

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความคิดที่มีต่อความเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งชาย ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. แบบแผนความคิดที่มีต่อโรคมะเร็ง
3. ความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งชาย
4. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความคิดที่มีต่อความเจ็บป่วยกับความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งชาย

โรคมะเร็ง

มะเร็ง คือกลุ่มโรคที่เกิดเนื่องเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติ ที่ DNA (Deoxyribonucleic Acid) หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ รวดเร็ว และมากกว่าปกติ ดังนั้น จึงอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ และในที่สุดก็จะทำให้เกิด การตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้น เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การเจริญเติบโตที่ไม่ สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้มีการขยายขนาดจนมองเห็นได้ ภายในเซลล์จะมีการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ตามมาและเกิดคุณสมบัติของมะเร็งที่รุนแรงขึ้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2549) ถ้าเซลล์พวกนี้เกิดขึ้น ที่อวัยวะใดก็จะเรียกชื่อมะเร็งตามอวัยวะนั้น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งสมอง มะเร็งเต้านม มะเร็งปาก มดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น

ลักษณะของเซลล์มะเร็ง

ลักษณะพื้นฐานของเซลล์มะเร็งสามารถสรุปได้ต่อไปนี้

1. เซลล์มะเร็งจะมีการเจริญเติบโตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนเซลล์ปกติมีการแบ่งตัว ที่แน่นอนโดยอาศัยยีนและผลผลิตของยีน คือโปรตีนในการควบคุมการเข้าสู่ระยะต่าง ๆ ของ การแบ่งตัว แต่เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงของยีนทำให้กลไกการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ ผิดปกติไป โดยเป็นการแบ่งตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้
2. การแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งจะมีการแบ่งตัวสูงและยากต่อการควบคุม ตามปกติระดับ การทำหน้าที่ของเซลล์จะแตกต่างกันออกไป การเกิดเซลล์มะเร็งจะเพิ่มเซลล์ที่มีความสามารถในการ แบ่งตัวสูงส่งผลให้เซลล์แบ่งตัวสูงมาก จึงทำให้เซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวอย่างควบคุมไม่ได้

3. มีการกลายพันธุ์ที่ระดับยีน ทำให้เซลล์มะเร็งมีความทนต่อการขาดสารอาหาร ไวต่อการกระตุ้นการเจริญเติบโต และอัตราการแบ่งตัวสูง

4. การตายของเซลล์ เซลล์ปกติจะมีกระบวนการพื้นฐานในการกำหนดว่าเซลล์ใดจะถูกทำลายไปหรือตายไป เพื่อรักษาคุณภาพของการเจริญเติบโตของเซลล์ให้อยู่ในสภาพคงที่และควบคุมได้ แต่ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเซลล์มะเร็งทำให้ไม่ตาย และแบ่งตัวได้บ่อยครั้งกว่าเซลล์ปกติ

5. ความสามารถในการแพร่กระจาย เซลล์มะเร็งมีความสามารถในการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลจากต้นกำเนิดของเซลล์มะเร็งได้

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเชื่อว่าเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงและการทำหน้าที่ผิดปกติของเซลล์ อันเนื่องมาจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา การปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2549) ได้แก่

1. สารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม ได้แก่สารเคมี แสงอัลตราไวโอเลต สิ่งที่เกิดจากการระคายเคืองเรื้อรัง การติดเชื้อ และอาหารก่อมะเร็ง

1.1 สารเคมี สารเคมีที่เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็ง เช่น การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของมะเร็งปอด หลอดลม ช่องปาก หลอดอาหาร และกล่องเสียง การดื่มเหล้าเป็นสาเหตุของมะเร็งตับ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณและระยะเวลาของการสัมผัสสารเคมีนั้น ๆ

1.2 แสงอัลตราไวโอเลต มีมากในแสงแดดและเป็นสาเหตุของมะเร็งผิวหนัง ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สัมผัสแสงแดด ระดับความเข้มข้นของแสงอัลตราไวโอเลต และปริมาณเมลานิน (Melanin) บริเวณผิวหนัง บุคคลที่มีผิวขาวจะมีโอกาสเป็นมะเร็งผิวหนังสูงกว่าผู้มีผิวคล้ำ ถ้าสัมผัสแสงแดดในระยะเวลาเท่ากันและปริมาณที่เท่ากัน

1.3 การระคายเคืองเรื้อรัง การสัมผัสสารก่อระคายเคืองเรื้อรัง เป็นปัจจัยนำของการเกิดมะเร็ง เช่นการกินหมากเป็นประจำ เป็นสาเหตุของมะเร็งในช่องปาก หรือการดื่มของร้อนเป็นประจำ เป็นสาเหตุของมะเร็งหลอดอาหาร เป็นต้น

1.4 การติดเชื้อ เชื้อโรคมกมายหลายชนิดเป็นสาเหตุของมะเร็งได้ เช่น ไวรัสตับอักเสบบีและซีเป็นสาเหตุมะเร็งตับ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับเป็นสาเหตุของมะเร็งทางเดินน้ำดี เป็นต้น

1.5 อาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับการเกิดมะเร็ง เชื่อว่าอาหารตามธรรมชาติมีสารก่อมะเร็ง และการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง เช่น ถั่วที่ปนเปื้อนสารอัลฟาโทกซินเป็นสาเหตุของมะเร็งตับ อาหารที่ผ่านกระบวนการย่าง ปิ้ง หรือเผา จะมีสารก่อมะเร็งที่

เรียกว่า ไนโตรซามีน ซึ่งก่อให้เกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร การรับประทานอาหารที่มีไนโตรซามีนน้อย เป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

2. ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ตามปกติภูมิคุ้มกันในร่างกายจะทำหน้าที่ระวังและจัดการทำลายเซลล์ผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย รวมถึงเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตาม ภาวะใดที่ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานบกพร่อง โอกาสการเกิดมะเร็งจะสูง เห็นได้จากผู้สูงอายุระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ไม่เต็มที่อุบัติการณ์ของมะเร็งในผู้สูงอายุจะสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้บุคคลที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันจากการปลูกถ่ายอวัยวะเพื่อป้องกันร่างกายปฏิเสธอวัยวะ หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งได้สูงเช่นกัน

3. พันธุกรรม การค้นพบรหัสพันธุกรรมของมนุษย์ช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมกับโรคมะเร็งมากขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

1. ไม่มีอาการใดเลยในช่วงแรกขณะที่ร่างกายมีเซลล์มะเร็งเป็นจำนวนน้อย
2. มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งตามสัญญาณอันตราย 8 ประการ ที่เป็นสัญญาณเตือนว่าควรไปพบแพทย์ เพื่อการตรวจค้นหาโรคมะเร็งหรือสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้มีสัญญาณเหล่านี้ เพื่อการรักษาและแก้ไขทางการแพทย์ที่ถูกต้องก่อนที่จะกลายเป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม

สัญญาณอันตราย 8 ประการ ที่อาจกลายเป็นมะเร็ง ได้แก่ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

2.1 มีการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย และปัสสาวะ เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ หรือปัสสาวะเป็นเลือด

2.2 กลืนอาหารลำบาก หรือมีอาการเสียด แน่นท้องเป็นเวลานาน

2.3 มีอาการเสียงแหบ และไอเรื้อรัง

2.4 มีเลือดหรือตกขาวที่ผิดปกติ เช่น มีกลิ่นเหม็น

2.5 แผลซึ่งรักษาแล้วไม่ยอมหาย

2.6 มีการเปลี่ยนแปลงของหูดหรือไฝตามร่างกาย

2.7 มีก้อนที่เต้านมหรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2.8 หูอื้อ หรือมีเลือดกำเดาไหล

3. มีอาการป่วยของโรคทั่วไป เช่น อ่อนเพลีย เมื่ออาหาร น้ำหนักลด ร่างกายทรุดโทรม ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส

4. มีอาการที่บ่งบอกว่ามะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม หรือเป็นมาก ขึ้นอยู่กับว่าเป็นมะเร็งชนิดใด และมีการกระจายของโรคอยู่ที่ส่วนใดของร่างกายที่สำคัญที่สุดของอาการกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการปวด ที่แสนทรมาน

เกรดและระยะของโรคมะเร็ง

การระบุเกรดและระยะของโรคจะบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง การระบุเกรด (Grading) ของเซลล์มะเร็งเป็นการเปรียบเทียบเซลล์มะเร็งกับเซลล์ปกติในด้านคุณลักษณะ และการทำหน้าที่ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น

เกรด X ไม่สามารถระบุเกรดได้

เกรด 1 เซลล์มะเร็งทำหน้าที่คล้ายกับเซลล์เนื้อเยื่อปกติที่เป็นต้นกำเนิดมาก (Well-differentiated)

เกรด 2 เซลล์มะเร็งยังคงทำหน้าที่คล้ายกับเซลล์เนื้อเยื่อปกติที่เป็นต้นกำเนิดแต่แสดงคุณลักษณะของเซลล์มะเร็งมากขึ้น (Moderately Well Differentiated)

เกรด 3 เซลล์มะเร็งทำหน้าที่ต่างไปจากเซลล์เนื้อเยื่อปกติอย่างสิ้นเชิงและไม่มีคุณลักษณะของเซลล์ปกติหลงเหลืออยู่เลย (Poorly Differentiated)

เกรด 4 เซลล์มะเร็งมีรูปร่างเซลล์ผิดไปจากเซลล์เนื้อเยื่อปกติอย่างสิ้นเชิง (Undifferentiated)

มะเร็งที่อยู่ในเกรด 1 และ 2 จัดอยู่ในเกรดต่ำ มีการพยากรณ์โรคดีเนื่องจากมีการเจริญเติบโตช้าและมักจะไม่มีอาการลุกลามไปไกล ส่วนมะเร็งที่อยู่ในเกรด 3 และ 4 จัดอยู่ในกลุ่มเกรดสูง การพยากรณ์โรคไม่ดีเนื่องจากเซลล์เจริญเติบโตเร็ว และลุกลามไปได้ไกล อย่างไรก็ตาม ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของมะเร็ง บางตำแหน่งจะมีลักษณะเซลล์ผิดปกติมาก บางตำแหน่งอาจมีเซลล์ผิดปกติน้อย

ระยะของ โรคมะเร็ง (Staging) แบ่งตามแบบ TNM ของUICC (International Union Against Cancer) T (Tumor) คือชนิดของเนื้องอก N (Regional Lymph Node) คือบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่พบเนื้องอก และ M (Distant Metastasis) คือการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น เพื่อระบุการเติบโตและการแพร่กระจายของมะเร็งซึ่งจะให้ประโยชน์ในการประเมินผลการรักษา เป็นมาตรฐานในการเลือกวิธีการรักษาและการพยากรณ์โรคดังนี้

T - เนื้องอก

T_x - ไม่สามารถบอกได้

T₀ - เนื้องอกนั้นไม่ใช่มะเร็ง

T₁ - มะเร็งระยะเริ่มแรก

T₁, T₂, T₃, T₄ - ขนาดของมะเร็งบอกถึงความก้าวหน้าของโรค

N	- ต่อม้ำเหลืองบริเวณที่พบเนื้องอก
N_x	- ไม่สามารถประเมินได้
N_0	- ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลือง
N_1, N_2, N_3	- ระดับการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อม้ำเหลือง
M	- การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น
M_x	- ไม่สามารถประเมินได้
M_0	- ไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น
M_1	- มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (ระบุ.....)

ชนิดของมะเร็ง

การแบ่งชนิดของมะเร็งจะแบ่งตามคุณลักษณะ และชนิดของเซลล์ต้นกำเนิด จึงมีชื่อเรียกตามเซลล์นั้นคือ

1. Sarcoma มะเร็งชนิดนี้เกิดกับเนื้อเยื่อชนิดเนื้อเยื่อประสาน เนื้อเยื่อไขมัน กระดูก กระดูกอ่อน หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง กล้ามเนื้อ ประสาท มะเร็งชนิดนี้สามารถแพร่กระจายไปทางกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว
2. Carcinoma มะเร็งชนิดนี้เกิดกับเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เกิดกับเยื่อทั่วทั้งภายในและภายนอกของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร เยื่อบุหลอดลม ผิวหนัง ต่อมต่าง ๆ ตับ ไต มะเร็งชนิดนี้แพร่กระจายไปทางหลอดน้ำเหลืองได้รวดเร็วกว่าทางกระแสเลือด
3. มะเร็งของเม็ดเลือดและเนื้อเยื่อที่สร้างเม็ดเลือด เรียกว่า Leukemia มะเร็งต่อม้ำเหลือง เรียกว่า Lymphoma

การแพร่กระจายของมะเร็ง

การแพร่กระจายเป็นลักษณะเฉพาะของเนื้องอกชนิดร้ายแรง การแพร่กระจายจะเริ่มจากก้อนเนื้องอกไปสู่เนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง ไปสู่อวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลจากรอยโรคเดิม โดยวิธีการต่าง ๆ คือ

1. ทางหลอดเลือด การแพร่กระจายทางหลอดเลือด โดยการที่เซลล์มะเร็งหลุดจากก้อนเนื้องอกเข้าสู่หลอดเลือดทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ เซลล์มะเร็งอาจหลุดลอยไปตามกระแสเลือดเรื่อย ๆ หรือหยุดอยู่กับที่ในอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งที่สภาวะแวดล้อมเหมาะสมในการเจริญเติบโต และสามารถแบ่งตัวเจริญเติบโตขึ้นเป็นก้อนมะเร็งใหม่ได้อีก
2. ทางหลอดน้ำเหลือง เซลล์มะเร็งหลุดเข้าไปในท่อน้ำเหลือง และไปสู่ต่อม้ำเหลือง เมื่อต่อม้ำเหลืองไม่สามารถยับยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็งได้ เซลล์มะเร็งจะเจริญเป็นก้อนมะเร็งใหม่ที่ต่อม้ำเหลืองนั้น ต่อจากนั้นจึงกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ต่อไป

3. Implantation เป็นการกระจายจากรอยโรคเดิมไปสู่อวัยวะอื่นโดยการฝังตัวของเซลล์ หรือโดยการใช้เครื่องมือนำไป แต่การแพร่กระจายโดยวิธีนี้พบได้น้อย

4. Seeding of body cavities เซลล์มะเร็งหลุดไปตามช่องว่างภายในร่างกาย เช่น ช่องเยื่อหุ้มปอด เยื่อช่องท้อง ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น

สถิติการเกิดมะเร็ง

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งจะเพิ่มขึ้นในทุก ระดับอายุ ทุกอาชีพ โรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย อวัยวะที่พบเป็นมะเร็งมากตามลำดับ คือ ตับ ปอด ช่องปาก ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กระเพาะอาหาร ผิวหนัง หลอดอาหาร กล้องเสียง โปรงอากาศหลังช่องจมูก และอวัยวะสืบพันธุ์ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

สถานการณ์ของโรคมะเร็งของประชากรไทย

โรคมะเร็ง มีอัตราการตายสูงที่สุดในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2544 มีอัตราการตาย 68.4 คนต่อ ประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาอัตราการตายจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ชายมีอัตราการตาย 80.7 คนต่อ ประชากรแสนคน และผู้หญิงมีอัตราการตาย 56.4 คนต่อประชากรแสนคน (สำนักงานนโยบายและ แผนสาธารณสุข, 2544) จากสถิติโรคมะเร็ง ประจำปี พ.ศ. 2546 ของศูนย์มะเร็งชลบุรี จำนวนผู้มา รับบริการที่เป็นมะเร็งรายใหม่ 1,588 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 947 คน และเพศชาย 641 คน ในผู้ป่วย ชายพบว่าเป็นมะเร็งปอดมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ มะเร็งช่องปาก มะเร็งลำไส้และทวารหนัก และ มะเร็งตับตามลำดับ (ศูนย์มะเร็งชลบุรี, 2547)

โรคมะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่มีอัตราการตายสูงที่สุดในประเทศไทย พบมากเป็นอันดับหนึ่ง ถึงร้อยละ 16.3 ของมะเร็งทั้งหมดในเพศชาย (วีระศักดิ์ ว่องไพฑูรย์, เกรียงไกร อัครวงค์ และทองดี ชัยพานิช, 2545) ในปี พ.ศ. 2544 โรคมะเร็งที่ตับและท่อน้ำดีในตับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ของผู้ป่วยมะเร็งชายไทย โดยมีอัตราการตาย 23.8 คนต่อประชากรชายแสนคน (สำนักงานนโยบายและ แผนสาธารณสุข, 2544)

โรคมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ของผู้ชาย ได้แก่ โรคมะเร็งอัณฑะ (Testicular Cancer) โรคมะเร็งองคชาติ (Penile Cancer) และโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer) โรคมะเร็ง อัณฑะ พบมากใน ช่วงอายุ 20-40 ปี และช่วงอายุมากกว่า 60 ปี โรคมะเร็งองคชาติ พบบ่อยที่สุดใน ช่วงอายุ 50-70 ปี ประมาณร้อยละ 0.5-1.5 ของมะเร็งในผู้ชาย (Phipps, Sands, & Marek, 1999) ส่วนโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ชายวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2544 พบอัตราการตายของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเท่ากับ 0.8 คนต่อประชากรชายแสนคน ซึ่งเป็นอัตราการตายที่สูงเป็นอันดับ 12 ของผู้ชายที่เป็นโรคมะเร็ง (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544)

แบบแผนความคิดของความเจ็บป่วย

แบบแผนความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นโครงสร้างความรู้ (Schema) ที่พัฒนาขึ้นมา จากความรู้ที่ได้รับและประสบการณ์ในอดีตที่สั่งสมมา โดยมีการผสมผสานหรือบูรณาการข้อมูล ต่าง ๆ ที่สั่งสมมาเข้าด้วยกัน และพัฒนาขึ้นเป็นแบบแผนความคิด ซึ่งแบบแผนความคิดนี้จะมี อิทธิพลต่อพฤติกรรมทั้งในปัจจุบันและในอนาคต แบบแผนความคิดของแต่ละบุคคลนั้นจะเป็น ตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นจะให้ความหมายของความเจ็บป่วยของตนเองว่าอย่างไร แบบแผนความคิด ของผู้ป่วยจะส่งผลถึงการรับรู้ต่อโรคที่ตนเป็น แต่ละบุคคลอาจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับแบบแผนความคิดที่ตนมีอยู่ในใจ ผู้ป่วยบางคนอาจมีแบบแผนความคิดเกี่ยวกับ โรคมะเร็งที่ร้ายแรงและไม่มีวิธีการใดที่จะเยียวยารักษาได้ทำให้เกิดการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยว่าเป็น ภาวะวิกฤต

ผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วย กระบวนการรักษาและ สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ ว่าเป็นความเครียดรุนแรง เป็นภาวะวิกฤต ซึ่งกระทบให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า จากความรู้สึกว่าถูกคุกคาม สูญเสีย และความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนกำลังตกอยู่ในอันตราย ผู้ป่วย มะเร็งจึงยังเกิดความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีขวัญกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกและรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งท้าทายความสามารถทำให้ผู้ป่วย ตอบสนองโดยการพยายามที่จะพัฒนาศักยภาพของตนในการต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดขึ้นให้ดีขึ้น การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้สะท้อนสภาพความเป็นจริงของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน

จากการที่บุคคลมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในระดับและแง่มุมที่แตกต่างกันนี้ ทำให้แต่ละ บุคคลมีความอดทน และขีดความสามารถในการเผชิญ (Tolerance and Threshold) ต่อความเครียดที่ เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นแต่ละบุคคลจึงตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกันไป ความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมกระทั่ง ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นส่งผล หรือความสามารถรักษาให้หายขาด ได้ ดังนั้นในขณะที่โรคมะเร็งยังคงมีอาการอยู่ และผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการรักษา และต้อง เผชิญหน้ากับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ทั้งจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษานั้น ความเครียด จะยังคงบังเกิดอยู่ตลอดเวลา และเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ยิ่งถ้า ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ ในชีวิตได้ ทำให้การแสดงบทบาททางสังคมต่าง ๆ และการดำรงรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะตระหนักว่าขีดความสามารถของตนที่จะต้านทานไว้ได้ และรับรู้ ว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นสิ่งคุกคาม เป็นอันตราย และรบกวนความปกติสุขของตน ยิ่งผู้ป่วย

เผชิญกับระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานและผลข้างเคียงจากการรักษามาก บุคคลนั้นยังประเมินสถานการณ์ของความเจ็บป่วยว่าคุกคามมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งมักพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความท้อแท้หมดหวัง ซึ่งเป็นการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยในด้านลบ มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้าและรู้สึกตัวเองไร้ค่า เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่นและครอบครัว จนไม่มีขวัญและกำลังใจที่จะพัฒนาและปรับตัวหรือปรับบทบาทต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคมะเร็ง และกระบวนการรักษาได้อย่างมีคุณภาพ (จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2538)

การที่จะให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการตอบสนองต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบที่สอดคล้องกับโรคหรือความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วย สามารถหาวิธีการเผชิญกับภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเองจากประสบการณ์และข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลบุคคลและสื่อต่าง ๆ จากแนวคิดสามัญสำนึกของ Leventhal and Meyer (1980) ได้อธิบายการรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งมีได้หมายถึงเพียงแค่การรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการรับรู้ ความนึกคิด และความเชื่อของผู้ป่วยเองเกี่ยวกับ โรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น Lau and Hartman (1983) ได้ศึกษาองค์ประกอบของแบบแผนความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ เอกลักษณะตลอดจนอาการแสดงของโรคที่เป็น, สาเหตุของการเจ็บป่วย, ผลลัพธ์จากโรคที่เป็น, ระยะเวลาของโรค ตลอดจนการรักษาและความสามารถที่จะควบคุมโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Identity) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้น (Symptoms and Labels of Illness) โดยเชื่อว่ามี ความเกี่ยวข้องับอาการทางพยาธิวิทยาและประสบการณ์การเกิดอาการนั้น ๆ รวมทั้งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคที่เคยได้รับจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยไข้หวัด ก็จะรับรู้ว่ไข้หวัดใหญ่ทำให้มีอาการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อและข้อ เป็นต้น

2. การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย (Causes) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย โดยบุคคลอาจมีมุมมองเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ สาเหตุทางชีววิทยา เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน เชื้อโรค และไวรัส สาเหตุทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า สาเหตุทางสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษ และสารเคมี และสาเหตุทางด้านจิตวิทยา เช่น ทัศนคติ การทำงานหนัก และลักษณะส่วนบุคคล

3. การรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วย (Consequences) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลด้านการทำงาน ครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิต และค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วยนี้มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค เช่น ผู้ป่วยรู้สึกว่โรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อวิถีชีวิตของตนเอง หรือคิดว่าชีวิตของตนเองแย่ลงเพราะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

4. การรับรู้ระยะเวลาที่เป็นโรคหรือเจ็บป่วย (Time-line) เป็นการรับรู้ระยะเวลาที่เป็นโรคหรือความเจ็บป่วย ว่าโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง และลักษณะอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นมีความต่อเนื่องตลอดไป หรือเป็นครั้งคราว เมื่อเป็นครั้งหนึ่งแล้วสามารถกำเริบหรือเกิดขึ้นได้อีกในเวลาต่อมา เช่น อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และอาการสามารถกำเริบได้อีก แผลในกระเพาะอาหารเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งระยะเวลาของการเป็นโรคนี้อาจมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับการรักษาโรค

5. การรับรู้การปฏิบัติและวิธีการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อควบคุมและรักษาโรค (Cure/Controllability) เป็นการรับรู้ถึงวิธีการเยียวยาหรือรักษาโรคที่เป็นอยู่ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าสามารถควบคุมและรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เช่นผู้ป่วยคิดว่าถ้าผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์จะช่วยรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง

จากการศึกษางานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาเรื่องมะเร็งในผู้ป่วยชายยังมีน้อย การศึกษางานวิจัยครั้งนี้จึงได้นำนเกี่ยวกับอิทธิพลของแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งในการศึกษาของ Petrie, Weinman, Sharpe, and Buckley (1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอันได้แก่ เอกลักษณะและอาการแสดงระยะเวลาของโรค ผลลัพธ์จากโรคที่เป็นและวิธีการรักษาและควบคุมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) ผลการศึกษาพบว่าแบบแผนความคิดของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าอาการป่วยที่มีระยะเวลานานและมีผลที่รุนแรงตามลำดับ จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาหรือยอมรับการรักษา ยาก และผลการวิจัยยังพบว่าการทราบถึงแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยที่เหมาะสมมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการเข้ารับการรักษาและการฟื้นฟูสภาพได้

Petrie, Buick, Weinman, and Booth (1999) ศึกษาผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงของชีวิตของผู้ป่วยหลังจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคมะเร็งเต้านม โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์คนไข้เหล่านี้ โดยคำตอบที่ได้สามารถจัดกลุ่มได้ 7 กลุ่ม คือ 1) เปลี่ยนแปลงให้ใส่ใจสุขภาพมากขึ้น 2) มีความสัมพันธ์ในครอบครัวเพิ่มขึ้น 3) ใส่ใจการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพมากขึ้น 4) เปลี่ยนแปลงการให้ความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต 5) มีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น 6) รู้สึกโชคดีที่ได้รับชีวิตใหม่อีกครั้ง และ 7) ทำให้เข้าใจและเห็นใจคนอื่นเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีคำตอบที่เป็นลักษณะความคิดเชิงบวกที่มีต่อความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งความแตกต่างของความคิดนั้นสืบเนื่องจากแบบแผนความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปของผู้ป่วยแต่ละบุคคล และแต่ละโรค

Scharloo et al. (1998) ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 244 คน ใน 3 กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคข้ออักเสบ (Rheumatoid Arthritis) จำนวน 80 คน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จำนวน 80 คน และโรคเรื้อรังผิวหนัง (Psoriasis) จำนวน 84 คน เพื่อศึกษาถึงการรับรู้และวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับขั้นตอนของการดำรงชีวิตอย่างไร ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ถึงอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วย, ความเชื่อในเรื่องระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน, ความเชื่อในผลลัพธ์ที่ร้ายแรง, พฤติกรรมที่ไม่ดีจนเพื่อต่อสู้กับโรค, และการไม่ยอมเข้ารับการรักษาทางการแพทย์นั้นมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มโรคนี้ ผลก็ออกมาสอดคล้องกันว่า คำว่าความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะแตกต่างกันในแต่ละโรค

อิทธิพลทางวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลส่งผลต่อโครงสร้างของแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วย

วัฒนธรรมได้ถูกกล่าวไว้ในหลายงานวิจัยว่าเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดของความเจ็บป่วย D'Andrade (1981) กล่าวว่าวัฒนธรรมมีความเกี่ยวข้องกับคำร่างความคิดของความเจ็บป่วย การแสดงออกที่ได้จากการแลกเปลี่ยนความรู้เป็นต้นแบบของการแสดงออก สอดคล้องกับ Shore (1991) ที่กล่าวว่าวัฒนธรรมทำให้แต่ละบุคคลมีรูปแบบความคิดที่แตกต่างกันไป

การแสดงออกไม่ได้ถูกสร้างหรือปฏิบัติ โดยตัวของบุคคลเองเท่านั้น แต่ถูกถ่ายทอดและสืบสานมาตามวัฒนธรรม ธรรมชาติ โครงสร้างและการพัฒนาการแสดงออกจะถูกแสดงผลและตีกรอบร่างโดยการถ่ายทอดกันในวัฒนธรรมหนึ่ง คนมักจะให้ความสนใจกับอะไรที่มีความหมายกับสิ่งแวดล้อมของวัฒนธรรมนั้น (Markus, Kiyayama, & Heiman, 1996) วัฒนธรรมจึงเป็นตัวหลักที่จะสร้างตัวแสดงออกของแต่ละบุคคลข้อมูลที่ถูกร่างจากการแสดงออกจะมาจากประสบการณ์ที่ถ่ายทอดกันในวัฒนธรรม เนื่องจากการแสดงออกถูกสร้างและออกแบบจากวัฒนธรรมจึงมี

ความจำเป็นที่จะวัดว่าวัฒนธรรมแตกต่างกันอย่างไร จึงจะมีอิทธิพลต่อการสร้างโครงสร้างและเนื้อหาในแบบแผนความคิดต่อโรคที่มีผลต่อพฤติกรรมเชิงบุคคล

Bhakta (1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่มีผลต่อการตรวจเต้านมตัวเองในหญิงเอเชียใต้ เช่น อินเดีย เนปาล บังคลาเทศ ศรีลังกา และปากีสถาน ที่อาศัยอยู่ในประเทศอังกฤษ ซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม ซิกข์ และฮินดู ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงเหล่านั้นไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองและไม่เคยได้ยินเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้หญิงหลายคนเข้าใจว่าการตรวจเต้านม เป็นเรื่องที่สำคัญแต่กลัวที่จะพบความจริง หากมีอะไรเกิดขึ้น ผู้หญิงบางคนไม่ทราบว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งเต้านม และบางคนรู้สึกว่าการตรวจน่าจะอายใจ แม้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยหลายคนกล่าวว่า ความเชื่อทางศาสนาไม่ได้ห้ามให้ได้ตรวจเต้านม แต่ผู้หญิงทางมุสลิม จะปฏิเสธการตรวจเต้านมโดยหมอผู้ชาย

จากข้อมูลงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมมีบทบาทในการกำหนดวิถีชีวิต ทำให้คนในสังคมมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต และอยู่ในจุดที่ควรจะเป็น วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการพัฒนาแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วย จะถูกสร้างและตีกรอบอย่างไรต่อมะเร็งเต้านม (ทั้งในการตรวจครั้งแรก, การพบชิ้นต้น, การวินิจฉัย) ตลอดจนพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ตนเผชิญนั้น

แบบแผนความคิดที่มีต่อความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมในวัฒนธรรมไทย

ประเทศไทยมีประชากรส่วนใหญ่ที่พูดภาษาไทยและมากกว่า 95% นับถือศาสนาพุทธ และชาวพุทธเชื่อในความคิดหลักการและกฎแห่งกรรม เชื่อว่าการเจ็บป่วยอาจสืบเนื่องมาจากการทำผิดในอดีต (Nilchaikovit, Hill, & Holland, 1993) นอกจากนี้ ยังเชื่อในผลแห่งการทำ โดยถ้าหากคนทำความผิดก็จะได้รับผลที่ดีตามมาทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้วย พวกเขาเชื่อว่าทุกคนต้องเกิด แก่ เจ็บ ตาย (Petpichetchian, 2001) ดังนั้นอาการป่วยและตายจึงเป็นสิ่งที่ต้องยอมรับหรือยอมรับได้ โดยปกติชาวพุทธจะยึดหลักกรรมของพระพุทธเจ้า เมื่อคนไทยพบปัญหาในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย พวกเขาจะพยายามนึกถึงพระพุทธเจ้าและคำสอนเพื่อบรรเทาความทุกข์นั้น

งานวิจัยในประเทศไทยที่กล่าวถึงอิทธิพลของพระพุทธศาสนาต่อแบบแผนความคิดของความเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง Jirojwong et al. (1994) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของการเจ็บป่วยในคนไข้โรคมะเร็ง โดยตั้งคำถามว่า “คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของอาการป่วยของคุณ” ผลการสำรวจพบว่าคนไทยคิดว่ากรรมเก่าเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยในภพปัจจุบัน ซึ่งตามหลักพระพุทธศาสนา ผู้ป่วยจะเชื่อในกฎแห่งกรรม

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหวาดกลัว ผล การวิจัยต่อมาพบว่าแบบแผนความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของแต่ละ

ละบุคคลจะนำไปสู่การคิดถึงอาการของโรค และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยในทางลบมาก ๆ ทำให้บุคคลประมวลเรื่องราวบิดเบือนไปจากความเป็นจริง เมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับชีวิต บุคคลจะเกิดความคิดในทางลบขึ้น แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่ามีองค์ประกอบหลักอยู่ 5 องค์ประกอบ ในแบบแผนความคิดต่อการเจ็บป่วย แต่มีงานวิจัยน้อยมากที่วัดครบทุก ๆ องค์ประกอบ ในงานวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะวัดเพียง 1 หรือ 2 องค์ประกอบเท่านั้น มีบางงานวิจัยค้นคว้าที่จะศึกษาโครงสร้างและเนื้อหาของแบบแผนความคิดของผู้ป่วยในหลายกลุ่มโรค เช่น เบาหวาน, ข้ออักเสบ, โรคปอดและถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง, โรคเรื้อนกวางและโรคหัวใจหลอดเลือด จะมีงานวิจัยน้อยมากที่จะกล่าวถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งและจากการค้นคว้าของผู้วิจัยพบว่าไม่มีการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยมะเร็งชายไทย โดยเฉพาะงานวิจัยที่จะศึกษาถึงแบบแผนความคิดต่อเจ็บป่วยในผู้ชายไทยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง

ความซึมเศร้า

ความซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีรายงานว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังประมาณ 1 ใน 3 ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางและมีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 4 ที่ทุกข์ทรมานจากความซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Rodin, 1986) แม้ว่าความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการของการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่ความซึมเศร่ายังสามารถเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวตลอดเวลาที่ยังมีความเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ ความซึมเศร้าอาจเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเพราะกลัวที่ผู้ป่วยจะตระหนักว่ามะเร็งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตตามปกติอย่างไรก็ดีเมื่อได้พยายามดำเนินชีวิตและปรับบทบาทต่าง ๆ ในครอบครัว และทางสังคมตามปกติ และพบว่าไม่สามารถกระทำได้ เพราะความอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความซึมเศร้าขึ้น ความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมีความสำคัญมิใช่เพียงแต่ทำให้เกิดความตึงเครียดเท่านั้นแต่อาจมีผลกระทบไปถึงการฟื้นฟูสภาพในระยะยาวอีกด้วย ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าจะไม่มีแรงจูงใจที่จะพยายามฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงและมีแนวโน้มที่จะมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ

ความหมายภาวะซึมเศร้า

เกษม ดันดิผลาชีวะ (2536) ได้ให้ความหมายว่าเป็นอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศคิดอยากตาย

Priest (1983) อธิบายถึงความซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่แสดงออกถึงความรู้สึกหมดหวัง เมื่อบุคคลไม่สามารถบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงแสดงออกถึงความรู้สึกเศร้าเสียใจ จนถึงซึมเศร้า

สมภพ เรื่องตระกูล (2543) ได้ให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการอย่างอื่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและมีความคิดเบี่ยงชีวิตร

Beck (1967) กล่าวถึงความซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญคือ มีอึดอัดในทรวงอก ตื่นเต้นตนเอง มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ กิจกรรมทางกายลดลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งความซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่มีความวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้คน ๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เนื้อชาต้อสิ่งแวดลอม ดัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ทฤษฎีเกี่ยวกับความซึมเศร้า

ในเรื่องสาเหตุของความซึมเศร้า มีผู้อธิบายไว้หลายประการ ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่เป็นฐานให้พิจารณาถึงสาเหตุของความซึมเศร้าแตกต่างกันไป ดังนี้

1. ด้านร่างกาย สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีดังต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง Schildkraut (1965 cited in Beck, 1967) ได้ตั้งสมมติฐานที่เรียกว่า “สมมติฐานแคทีโคลามีน” (Catecholamine Hypothesis) ซึ่งกล่าวว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารจำพวกแคทีโคลามีน โดยเฉพาะ นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ที่รีเซพเตอร์ไซต์ (Receptor Site) ในสมอง สาเหตุการลดหรือขาดนอร์อีพิเนฟรินนั้น อาจเนื่องมาจากพันธุกรรมหรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ นอร์อีพิเนฟริน มีการแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญเสียก่อน

1.2 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของความบกพร่องในการถ่ายทอดพันธุกรรม จากการศึกษาทางด้านพันธุกรรมพบว่า คู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 70-80 ขณะที่คู่แฝดคนละไข่พบร้อยละ 10-25 เนื่องด้วยฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมียีนส์ที่คล้ายกัน (ดวงใจ กสานครกุล, 2539; Pataki, 2000) การศึกษาวิจัยพบว่าบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้า บุตรมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15-45 (Pataki, 2000) และในการศึกษาครอบครัว

ที่รับบุตรบุญธรรม พบว่า บุตรบุญธรรมที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าจะมีบิดามารดาที่แท้จริงป่วยด้วยความผิดปกติทางอารมณ์ (Mendlewicz & Rainer, 1988 cited in Brage, 1995) จากรายงานของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994 cited in Townsend, 1999) พบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิดมากกว่าประชาชนทั่วไปประมาณ 1.5 เท่าถึง 3 เท่า อย่างไรก็ตามปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสำคัญดังที่กล่าวมาแล้ว แต่จะต้องมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตสังคม (Deborch & Jerald, 1999) เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต โดยเฉพาะการสูญเสียนับเป็นปัจจัยที่สำคัญ

1.3 ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) เชื่อว่าฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่อมไร้ท่อในภาวะซึมเศร้า Bernard Corroll แห่งมหาวิทยาลัยมิชิแกน (Akiskal, 2000) ได้พัฒนา DST (Dexamethasone Suppression Test) การค้นพบที่สำคัญคือ การเพิ่มขึ้นของสารคอร์ติซอลจะมีปริมาณมากในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยสารคอร์ติซอลนี้หลั่งมาจากต่อมหมวกไต จะหลั่งออกมาในเวลาที่มีความเครียด ส่งผลให้เซลล์สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ฝ่อลงหรือตายได้

2. ทางด้านจิตใจ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory of Depression) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่าความซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก (Oral Stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (Narcissistic Personality) เมื่อผิดหวัง บุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้าโศกเสียใจกับความโกรธ และเชื่อว่าอาการเศร้าโศกและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสีย อาจจะเป็นการสูญเสียจริง ๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยคิดไปเอง (Kaplan & Sadock, 1997) เมื่อเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลังเลใจ รู้สึกสับสนในใจตนเอง เป็นความรู้สึกที่ไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นโกรธและเกลียดตนเอง เป็นศัตรูกับตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยเศร้ามาก มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายใด ๆ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเองไม่สามารถคิดจัดการกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญได้ ทำให้มีแนวคิดด้านลบต่อตนเอง

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive Learning Theory) ในปี ค.ศ. 1950 เบ็คได้อธิบายถึงสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตโดยอาศัยทฤษฎีและแนวคิดหลาย ๆ แนวคิดประกอบกันซึ่งได้อธิบายจิตพยาธิสภาพของผู้รับการบำบัดโดยอาศัยแนวคิด จิตวิทยาสังคม (Social Psychology) จิตวิทยาทางปัญญา (Cognitive Psychology) ทฤษฎีกระบวนการประมวลผลข้อมูล (Information Processing Theory) และทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ (Psychoanalytic Theory) ว่าการเจ็บป่วย

ทางจิตเวชนั้นเกิดจากโครงสร้างความคิด ผู้ป่วยมักจะบิดเบือนความคิดของตนเองอย่างเป็นระบบ ซึ่งลักษณะของความคิดที่บิดเบือนนั้นเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติควบคุมไม่ได้

นอกจากนี้ในช่วงปี ค.ศ. 1960 ที่ผ่านมา ทฤษฎีที่ได้รับความสนใจและการยอมรับที่จะอธิบายถึงความคิดผิดปกติทางจิตเป็นอย่างมากคือ ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) แต่เบ็คและนักวิชาการทางจิตวิทยาอีกเป็นจำนวนมากที่มีความคิดแตกต่างออกไปจากแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมโดยมีมุมมองว่าการสนองตอบของบุคคลนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง แต่ทว่าขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่รับรู้ซึ่งเป็นตัวแปรที่อยู่ตรงกลางระหว่างสิ่งเร้าและการสนองตอบ หรืออาจจะเรียกได้ว่าตัวแปรทางปัญญาจะมีผลต่อการตอบสนองของบุคคลเป็นอย่างมาก นั่นคือสิ่งเร้าเดียวกันอาจจะก่อให้เกิดการตอบสนองที่ต่างกัน ในขณะที่เดียวกันสิ่งเร้าที่ต่างกันอาจก่อให้เกิดการตอบสนองที่เหมือน ๆ กัน (Mahoney, 1974 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) เบ็คและนักวิชาการทางจิตวิทยาที่มีความคิดเหมือนกันจึงรวมกันเป็นกลุ่มปัญญานิยมที่มีแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในบุคคลคือปัญญามีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก

ทฤษฎีปัญญานิยมอธิบายว่าอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลที่แตกต่างกัน เป็นผลมาจากโครงสร้างความคิด (Schema) ที่เฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โครงสร้างความคิดมีความสลับซับซ้อนที่เกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางจิตใจต่อสถานการณ์ โดยเฉพาะโครงสร้างความคิดจะเป็นตัวจัดกระทำกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบยังผลให้แต่ละบุคคลมีอารมณ์และพฤติกรรมได้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เหมือนกันแตกต่างกันออกไป ซึ่งเบ็คมีความเชื่อพื้นฐานว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามาทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ซึ่งอารมณ์และพฤติกรรมนั้น ๆ จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วยความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กันและมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น ซึ่งต่อมา Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้าเพื่ออธิบายถึงองค์ประกอบพื้นฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าประสบการณ์ในครั้งแรก ๆ ของชีวิตทำให้บุคคลเกิดการประมวลเรื่องราวหรือโครงสร้างความคิดเกี่ยวกับตนเองและโลก ภายหลังการประมวลเรื่องราวเหล่านั้นจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การประเมินค่าสิ่งเร้าและการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ความสามารถในการคาดการณ์ถึงผลลัพธ์จากสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระทบ และการแสดงความรู้สึกของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การได้รับความช่วยเหลือและความสามารถที่จะทำการทำหน้าที่เป็นไปอย่างปกติ ซึ่งในบุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้านั้นมักจะมีประสบการณ์ที่เจ็บปวด

ประสบกับปัญหาทางอารมณ์ ปรับตัวไม่ได้ จึงเกิดการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือน จากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อย ๆ เกิดเสียความสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ซึ่งโครงสร้างทางความคิดนี้ต่อมาจะจัดกระทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ ต่อมาเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบยังผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้ายิ่งเพิ่มมากขึ้นความคิดอัตโนมัติด้านลบยิ่งเพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และความรุนแรง ความคิดที่เป็นเหตุผลกลับยิ่งลดลง และเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจร่างกาย และพฤติกรรม (Beck et al., 1979)

จากทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) Beck ได้เสนอรูปแบบปัญญานิยมของภาวะซึมเศร้า ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ 1) ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive Triad) 2) โครงสร้างความคิด (Schema) 3) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) (Beck, 1967) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive Triad) เป็นความคิดที่บุคคลพิจารณาตนเอง โลก และอนาคตของเขาไปในทางที่บิดเบือนไป คือ

1.1 การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่องไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จริยธรรมในตนเอง ยิ่งไปกว่านี้จะมองตนเองว่าไม่เป็นที่ปรารถนา ไม่มีคุณค่า อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นมีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่าง ๆ ขึ้น โดยคิดว่าความผิดพลาดทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

1.2 การมองโลกในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับและเรียกร้องจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด มองว่าเป็นโลกแห่งความพ่ายแพ้ โลกแห่งการถูกลดโทษ ทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

1.3 การมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความยากลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบาก จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็มองว่าสถานการณ์

ในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. โครงสร้างทางความคิด (Schema) แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่า และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือบิดเบือน (Adaptive-maladaptive) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบเป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลทั่วไป สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเป็นประเภทปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบและมีลักษณะความเชื่อเฉพาะตัว (Idiosyncratic) “นั่นเป็นผู้ล้มเหลว” โครงสร้างความคิดจะแอบแฝงอยู่ภายใต้บุคคลแต่ละจะกระตุ้น โดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงที่เคยทำให้เกิดความคิดทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด

3. เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive Distortion) Beck et al. (1979) ได้แบ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนดังนี้คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary Inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะประสบการณ์ในทางลบเพียงด้านเดียว (Selective Abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (Magnification and Minimization) มินิสัยที่มีความคิดที่เอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) และมีความคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (Dichotomous Thinking) ซึ่งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดเอนเอียงไปในทางลบมากกว่าทางบวก

ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงอธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือเมื่อบุคคลรับรู้สิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ นอกจากนั้นทฤษฎียังได้อธิบายถึงพฤติกรรมของคนเราที่แตกต่างกัน แม้จะรับสิ่งเร้าสิ่งเดียวกันไว้ว่า แต่ละบุคคลจะมีโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Structure) ที่มีความสลับซับซ้อนและความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ที่เรียกว่าโครงสร้างความคิดหรือสะคีมา (Schema) โครงสร้างความคิดเป็นโครงสร้างทางปัญญาที่มีความสลับซับซ้อนที่เกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางจิตใจหรือต่อสถานการณ์เฉพาะและพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งรูปแบบการคิดจะเป็นตัวจัดกระทำกับประสบการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่มากระทบนั้นได้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลยังผลให้บุคคลมีพฤติกรรมได้ตอบสิ่งเร้าที่เหมือนกันได้แตกต่างกัน (Beck, 1967)

3. ด้านสังคม แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความซึมเศร้าจะเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแต่ละสถานการณ์นั้น ก่อให้เกิดความเครียดและเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)

จากทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่จะสามารถอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุได้อย่างแน่ชัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎี แต่พอจะกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่มีปัจจัยสัมพันธ์กันหลายปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาของ Beck (1967) เป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ เมื่อประสบเหตุการณ์วิกฤตที่ก่อให้เกิดความเครียด โครงสร้างความคิดที่บิดเบือนทำให้เกิดการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีต เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง โรคสิ่งแวดล้อมและอนาคต ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

ความซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงอาการเบี่ยงเบนทางการคิด การรับรู้ อารมณ์ และความเบี่ยงเบนเกี่ยวกับร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่

1. อาการเบี่ยงเบนทางการคิดและการรับรู้หรือแรงจูงใจ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนี พฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพิงผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ
2. อาการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์โศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจสิ่งต่าง ๆ ร้องไห้
3. อาการเบี่ยงเบนเกี่ยวกับพฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ หลีกหนี พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงซ้าลง

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

อาการทางกาย (Somatic Symptom) ที่พบบากที่สุดคืออาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน อาการหน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อาการของระบบกล้ามเนื้อและระบบหายใจ

อาการทางจิต (Psychological Symptom) ลักษณะอารมณ์เศร้า หงุดหงิด กังวล กลุ้มใจ น้อยใจ ไม่พอใจ คิดอยากตาย หวันไหวง่าย หวาดกลัว ความรู้สึกผิด พึงชำน ประสาทหลอน

อาการทางพฤติกรรม (Behavioral Symptom) พบได้หลายแบบ เช่น ร้องไห้ เฉย ซึมลง ไม่ค่อยพูด ลดความสนใจสิ่งรอบตัว เบื่อหน่าย มีพฤติกรรมต่อต้าน เอาแต่ใจตนเอง ทำทาง

เหงาหงอย หงุดหงิด ชอบเหม่อลอย ก้าวร้าว อยากทำร้ายผู้อื่น ทำลายของ ทำร้ายตนเอง กัดเล็บ ดึงผม หนีโรงเรียน ชอบขโมยของ ประวัติกินยาเกินขนาด

ระดับความซึมเศร้า

Beck (1967) ได้กล่าวถึงผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับว่ามักจะมีอาการและอาการแสดงถึงความแปรปรวนในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรม โดยแบ่งภาวะความซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วครวซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจกับบุคลิกของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นักพฤติกรรมที่แสดงออกมีดังนี้

2.1 อารมณ์จะมีภาวะไม่สดชื่น เศร้า หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางคนมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความภูมิใจในตนเอง

2.2 กระบวนการคิด จะมีความสนใจแคบ ไม่มีสมาธิ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย มีผลให้นอนไม่หลับ บางคนอาจต้องการการฆ่าตัวตาย

2.3 ประสาทสัมผัสทางกาย มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายอาจจะแสดงอาการตรงกันข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตนเอง

2.4 การเคลื่อนไหว ท่าทาง และคำพูด การเคลื่อนไหวจะช้าลง ถ้าบุคคลที่มีความกระวนกระวายใจมาก จะมีความย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบาก บางครั้งไม่พูดเลย ขาดความมั่นใจ

2.5 การเข้าสังคมในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ และทิ้งสังคมทีละน้อย และจะสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง ถ้าไม่พบเริ่มไม่แน่ใจจากความนับถือตนเอง ไม่มีความภูมิใจในตนเอง จากนั้นบุคคลจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคม

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลา และเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง รู้สึกค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทำเฉยวัน ๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เฝ้ายิ้ม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และมักจะถอนตัวออกจากโลกความจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีการหลงผิด หรือประสาทหลอน

ปัจจัยทำนายความซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นโรคมะเร็งมีหลายประการ ได้แก่ ความรุนแรงของโรคที่เป็น (Koenig, Meador, Cohen, & Blazer, 1988) ถ้าโรคที่เป็นมีความรุนแรงผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากและมีความซึมเศร้าเกิดขึ้นรุนแรงด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ผ่านพ้นความซึมเศร้ามาได้ถ้าสามารถปรับเปลี่ยนให้มีการรับรู้และมองโลกในแง่ดีขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความหวัง และมองเห็นว่าชีวิตยังมีค่าเพียงพอที่จะอยู่ต่อไป ทำให้ดำรงรักษาความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าไว้ได้ และมีขวัญกำลังใจที่จะเรียนรู้ต่อสู้กับอุปสรรคและความทุกข์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (Taylor, 1991) นอกจากนี้จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโกรธเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาอวัยวะออกเพื่อรักษามะเร็ง เช่น ตัดเต้านม เป็นต้น ยังมี ความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากขึ้น (Trief & Donohue-Smith, 1996) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 70-90 ที่มีความซึมเศร้าจะมีความวิตกกังวลร่วมด้วยเสมอ ความวิตกกังวลที่ถูกปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการดูแลแก้ไขที่ถูกต้องจนกลายเป็นความวิตกกังวลเรื้อรังและนำไปสู่การเจ็บป่วยทางกายซ้ำซ้อนและส่งผลให้ความซึมเศร้าทวีความรุนแรงขึ้น (Blair & Ramones, 1996)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งจะรับรู้ในการเจ็บป่วยว่าเป็นเหตุการณ์วิกฤตที่คุกคามชีวิต ส่งผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียและมีความรู้สึกละเลย ไม่สามารถแก้ไขและช่วยเหลือตนเองได้ เกิดความคิดที่บิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเองซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบขึ้นทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตจึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น (ระวีวรรณ คำเงิน, 2545)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบต่าง ๆ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามกับชีวิต ผลกระทบของโรค อาการข้างเคียงของการรักษา และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โรคมะเร็งนับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตซึ่งเป็นสิ่งเร้าไปกระตุ้นทำให้เกิดกระบวนการทางความคิดเกิดขึ้น เกิดการรับรู้และแปลความหมายโดยรูปแบบการคิดไป

ในทางลบ มองตนเองไม่มีค่า คาดคะเนอนาคตอย่างคนสิ้นหวัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้แสดงออกโดยการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

Blair and Ramones (1996) ได้ศึกษากลไกการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาผู้ป่วยของมนุษย์ โดยการศึกษาในผู้ป่วยใกล้ตายจำนวนมากกว่า 200 ราย และได้สรุปปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคล ออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ต่อไปนี้

1. ระยะปฏิเสธหรือแยกตัว (Denial or Isolation) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายจะรู้สึกตกใจ และความรู้สึกนี้จะคงอยู่ชั่วขณะสำหรับคนมีสติ แต่สำหรับบางคนอาจรุนแรงจนทำให้หมดสติได้และอาจยึดเยื้อออกไปหลายวัน หลายสัปดาห์ ในช่วงที่ตกใจ บุคคลอาจปฏิเสธความจริง แต่ในบางกรณีการปฏิเสธความจริงก็อาจเกิดขึ้นหลังการตกใจ การปฏิเสธความจริงเป็นปฏิกิริยาป้องกันตนเองไว้ก่อนเพื่อที่จะได้ใช้เวลาตั้งตัวและหาวิธีได้ตอบกับความจริง ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อผลการตรวจ และอาจแสวงหาแพทย์จากที่อื่นตรวจซ้ำ

2. ระยะโกรธ (Anger) เป็นระยะที่รับรู้ความจริง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกที่ว่าทำไมเหตุการณ์ร้ายแรงถึงเกิดขึ้นกับตนเอง ตนเองก็เป็นคนดี แล้วทำไมต้องป่วยเป็นโรคร้ายและจะต้องตายไป ทำไมสิ่งเหล่านี้ไม่ไปเกิดกับคนอื่น

3. ระยะต่อรอง (Bargaining) จะเกิดหลังจากได้ระบายอารมณ์ไปบ้างแล้ว ผู้ป่วยจะพยายามต่อรองเพื่อมิให้เกิดข่าวร้ายหรือเรื่องรุนแรง อาจไปบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือ ไปพบแพทย์อื่น ๆ ให้ตรวจซ้ำหรือตรวจเพิ่มเติมให้แน่ใจ ระยะนี้จะสั้นหรือยาวนานขึ้นอยู่กับหลักฐานหรือศรัทธาที่ผู้ป่วยมีต่อการดูแลรักษา

4. ระยะยอมรับความผิดหวังและเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับตนเองป่วยเป็นโรคร้ายแน่นอน จะมีภาวะซึมเศร้า ไม่พูดหรือพูดน้อย ชอบอยู่คนเดียวเงียบ ๆ ตาเหม่อลอย นอนไม่ค่อยหลับ ถ้าเป็นมาก ๆ อาจมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย

5. ระยะปลงตกหรือยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจธรรมชาติของชีวิต จะยอมรับความตาย โดยไม่มีความต้องการ ความหวัง หรือความห่วงใยใด ๆ นอกจากการรักษาให้ตนได้มีชีวิตได้ยืนนานต่อไป

การประเมินภาวะซึมเศร้า

ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้มีผู้ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ สามารถสรุปและแบ่งตามวิธีการตามแบบประเมินออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ (Burt & Ishak, 2002)

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการใช้ผู้สัมภาษณ์ และการใช้การสังเกต ได้แก่

1. Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างขึ้นโดย ศาสตราจารย์แฮมิลตัน จิตแพทย์ชาวอังกฤษ สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 มีการปรับปรุงต่อมาในปี ค.ศ. 1967 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะแรก ๆ มีการใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในโรงพยาบาล และใช้ในการวิจัย โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เน้นการประเมินในด้านอารมณ์ซึมเศร้า (Depression Affect) อาการทางกาย (Vegetative Symptom) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความหงุดหงิดกระวนกระวาย และการหยั่งรู้ (Agitation and Insight) ใช้เวลาในการประเมินแต่ละครั้ง 15 นาที แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าความตรงของเครื่องมือระหว่าง 0.80 ถึง 0.90 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.65 ถึง 0.90 ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ มีจำนวนข้อไม่มาก ง่ายต่อการทำ ใช้เวลาไม่มาก มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยใน และนอกโรงพยาบาล แต่ในการใช้แบบประเมินนี้ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย ผู้ประเมินต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้เหมาะสม และแบบประเมินนี้จะใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำบ่อยได้

2. Raskin Depression Scale สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย Raskin สร้างขึ้นเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เนื้อหาการประเมินจะครอบคลุมในเรื่องของคำพูด พฤติกรรม และอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในรายที่เคยเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นที่ไม่ใช่อาการซึมเศร้า แบบประเมินมีจำนวน 3 ข้อ โดยใช้เวลาในการประเมิน 5 นาที แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น 0.88 ใช้งาน สะดวก เนื่องจากมีข้อคำถามน้อย แต่มีเกณฑ์การวัดไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)

3. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดย Montgomery and Asberg ใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อประเมินอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า จุดประสงค์เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงในการรักษาและเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบประเมินนี้มี 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.97 ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม อาจเป็นพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานทั่วไป แบบประเมินนี้มีผู้นำไปใช้อย่างกว้างขวาง แต่มีข้อด้อย คือ แบบประเมินนี้มีการให้นิยามของภาวะซึมเศร้าไม่ครอบคลุมการนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันในปัจจุบัน

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้วิธีการประเมินตนเอง ได้แก่

1. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) แบบประเมินสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดย Zung เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งอาการทั้งหมด เป็นการประเมินอาการในด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านร่างกาย (Sakamoto et al., 1998 cited in Burt & Ishak, 2002) ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีจำนวนคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้เวลาในการประเมิน 15 ถึง 20 นาที แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพ โดยเครื่องมือที่มีความไวร้อยละ 97 ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ เป็นแบบประเมินที่ง่ายต่อการนำไปใช้ ส่วนข้อด้อยคือ แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ในเรื่องของความคิดฆ่าตัวตาย อาการทางจิตบางอย่าง สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจที่แสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และโดยส่วนใหญ่มักนิยมวัดภาวะซึมเศร้าในแง่ของ 2 ด้านนี้เท่านั้น ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

2. Center for Epidemiologic studies Depression Scale (CES-D) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นโดย Radloff ในปี ค.ศ. 1977 ปรับปรุงจากแบบประเมิน Zung Self-rating Depression Scale, แบบประเมิน Beck Depression Scale, แบบประเมิน Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale และแบบประเมิน Raskin Scale ใช้ประเมินอาการเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และใช้ในประชากรโดยทั่วไป ใช้เวลาในการประเมิน 5 ถึง 10 นาที แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.85 ถึง 0.90 ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ ใช้ระยะเวลาในการประเมินน้อย ใช้ในกลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย ข้อด้อยคือ แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์การวัดภาวะความซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) ในเรื่องของอารมณ์เบื่อหน่าย ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด อาการทางด้านร่างกาย

3. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 โดย Beck บนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยม เพื่อประเมินอาการแสดงออกในพฤติกรรมต่าง ๆ ในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ มีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ ส่วนอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย โดยทั่วไปมีค่าความสัมพันธสูงเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton ยกเว้นกรณีผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ยังเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการ และงานวิจัยมาก ต่อมาได้มีการปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมิน BDI เป็น BDI-A และในปัจจุบันได้มี

การออกแบบประเมินฉบับใหม่ขึ้น (BDI-II) ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งได้ปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM- IV โดยได้ปรับเปลี่ยนบางข้อคำถามให้สมบูรณ์ขึ้นและปรับเปลี่ยนเกณฑ์การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า แบบประเมินนี้มีผู้นำมาใช้ในงานวิจัย เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างมากมาย

4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) สร้างขึ้นโดย Zigmond and Snaith และได้แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ HADS เป็นแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางฉบับหนึ่ง ใช้ได้ดีในการสำรวจปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช HADS เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ และอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยของ ศาสตราจารย์ มุกดา ศรีรงค์ ซึ่งได้แปลและเรียบเรียงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค เนื่องจากเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากร เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มประชากรคือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI) มีทั้งคำถามที่เกี่ยวกับอาการทางกายและอาการทางจิต สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และยังเป็นแบบประเมินที่มีความตรง และมีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ และไม่มีปัญหาในเรื่องการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรม อีกประการหนึ่งผู้วิจัยศึกษาภาวะซึมเศร้าในกรอบแนวคิดที่เน้นว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งสร้างบนฐานของทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม (Beck, 1967) จึงเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้มากที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกรัตน์ สุขตุกคะ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต คือความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง และโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจหลอดเลือด ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวล และมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังดังกล่าว

วีระ ชูจุฬพร (2542) ได้สำรวจคนไทยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการกับปัญหาวิธีการใดบ้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนประชากรในแต่ละเขตสาธารณสุข จำนวน 7,432 ราย เป็นหญิง ร้อยละ 66.2 และชาย ร้อยละ 33.8 จากผลการศึกษาพบว่า ผลที่ได้จากการวัด

ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.1 ความรุนแรงถึงระดับควรพบแพทย์ ร้อยละ 36.2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 25.7 มีอารมณ์เบี่ยงเบนจากปกติเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะสัมพันธ์กับวิถีจัดการกับปัญหา ด้วยการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา และมองโลกในแง่ร้าย คิดเป็นร้อยละ 72.8, 71.8 และ 64.7 ตามลำดับ การเผชิญปัญหาจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า คือ ถ้าใช้วิธีการเผชิญปัญหามากพบว่าภาวะซึมเศร้าจะลดลง

Zeltzer (1993) ศึกษาภาวะจิตสังคมในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ศึกษาโดยการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายการศึกษาและนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์และสรุปผล พบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีปัญหาด้านจิตสังคมที่สำคัญและควรได้รับการรักษาคือ ภาวะซึมเศร้า

Ferrell (1996) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1,525 ราย โดยศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด และการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีปัญหาที่สำคัญคือ โกรธ กลัว วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะกระทบกับคุณภาพชีวิต จิตใจ และอารมณ์ ของผู้ป่วย

William (2002) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในคนไข้โรคมะเร็งที่เข้ารับการบำบัดทางจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรับการบำบัดทางจิตจำนวน 31 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีระดับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลเท่ากับร้อยละ 13 และร้อยละ 6.45 ตามลำดับ

จากงานวิจัยดังกล่าวจะพบว่าภาวะความซึมเศร้า เป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชาย การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้รวดเร็ว นับว่ามีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ที่จะได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตแม้จะป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสมต่อไป