมเศร้า ประกอบกับการสร้างจินตภาพยังเป็นวิธีที่เข้าใจได้ง่าย สะดวก มีขั้นตอน และวิธีการทำที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายน้อย และยังส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถนำ วิธีการสร้างจินตภาพไปฝึกใช้ควบคุมได้ด้วยตนเอง